

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Samuel Pahud, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA ; art. 4, 8 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en 1970 au Maroc où il a suivi l'école primaire et secondaire avant d'obtenir un baccalauréat électrotechnique - diplôme non reconnu en Suisse. Il s'est ensuite installé en Italie dans les années 1990 et a acquis la nationalité italienne. Il y a travaillé comme magasinier-cariste, opérateur sur machines industrielles, opérateur de presse industrielle, puis chauffeur-livreur et aide de cuisine. Entre 2011 et 2012, il a travaillé en France en qualité de peintre industriel, avant de retourner en Italie. Il s'exprime ainsi en arabe, français et italien.

L'assuré est arrivé en Suisse en octobre 2017 au bénéfice d'un permis B. Il a d'abord été employé d'entretien polyvalent à mi-temps pour [...] SA (société radiée depuis lors), activité qu'il a complétée en travaillant également pour [...] SA comme chauffeur-livreur et plongeur dès le mois de juillet 2018. Le 24 septembre 2018, il a débuté un emploi d'une durée déterminée de trois mois à 100 % en qualité d'aide de cuisine et plongeur pour la Clinique V._____, [...]. Il a présenté une incapacité de travail totale dans cette activité depuis le 20 octobre 2018, en raison d'une exacerbation de douleurs dorsales après une chute dans les escaliers. Son médecin traitant, le Dr I._____, a régulièrement attesté une incapacité de travail totale depuis lors.

Le 28 février 2019, le Centre social régional a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en faveur de l'assuré, en raison des douleurs à la jambe gauche, au dos et au cou qu'il présentait. Le 4 avril 2019, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Il ressort des informations fournies par l'assuré et des pièces médicales adressées à l'OAI qu'il a subi deux opérations du dos en 2008 et 2012, avec notamment une spondylodèse L4-L5 en 2012. Un CT-scan cervico-dorso-lombaire du 16 octobre 2018 a révélé une cervicarthrose

sévère, avec en particulier des discopathies sévères C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7 associées à une uncarthrose sévère et arthrose interfacettaire postérieure, avec des protrusions discales ostéophytaires étagées, une arthrose atlanto-axoïdienne modérée, un status post cure d'une hernie discale L4-L5 avec ostéosynthèse L4-L5 et actuellement une fusion des corps de ces deux vertèbres à travers de l'ancien disque intervertébral, ainsi que la présence de deux calculs au niveau du groupe caliciel inférieur du rein droit, mesurant 4,5mm et 7 x 3,5mm, sans dilatation pylocaliciale (rapport du 17 octobre 2018 du Dr Y._____, spécialiste en radiologie). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) pratiquée le 21 janvier 2019 a mis en évidence un status post spondylodèse L4-L5 avec fusion au niveau du disque intervertébral sans anomalie notable autour des vis pédiculaires, des disques intervertébraux de hauteur et de signal dans les limites de la norme, une arthrose interfacettaire postérieure L3-L4 et L5-S1, une légère modification dégénérative au niveau des articulations sacro-iliaques, mais encore l'absence d'image de hernie discale et de compression radiculaire (rapport d'IRM établi le 22 janvier 2019 par le Dr Y._____).

Le 16 mai 2019, la Clinique V._____ a complété et retourné à l'OAI le questionnaire employeur, indiquant que le contrat de l'assuré avait pris fin à son échéance, le 31 décembre 2018, et que le salaire de l'intéressé s'élevait à 4'000 fr. par mois.

Le 27 mai 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de détection précoce auprès de Démarche, Connexion-ressources, dont le but était de définir son potentiel de réinsertion. Au cours de la mesure, des limitations fonctionnelles ont été observées, à savoir la nécessité d'alterner les positions toutes les 20 minutes, la limitation du port de charges à 3 kg et l'absence de mouvement répétitif (jambe et bras). L'assuré présentait un bon potentiel de réinsertion, souhaitait évoluer dans un environnement plus social et disposait également de bonnes compétences dans les secteurs industriel et logistique. Son état de santé le limitait toutefois. Des stages ont été envisagés. A cet égard, un stage en qualité d'opérateur de production et de magasinier a été écarté au vu

des limitations fonctionnelles de l'intéressé et en raison de son état de santé qui semblait se dégrader. Les pistes envisagées de surveillant de foyer, de contrôleur de titres de transports et agent de manifestation ou d'aide à domicile ont été abandonnées soit en raison des limitations fonctionnelles, soit des qualifications requises. Au final, malgré la motivation de l'assuré à identifier un projet en adéquation avec son état, il n'était pas prêt à l'emploi en raison de son état de santé (cf. rapport du 4 septembre 2019 de Connexion-ressources).

Le 5 août 2020, l'assuré a passé un examen clinique rhumatologique auprès du Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un rapport du même jour, le Dr M. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rachialgies diffuses avec cervicalgies et sciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec deux opérations pour hernie discale L4-L5 dont une arthrodèse L4-L5. Il a encore posé le diagnostic associé de tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps droit ainsi que celui de discret excès pondéral sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide de cuisine, depuis le 20 octobre 2019, mais disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, depuis lors. Le Dr M. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes concernant le rachis et le membre supérieur droit : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, pas de charges de plus de 5 kg levées avec le membre supérieur droit. Le médecin a estimé qu'aucune raison biomécanique ne justifiait une incapacité de travail supérieure à 30 %. Il a notamment évoqué une discordance entre les douleurs alléguées et une

importante démonstrativité, d'une part, et les activités réalisées par l'assuré ainsi que ses ressources.

Le 14 septembre 2020, l'assuré s'est entretenu avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Celui-ci a évoqué l'aide au placement et lui a proposé de participer à une séance d'information. Il lui a ensuite expliqué les conclusions auxquelles était arrivé le Dr M. _____ notamment concernant la capacité de travail retenue dans une activité adaptée. L'assuré s'est opposé à cette conclusion car il pensait qu'il n'était capable de travailler qu'à 30 %.

Le 15 septembre 2020, un spécialiste en réinsertion professionnelle a procédé au calcul du salaire exigible de l'assuré, arrêtant le revenu sans invalidité à 48'000 fr. en se fondant sur les informations fournies par l'ancien employeur et le revenu avec invalidité à 42'906 fr. 47. Le revenu avec invalidité a été calculé au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ci-après : ESS), plus particulièrement le salaire réalisé par un homme dans le domaine de la production et des services, niveau de compétences 1, pour une activité à 70 %, auquel un abattement de 10 % était appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation qui pouvaient engendrer un désavantage salarial. Le spécialiste en réinsertion professionnelle a retenu que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou le scannage et autres ou vente simple (shop et autres).

Dans un projet de décision du 30 septembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser de prester. Il a retenu que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 10,6 %, après application de la méthode de comparaison des revenus, soit un taux inférieur au plancher de 40 % ouvrant droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de ce taux

d'invalidité, l'assuré n'avait pas non plus droit aux mesures professionnelles.

Le 15 mars 2021, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formulé des griefs à l'encontre de ce projet de décision. Il a d'abord nié le caractère maladif de son atteinte à la santé, retenant au contraire une origine accidentelle. Il a également contesté le revenu avec invalidité retenu, soutenant que c'était le revenu des secteurs du commerce de détail, des industries du textile ou de l'habillement ou des industries alimentaires qu'il fallait retenir. Il y avait également lieu d'appliquer, en sus de la diminution de rendement, une réduction supplémentaire de 20 % au titre du désavantage salarial. En outre, un abattement de 5 % devait être ajouté à celui retenu afin de prendre en compte sa nationalité italienne et le manque de polyvalence dû à son expérience professionnelle limitée. L'assuré a encore indiqué que son état de santé s'était dégradé. Une IRM comparative réalisée le 11 novembre 2020 avait mis en évidence une arthrose costo-vertébrale modérée à hauteur de D12 et des discopathies cervicales étagées de C1 à C7. Une gastroscopie du 23 octobre 2020 avait révélé une hernie hiatale et une gastrite antrale, ainsi que de bulbites érosives. L'assuré avait en outre consulté la Dre X._____, spécialiste en neurologie, laquelle avait constaté qu'il présentait des douleurs lombaires chroniques pour lesquelles un programme de rééducation ambulatoire était conseillé (rapports des 11 janvier et 12 mars 2021).

Le 12 avril 2021, l'assuré a adressé à l'OAI un nouveau rapport de la Dre X._____ établi le 24 mars 2021 ainsi qu'un certificat médical établi par le Dr I._____, renouvelant son incapacité de travail. La Dre X._____ indiquait poursuivre les investigations et avoir prescrit une IRM compte tenu des céphalées de son patient.

L'OAI a soumis ces éléments à l'appréciation du SMR, lequel a estimé, dans un avis du 14 avril 2021, que les rapports transmis par l'assuré ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de l'examen clinique rhumatologique du 5 août 2020.

Par décision du 10 mai 2021, l'OAI a refusé de prester, confirmant son projet de décision du 30 septembre 2020. Dans un courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a indiqué que les articles de la loi fédérale sur l'assurance-accidents ne s'appliquaient pas en matière d'assurance-invalidité. Cela étant, l'examen du SMR avait une pleine valeur probante et n'était pas remis en cause par les rapports des Drs X._____ et I._____. Le type d'activité exigible avait en outre été déterminé par un spécialiste en réinsertion. S'agissant du revenu d'invalidité, celui-ci était déterminé sur la base de l'ESS, plus particulièrement sur la médiane ou la valeur centrale des salaires bruts standardisés, dès lors que l'assuré n'avait pas repris d'activité professionnelle. En outre, l'âge, le manque de qualification et le défaut de connaissances linguistiques ne constituaient pas des facteurs à prendre en compte dans la fixation du taux d'invalidité. Enfin, l'abattement, tel que retenu, était le résultat d'une appréciation globale.

B. Par acte du 10 juin 2021, C._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} octobre 2019 ainsi que des mesures professionnelles. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant a contesté le revenu sans [recte : avec] invalidité, relevant que celui-ci avait été arrêté sans que les activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles ne soient déterminées, ce qui aurait permis de cibler avec précision le salaire qu'il aurait pu percevoir dans ces activités-là. En ayant recours à la moyenne de salaire de toutes les branches de la production et des services, des activités incompatibles avec son état de santé avaient été prises en compte. Aussi, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles nécessiterait une reconversion, laquelle requerrait des facultés d'adaptation dont il ne disposait pas. Il n'était donc pas en mesure de retrouver un emploi adapté sur un marché du travail équilibré. Le recourant a encore contesté la diminution de rendement de 30 %

retenue par le médecin du SMR au motif qu'elle ne tenait pas suffisamment compte de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Un abattement de 25 % devait encore être appliqué, afin de tenir compte des facteurs de réduction salariale. En outre, son état de santé s'était dégradé depuis l'examen rhumatologique au vu du résultat de la radiographie réalisée le 26 avril 2021 par le Dr E._____, spécialiste en radiologie, et des infiltrations réalisées en mai et juin 2021 ; l'instruction devait donc être complétée au moyen d'une expertise. Le recourant a encore contesté la valeur probante de l'examen rhumatologique du SMR, arguant que l'appréciation du médecin reposait sur ses déclarations et non sur une analyse objective du dossier médical. L'appréciation de la capacité de travail différait également entre le médecin du SMR et celle de ses médecins traitants. Au vu de ces divergences, une expertise s'imposait.

Par décision du 13 juillet 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 28 juin 2021 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Samuel Pahud.

Par réponse du 2 août 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, réitérant ses arguments.

Le 6 septembre 2021, le recourant a encore indiqué que son incapacité de travail perdurait, comme l'attestait le Dr I._____ dans un nouveau certificat, et qu'il avait dû se rendre en urgence à l'hôpital en raison de douleurs abdominales. Une gastrite avec reflux gastro-œsophagien et réaction allergique au produit de contraste avaient alors été constatées (rapport du 11 août 2021 de la Dre N._____).

Le 3 février 2022, le recourant a adressé à la Cour de céans un certificat du 21 janvier 2022 du Dr I._____, renouvelant son incapacité de travail, et une ordonnance du même jour de ce médecin.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. La décision attaquée retient que le recourant dispose d'une capacité de travail de 70 % dès le 20 octobre 2019 dans une activité adaptée. Pour rendre sa décision, l'OAI s'est fondé sur l'appréciation faite par le Dr M._____ lors de son examen clinique rhumatologique du 5 août 2020. Le recourant conteste pour sa part la valeur probante de ce rapport.

Le Dr M._____ a réalisé un examen clinique complet de l'assuré. A cette occasion, il a constaté que l'intéressé déambulait lentement à petits pas, avec une discrète projection antérieure du tronc. La marche sur la pointe des pieds et les talons était réalisée, mais de manière laborieuse, et s'accompagnait de lombalgies. L'accroupissement était limité et douloureux, mais le relèvement se faisait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique était marqué par une hypoesthésie tactile de la face externe de la jambe et du pied gauches. L'assuré présentait également une diminution de la force des mains et des deux psoas, d'origine antalgique, mais qui s'expliquait également par un manque de collaboration. La mobilité lombaire et cervicale était diminuée et douloureuse, sans que le médecin n'ait constaté d'irritation radiculaire cervicobrachiale ou lombocurale. L'assuré se plaignait de douleurs à la palpation de la sacro-iliaque gauche, des masses musculaires fessières gauche, du grand trochanter gauche, alors que les manœuvres étaient négatives et qu'il n'y avait aucun signe évoquant une arthropathie inflammatoire périphérique. L'assuré s'était également montré de plus en plus démonstratif au fil de l'entretien et durant l'examen clinique. Le Dr M._____ a encore relevé que les examens radiologiques au dossier mettaient en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervico-

dorsolombaire, avec un status satisfaisant après spondylodèse L4-L5, sans anomalie notable autour des vis pédiculaire, ainsi que des calculs rénaux. Se fondant sur les résultats de son examen clinique et les pièces médicales au dossier, en particulier les examens radiologiques, et après avoir pris en compte les plaintes de l'assuré, le Dr M._____ a notamment posé le diagnostic de rachialgies diffuses avec cervicalgies et sciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec deux opérations pour hernie discale L4-L5 dont une arthrodèse L4-L5. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation du Dr M._____ ne se fonde pas uniquement sur une appréciation subjective de l'état de santé de l'assuré, mais bien sur une analyse complète du dossier et sur ses constatations cliniques.

Sur le plan de la capacité de travail, le Dr M._____ a admis une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, laquelle n'était plus adaptée à l'état de l'assuré, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Dans une activité respectant ces limitations, à savoir une activité permettant d'alterner la position assis-debout deux fois par heure, ne nécessitant pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, la capacité de travail s'élevait à 70 %. Le Dr M._____ a justifié ce taux au vu de la pathologie ostéoarticulaire de l'assuré et précisé qu'aucun motif biomécanique ne permettait d'attester une incapacité de travail supérieure à celle retenue. Il a motivé de manière convaincante son appréciation, sans que l'on puisse voir une quelconque contradiction entre l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle - qui n'était plus exigible - et celle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées. Le Dr M._____ a encore relevé que l'assuré disposait de bonnes ressources. Il a cependant relevé 4 signes comportementaux de Waddel sur 5. Il a à cet égard constaté de nombreuses incohérences entre les douleurs rapportées

par l'assuré, évaluées entre 8 et 10/10, et les activités quotidiennes de celui-ci. L'intéressé pouvait en effet conduire une voiture automatique qu'on lui prêtait, empruntait sans problème les transports publics, dont le train, s'était rendu dans son pays d'origine en avion en janvier 2019 durant 20 jours, et se promenait tous les jours au bord du lac avec son épouse. Au cours de l'entretien clinique, il s'était également montré très démonstratif, exagérant ses symptômes, et développait une importante résistance notamment à la mobilisation du rachis lombaire en position debout.

Le Dr M._____ a ainsi établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, après s'être fondé sur des examens complets et avoir pris en considération les plaintes exprimées. Il a également décrit le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale de manière claire. Il a de surcroît motivé ses conclusions de manière convaincante. Son rapport revêt une pleine valeur probante.

Au demeurant, l'appréciation du Dr M._____ n'est valablement contredite par aucun rapport médical. Dans ses certificats médicaux, le Dr I._____ se contente de renouveler l'incapacité de travail de l'assuré, sans l'étayer médicalement. Cela ne saurait suffire à mettre en cause l'avis du Dr M._____. En outre, si les rapports produits au cours de la présente procédure font état, notamment, d'une gastrite et d'une allergie au produit de contraste utilisé lors de l'examen médical, rien n'indique que ces atteintes seraient durables et incapacitantes. Un rapport du 26 avril 2021 du Dr E._____ fait par ailleurs état d'une discrète inflammation autour de l'épine iliaque antéro-inférieure de la hanche droite, ayant bénéficié d'une infiltration de cortisone. Là encore, rien ne permet de constater que l'atteinte - nouvelle - serait durablement incapacitante.

Il convient par conséquent de constater une capacité résiduelle de travail du recourant de 70 % dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr M._____, au moment de la décision litigieuse du 10 mai 2021.

6. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

d)

aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408

consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

Ce n'est qu'à titre exceptionnel que le Tribunal fédéral et le Tribunal fédéral des assurances se sont fondés sur le salaire médian statistique d'une branche économique particulière. Tel est le cas pour les assurés qui ont travaillé durant une longue période dans cette branche et dont on ne peut exiger qu'ils exercent une autre activité (TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2 ; 8C_410/2017 du 2 novembre 2015 consid. 4.3 ; 8C_710/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié in ATF 133 V 545 ; TFA I 289/01 du 19 octobre 2001 consid. 3c).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

7. a) L'intimé a déterminé le revenu d'invalidé en se référant au salaire médian de toutes les branches économiques du secteur privé, figurant dans le tableau TA1 de l'ESS, pour des activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) pour une activité à 70 %. Il a encore tenu compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Il a ainsi fixé le revenu d'invalidé à 42'906 fr. 47.

Le recourant reproche à l'OAI de ne pas s'être référé aux revenus de certaines branches économiques particulières de l'ESS et demande qu'un abattement supérieur à 10 % soit pris en considération.

b) Le calcul effectué par l'OAI peut cependant être confirmé. En l'absence de reprise d'une activité professionnelle par le recourant, le recours à l'ESS se justifie. Le recourant est en outre capable de travailler à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir notamment une activité légère semi-sédentaire épargnant le rachis et n'exigeant pas de position en porte-à-faux. Or, il existe de nombreuses activités respectant ces limitations, tant dans le secteur des services que celui de la production, et de telles activités se retrouvent dans chacune des sous-catégories de ces deux secteurs. Il convient par conséquent de prendre en compte le salaire médian des hommes exerçant des activités simples dans les domaines confondus de la production et des services ; le régime dérogatoire exceptionnel évoqué par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence ne s'applique en effet pas au cas particulier de l'assuré. Dans sa feuille de calcul du salaire exigible du 15 septembre 2020, l'OAI a par ailleurs donné des exemples non exhaustifs d'activités que le recourant pourrait exercer, contrairement à ce qu'il prétend, comme le scannage ou vente simple, ou encore dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi. Enfin, la limitation de la capacité de travail de 30 % admise par le Dr M. _____ tient déjà compte des limitations fonctionnelles du recourant, notamment de la diminution de rendement qu'elles entraînent.

c) Le recourant n'était âgé que de 49 ans en 2019, au moment où l'exigibilité médicale a été déterminée. Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération son âge dans le cadre de l'abattement (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3). Au demeurant, la valeur statistique utilisée (ESS, tableau TA1, niveau de compétences 1, tous secteurs confondus) recouvre un large éventail d'activités variées ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation professionnelle. Par ailleurs, le recourant a démontré des capacités d'adaptation en exerçant différents métiers au cours de sa carrière professionnelle. Un abattement supérieur à 10 % n'a donc pas à être appliqué.

Le calcul du revenu d'invalidé tel qu'opéré par l'intimé peut dès lors être confirmé.

8. a) L'intimé a fixé le revenu hypothétique sans invalidité en se fondant sur le revenu réalisé par le recourant auprès de la Clinique V._____. L'assuré était toutefois au bénéfice d'un contrat de durée déterminée de trois mois et rien ne permet de retenir qu'il aurait bénéficié d'un engagement à plus long terme, à l'issue de son contrat. Cela étant, depuis son arrivée en Suisse, le recourant a également travaillé comme employé d'entretien polyvalent depuis le mois de novembre 2017, puis également en tant que plongeur et chauffeur livreur, de février à mai 2018. Auparavant, il a travaillé, en France et en Italie, dans la restauration, mais également comme chauffeur-livreur, opérateur sur machine et magasinier-cariste, entre 1991 et 2017.

Au vu du parcours professionnel du recourant et de la courte durée d'activité auprès de son dernier employeur, il convient de fixer le revenu hypothétique sans invalidité en se référant à l'ESS 2018, plus particulièrement au revenu réalisé par un homme dans une activité simple et répétitive (niveau de compétences 1) dans le secteur des services, soit 5'063 fr. par mois ou 63'338 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné l'indexation de 0,5 % en 2019 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020 »), on obtient un revenu de 63'655 fr. pour une activité exercée à plein temps.

b) En comparant le revenu sans invalidité de 63'655 fr. avec le revenu d'invalidé de 42'906 fr. 47, il en résulte un degré d'invalidité de 32,60 %, arrondi à 33 % (ATF 130 V 121), toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

9. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour

autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

b) Le recourant n'a certes pas souhaité bénéficier d'une aide au placement, estimant ne pas disposer d'une capacité résiduelle de travail supérieure à 30 % (cf. procès-verbal du 14 septembre 2020). Cependant, dans la mesure où il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles et au vu du degré d'invalidité lui ouvrant droit au reclassement au sens de l'art. 17 LAI, il appartiendra à l'intimé de reprendre l'instruction de la cause et de déterminer quelles mesures peuvent lui être allouées. Si nécessaire, l'OAI procédera par voie de

somation si l'assuré ne participe pas aux mesures prises et raisonnablement exigibles.

10. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) Vu ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. La décision entreprise est réformée en ce sens que le recourant a droit à des mesures de réadaptation professionnelle, elle est maintenue pour le surplus.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Vu l'issue du litige, à savoir une admission très partielle du recours, il convient de répartir les frais judiciaires à raison de la moitié à la charge de chacune des parties. Partant, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., seront mis à la charge de l'intimé par 300 francs et à la charge du recourant par 300 francs. Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Le recourant, qui obtient très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'700 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation du défenseur d'office, il convient encore de fixer la rémunération de Me Samuel Pahud. La liste de ses opérations, produite le 26 janvier 2022, ne prête pas le flanc à la critique. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr. pour l'avocat et de 110 fr. pour l'avocate-stagiaire, l'indemnité de Me Pahud doit être arrêtée à 2'136 fr. 80 ([7h06 x 180 fr.] + [7h48 x 110 fr.]), montant auquel il convient d'ajouter les débours par 106 fr. 80 fr. (5% x 2'136 fr.) ainsi qu'une TVA à 7,7% sur l'ensemble, soit 172 fr. 70 (7,7% x 2'242 fr. 80), pour un total de 2'415 fr. 50.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 1'700 fr., le solde de 715 fr. 50 est provisoirement supporté par le canton.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 10 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est partiellement annulée en tant qu'elle porte sur le droit aux mesures de réadaptation professionnelle et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction et statue à nouveau sur le droit à de telles mesures ; elle est confirmée pour le surplus.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour le recourant C._____, par 300 fr. (trois cents francs), et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par 300 fr. (trois cents francs).

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ la somme de 1'700 fr. (mille sept cents francs) à titre de dépens.

- V. L'indemnité de Me Samuel Pahud, conseil d'office du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 715 fr. 50 (sept cent quinze francs et cinquante centimes), TVA et débours compris.

- VI. La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Samuel Pahud (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :