

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente

M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, divorcé et père d'un enfant, a exercé diverses activités intérimaires non qualifiées, dont celle de manutentionnaire, depuis son arrivée en Suisse en 2004. Il est sans activité lucrative depuis 2013.

Atteint dans sa santé, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, par dépôt du formulaire ad hoc le 20 avril 2019, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a notamment recueilli un rapport de la Dre C. _____, médecin généraliste traitante de l'assuré. Cette praticienne a indiqué, le 28 mai 2019, que son patient souffrait de dorsalgies depuis 2012 et de lombosciatalgies gauches péjorées par certains mouvements. Les douleurs étaient exacerbées depuis mars 2019 en présence d'un déconditionnement global. Une réinsertion professionnelle apparaissait recommandée. Était annexé un rapport du 16 avril 2019, consécutif à une radiographie de la colonne dorsale et lombaire, lequel mettait en évidence des troubles de la statique dans le sens d'une scoliose dorsale haute dextroconvexe, un canal lombaire étroit et des troubles dégénératifs modérés sur les articulations sacro-iliaques, prédominant à gauche.

Consulté pour avis, le Service médical régional (SMR) a considéré, le 4 juillet 2019, que l'assuré était doté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité épargnant le dos, permettant l'alternance des positions et exempte de port de charges lourdes à répétition.

Le 22 novembre 2019, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé que le préjudice économique de l'assuré était nul, en procédant à une comparaison des revenus fondée sur les salaires

statistiques, tant pour fixer le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidé.

Par projet de décision du 9 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier son droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 %, en l'absence de préjudice économique. Il a mis l'assuré au bénéfice d'une aide au placement par communication du même jour.

L'assuré a contesté ce projet par correspondance du 12 décembre 2019, rappelant souffrir d'une recrudescence de ses douleurs lombaires depuis fin février 2019. Il signalait avoir été reçu à la consultation du Prof. F. _____, médecin chef du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier D. _____, en vue de participer à l'école du dos. Ce spécialiste avait retenu les diagnostic de lombalgies chroniques, de déconditionnement, de rétractions des chaînes musculaires sous-pelviennes et de dysbalance musculaire. Il avait prescrit des séances de physiothérapie (cf. rapport du 22 novembre 2019, annexé au courrier de l'assuré). En outre, l'assuré soulignait les traitements antalgiques prescrits par la Dre C. _____ (cf. prescription du 18 décembre 2019).

En complément à la contestation de l'assuré, la Dre C. _____ a adressé à l'OAI, le 28 janvier 2020, un tirage du rapport établi à son attention par le Prof. F. _____ le 25 novembre 2019, lequel confirmait le diagnostic de lombalgies chroniques d'aggravation récente auprès d'un « patient extrêmement déconditionné ».

Sur questions du SMR, la Dre C. _____ a signalé, le 7 avril 2020, que l'assuré s'était à nouveau rendu à la consultation spécialisée du Centre hospitalier D. _____ le 28 février 2020, où une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait été organisée. Cet examen avait mis en évidence un canal étroit constitutionnel, une hernie discale L5-S1,

susceptible de conflit avec la racine S1 gauche, et une importante arthrose postérieure étagée. Les limitations fonctionnelles se manifestaient en cas de position assise prolongée, ainsi qu'après une marche d'environ 30 minutes. Une activité légère, sans port de charges et autorisant les changements de position à la demande, pouvait être envisagée.

Par rapport du 20 août 2020 à l'OAI, le Prof. F. _____ a retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques depuis 2013, en sus d'une discrète scoliose, d'une raideur lombaire et sous-pelvienne et d'un déconditionnement majeur. Tout travail physique était contre-indiqué. Les limitations fonctionnelles avaient trait au port de charges lourdes, à la station assise de plus de 30 minutes, à la marche de plus de 15 minutes et aux positions avec le tronc penché en avant. Il était difficile de chiffrer le taux d'activité exigible. Le pronostic était défavorable.

Une prise en charge réadaptative interdisciplinaire a été organisée au Centre hospitalier D. _____ du 7 au 25 septembre 2019. Le rapport de sortie corrélatif, rédigé le 29 septembre 2019, a relaté une évolution stationnaire, en dépit d'une légère amélioration objective de la raideur musculaire. La poursuite des traitements antalgiques et du reconditionnement musculaire était préconisée.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique, conduit par le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Au terme de son examen du 12 mars 2021, ce spécialiste a établi son rapport, daté du 22 mars 2021, et retenu les diagnostics incapacitants de dorsolombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre de séquelles de maladie de Scheuermann, de scoliose dorsale dextroconvexe, de canal lombaire étroit constitutionnel, de discopathie prédominant en L5-S1 avec à cet étage une hernie discale médiane et paramédiane gauche, ainsi que d'une arthrose des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1. Il a conclu que l'activité de manutentionnaire précédemment exercée par l'assuré était incompatible avec son état de santé. En revanche, dans une activité adaptée, ce dernier

était doté d'une capacité de travail entière depuis toujours. Au titre de limitations fonctionnelles, étaient mentionnés le port de charges fréquent au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, la position assise au-delà d'une heure, la position debout au-delà de 15 minutes, la marche au-delà de 30 minutes, la posture en porte-à-faux lombaire et les mouvements répétitifs de flexion, d'extension ou de rotation lombaires.

Le 13 avril 2021, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a réévalué le préjudice économique de l'assuré sur la base des salaires statistiques, retenant qu'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité pouvait être pris en considération, vu le possible désavantage salarial occasionné par les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le degré d'invalidité se montait par conséquent à 5 %.

Par décision du 22 juillet 2021, l'OAI a prononcé un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, soulignant que le degré d'invalidité de l'assuré, inférieur à 40 %, respectivement à 20 %, ne lui ouvrait le droit à aucune prestation.

B. B._____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 7 septembre 2021. Il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise, subsidiairement, à l'octroi d'une aide au placement. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'exemption des frais de justice. Sur le fond, il a fait valoir que l'instruction médicale de son cas par l'OAI lui semblait lacunaire, mettant en exergue les avis de ses médecins traitants et les récentes investigations conduites dans son cas. Il s'est prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport de l'Hôpital K._____ du 12 avril 2021, mettant en œuvre un sevrage du traitement antalgique opioïde ;
- un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 11 juin 2021, mettant en évidence une hernie discale

paramédiane latérale gauche, luxée légèrement vers le bas, comprimant la racine S1 gauche ;

- un rapport de l'Hôpital K._____ du 20 juin 2021, confirmant le diagnostic de lombalgie sur hernie discale L5-S1 et relatant la péjoration des douleurs avec décharge électrique dans le mollet et fourmillements au pied gauche ;
- un protocole opératoire (blocs facettaires L5-S1) du Centre L._____ du 8 juillet 2021, relevant la résistance des lombalgies au traitement.

Par décision du 5 octobre 2021, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI a répondu au recours le 4 novembre 2021 et conclu à son rejet, rappelant qu'un examen diligenté au SMR pouvait se voir accorder pleine valeur probante, comme c'était le cas en l'espèce.

Par réplique du 24 novembre 2021, l'assuré a maintenu ses conclusions, procédant à une critique du rapport d'examen SMR du Dr G._____ et considérant que l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 100 %, déterminée par ce dernier, était incompatible avec son état de santé. Soulignant le caractère récidivant et persistant de sa pathologie, il s'est référé à de nouveaux rapports médicaux, soit :

- un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 16 septembre 2021, mettant en évidence des discopathies étagées protrusives en L3-L4 et L5-S1 avec une composante herniaire latéralisée à gauche et réalisant une contrainte sur S1 ;
- un rapport du Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie auprès de la Clinique J._____, du 21 octobre 2021, s'interrogeant sur une possible amélioration des lombalgies par une intervention chirurgicale ;

- un rapport de l'Hôpital K._____ du 11 novembre 2021, faisant référence à une prise en charge de lombalgies chroniques acutisées à la suite d'un faux-mouvement et préconisant l'adaptation du traitement antalgique ;
- un certificat de la Dre C._____ du 19 novembre 2021, relatant les diagnostics retenus dans le cas de l'assuré et les différentes prises en charge demeurées sans effet sur la symptomatologie douloureuse.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 7 septembre 2021 contre la décision de l'intimé du 22 juillet 2021 a été interjeté auprès du tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

d) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201, 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 (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).

2. Le litige porte, en l'espèce, sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins

40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

5. a) Pour pouvoir 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 (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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61, let. c, LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales

qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater

les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre de lombalgies chroniques, exacerbées depuis mars 2019, dans le contexte de discopathies étagées et d'une hernie discale L5-S1, ainsi que d'un canal lombaire étroit et de séquelles d'une maladie de Scheuermann, pour lesquelles il a bénéficié d'une prise en charge régulière (cf. notamment : rapports de la Dre C. _____ des 28 mai 2019 et 7 avril 2020 et du Prof. F. _____ des 22 novembre 2019 et 20 août 2020).

b) Le recourant a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique, réalisé au sein du SMR par le Dr G. _____ le 12 mars 2021. Ce spécialiste a fait part de son appréciation du cas, notamment en ces termes, avant de conclure à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 % (cf. rapport d'examen du 22 mars 2021, p. 7 à 9) :

« [...] A l'examen clinique, l'assuré marche d'un pas normal à plat et dans les escaliers. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. Sur la pointe des pieds, l'assuré signale des douleurs du mollet gauche. L'accroupissement est profond malgré des douleurs lombaires. Les changements de position assis-debout-couché s'effectuent rapidement. La position assise est bien tolérée durant les 60 minutes de l'entretien. La gestuelle spontanée est libre.

L'assuré a des douleurs à la palpation de la région dorsale au sommet de la cyphose, de la région lombaire et sacrée. Il y a une légère diminution de la mobilité lombaire dans tous les axes. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. L'examen des MS [réd. : membres supérieurs] est sp [réd. : sans particularité]. Aux MI [réd. : membres inférieurs], on relève une hypoextensibilité de la musculature sous-pelvienne, avec des douleurs de type musculaire au niveau des ischio-jambiers et du mollet du côté gauche.

Le rapport des radiographies de la colonne dorsale et de la colonne lombaire du 16.04.2019 décrit des séquelles de maladie de Scheuermann, une scoliose dorsale dextroconvexe, un canal lombaire étroit, des troubles dégénératifs des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.

L'IRM lombosacrée du 03.03.2020 montre des séquelles de maladie

de Scheuermann avec des hernies intra-spongieuses étagées, un canal lombaire étroit constitutionnel, modéré en L3-L4, qui est la partie la plus rétrécie selon la gradation de Schizas. On relève des discopathies aux 3 derniers étages lombaires avec une hernie discale médiane et paramédiane gauche en L5-S1. Il y a une arthrose des articulations postérieures aux deux derniers étages.

Les douleurs signalées par l'assuré au MIG [réd. : membre inférieur gauche] ne suivent ni un trajet radiculaire, ni le trajet du nerf sciatique. Il n'y a pas de sciatalgie. Il s'agit de douleurs de type musculaire. On relève en effet une hypo-extensibilité de la musculature sous-pelvienne. Nous reprenons donc les diagnostics des médecins du Centre hospitalier D. _____ [...], il s'agit de dorsolombalgies chroniques. La racine S1 gauche n'est pas irritée actuellement par la hernie discale.

L'assuré présente une anomalie du développement de la colonne vertébrale sous la forme de séquelles de maladie de Scheuermann. Une maladie de Scheuermann n'est pas en soi incapacitante, mais elle prédispose aux atteintes dégénératives. En effet, l'assuré présente des discopathies aux 3 derniers étages lombaires, associées à une arthrose des articulations postérieures en L4-L5 et L5-S1. Le canal lombaire étroit constitutionnel est actuellement modéré ; il ne s'accompagne pas d'une claudication intermittente.

Il s'agit principalement de l'atteinte dégénérative de la colonne lombaire qui justifie des mesures de protection du rachis.

L'assuré assume seul son ménage. Il a la garde parentale de son fils âgé de 12 ans. Il indique être aidé uniquement pour les commissions, tout en précisant qu'il peut porter un pack de 6 bouteilles d'un litre. Pour quitter son domicile, il doit descendre 3 étages d'escaliers. Il a l'habitude de se rendre une fois par année [...], sauf depuis la Covid 19. Il conserve un réseau social et rencontre des amis à [...] ou à [...]. Ces différentes activités et l'examen clinique de ce jour confirment que l'assuré a des ressources physiques suffisantes pour exercer une activité légère. Dans le rapport du 07.04.2020, la Dresse C. _____ indique également qu'une capacité de travail dans une activité légère pourrait être envisagée.

Dans le rapport du 20.08.2020, le Professeur F. _____ atteste une incapacité de travail de 100 % depuis 2013. Il suit toutefois l'assuré que depuis novembre 2019. Dans le rapport de la Dresse C. _____ du 28.05.2019, il est indiqué que l'assuré consulte les urgences [...] le 02.03.2019 pour un épisode aigu de douleurs, puis un suivi à sa consultation. On conclut que c'est à partir de cette date que l'assuré a une incapacité de travail de 100 % dans des activités physiques comme celle de magasinier. Toutefois, dans une activité légère, se déroulant en position assise, avec la possibilité de se lever une fois par heure, il n'y a pas d'incapacité de travail durable. [...] »

c) On peut d'emblée constater que le rapport du Dr G. _____, daté du 22 mars 2021, remplit l'ensemble des critères requis pour se voir accorder pleine valeur probante. Le spécialiste précité a procédé à un examen extrêmement minutieux du recourant, sur la base des diagnostics évoqués par ses confrères et des plaintes formulées. Il a, en particulier, investigué le rachis, les membres inférieurs et supérieurs du recourant, en

confrontant ses constats aux documents d'imagerie et aux différents rapports médicaux versés au dossier. Il s'est livré à une analyse approfondie des diagnostics envisagés, ce qui lui a permis de se rallier aux constats des médecins traitants du recourant. Il a par ailleurs exposé à satisfaction les limitations fonctionnelles destinées à ménager le rachis du recourant, dans le contexte de douleurs chroniques résistantes aux traitements, à savoir l'absence de port de lourdes charges, les positions statiques prolongées, la marche prolongée, les positions en porte-à-faux lombaires et les mouvements répétitifs contraignants (cf. rapport d'examen du 22 mars 2021, p. 9). Le Dr G._____ a ainsi conclu à une capacité de travail préservée dans une activité respectant lesdites limitations, estimant que la mise à profit de cette capacité était envisageable « depuis toujours ».

d) Quoi qu'en dise le recourant, les pièces médicales produites à l'appui de son recours, établies postérieurement à l'examen réalisé par le Dr G._____, ne font pas état d'une péjoration substantielle de sa situation ou d'éléments inconnus jusqu'alors, qui feraient douter du bien-fondé des conclusions du spécialiste du SMR.

aa) En particulier, les rapports d'imagerie des 11 juin et 16 septembre 2021 font état de constats absolument superposables aux précédents bilans, dûment pris en compte par le Dr G._____. On observe en effet que les documents produits par le recourant auprès de la Cour de céans relatent une hernie discale L5-S1 paramédiane latérale gauche, luxée légèrement vers le bas, comprimant la racine S1 gauche, ainsi que des discopathies modérées étagées protrusives en L3-L4 et L5-S1, un canal lombaire étroit relatif mixte et des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann. Ces diagnostics ont tous été analysés et retenus par le Dr G._____ pour procéder à l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

bb) Les rapports de l'Hôpital K._____ des 20 juin et 11 novembre 2021 ne mentionnent pas davantage de nouveaux

diagnostics. Après avoir rappelé le contexte de la prise en charge du recourant, les spécialistes l'ayant examiné se sont limités à observer une recrudescence des lombalgies chroniques en lien avec les suites d'une infiltration, respectivement d'un faux mouvement. Ils ont, tout au plus, recommandé l'adaptation des traitements antalgiques.

cc) Quant aux rapports d'intervention du Centre L. _____ du 8 juillet 2021 et de consultation du Dr H. _____ du 21 octobre 2021, ils renseignent uniquement sur les traitements entrepris ou envisagés pour soulager le recourant. Il en va d'ailleurs de même du certificat établi par la Dre C. _____ le 19 novembre 2021.

dd) S'agissant en dernier lieu du rapport de l'Hôpital K. _____ du 12 avril 2021, où sont évoqués une dépendance au Tramal et un sevrage de cette substance, on ne saurait retenir, comme le requiert le recourant, que cette problématique aurait des effets durables sur sa capacité de travail résiduelle. On constate en effet que l'Hôpital K. _____ ne mentionne que des restrictions à la conduite « durant l'adaptation du traitement ».

7. Compte tenu des éléments qui précèdent, on peut en définitive se rallier à la position de l'intimé et retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles définies par le Dr G. _____.

8. a) S'agissant de la comparaison des revenus opérée par l'intimé, celle-ci s'avère conforme à l'art. 16 LPGA et à la jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 4c supra). Les revenus avec et sans invalidité pris en compte par l'intimé, que le recourant ne conteste d'ailleurs pas en soi, n'apparaissent pas critiquables, de sorte qu'ils peuvent être ici confirmés, de même que le degré d'invalidité, fixé à 5 % par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 13 avril 2021.

b) Le recourant sous-entend cependant ne pas être en mesure

de trouver un emploi qui correspondrait à ses limitations fonctionnelles. On peut manifestement écarter cet argument. L'intimé a en effet déterminé le revenu d'invalidé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, édictée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]), dans des emplois ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières, tous secteurs d'activité confondus (production et services). Or, les secteurs de la production et des services recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et adapté aux limitations fonctionnelles – somme toute modestes – énumérées dans le cas du recourant (cf. par exemple sur cette question : TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Au surplus, on rappellera que l'intimé a octroyé une aide au placement au recourant, selon communication du 9 décembre 2019, mesure à laquelle ce dernier n'a en l'état donné aucune suite.

9. a) En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 22 juillet 2021 confirmée.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice par décision du 5 octobre 2021. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Il est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et qui a de toute façon procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 22 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :