

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 janvier 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], a accompli son école obligatoire durant onze ans en [...], avant d'être enrôlé dans l'armée, où il a principalement exercé des tâches administratives. Arrivé en Suisse en juin 2015 en qualité de requérant d'asile, il a obtenu le statut de réfugié avant d'être mis au bénéfice d'un permis de séjour en 2016. Hormis quelques stages d'une à deux semaines effectués entre 2018 et 2019 en tant qu'électricien, installateur sanitaire et agent d'exploitation dans la logistique, l'assuré n'a depuis lors plus exercé d'activité professionnelle et vit de l'aide sociale.

Un examen par IRM (imagerie par résonance magnétique) du 13 mars 2019 a montré que l'assuré souffrait d'une hernie discale L4-L5 médiane et récessale gauche provoquant une sténose bilatérale des récessus latéraux de L5 prédominant à gauche, avec très probable conflit radiculaire L5 gauche.

Il a dès lors subi une cure de hernie discale L4-L5 paramédiane le 16 mai 2019.

Dans un rapport du 9 janvier 2020, le Dr A._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que son patient n'avait jamais connu d'évolution favorable ensuite de la cure de hernie discale, celui-ci continuant à présenter des lombalgies et, par moments, des sciatalgies gauches. L'examen clinique n'avait pas montré de signe irritatif ni de déficit dans les membres inférieurs et l'IRM lombo-sacrée du même jour n'avait pas mis en évidence de récurrence herniaire. Il subsistait toutefois une discopathie L4-L5 assez importante qui pouvait, à terme, nécessiter une fusion L4-L5.

Le 4 novembre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 16 novembre 2020 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a retenu les diagnostics de lombosciatalgie aiguë depuis octobre 2018, de status post cure d'hernie discale L4-L5 en 2019 et de discopathie dégénérative L4-L5 depuis octobre 2018. L'assuré souffrait toujours de douleurs très violentes et invalidantes pour les déplacements et devrait probablement bénéficier d'une prise en charge chirurgicale par spondylodèse L4-L5.

Dans un rapport du 4 décembre 2020, le Prof. S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques depuis fin 2018, induisant des limitations fonctionnelles à la marche, dans le port de charge, dans les mouvements de torsion/flexion du tronc et dans les stations assise et debout prolongées. Il a précisé que l'assuré présentait un déconditionnement majeur (+++) ainsi qu'une raideur rachidienne et sous-pelvienne. Le Prof. S._____ a préconisé de réévaluer la capacité de travail d'ici quelque mois, tout en observant que le facteur faisant obstacle à une réadaptation résidait dans le fait que l'assuré ne parlait pas bien le français.

Compte tenu de la persistance de douleurs, le Prof. S._____ a adressé son patient au Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, qui a procédé à six infiltrations entre le 23 avril et le 1^{er} juillet 2021 (cf. compte rendus d'intervention des 23 avril, 17, 19 et 28 mai, 1^{er} juin et 1^{er} juillet 2021 du Dr K._____).

Dans un rapport versé au dossier le 30 septembre 2021, le Dr P._____ a fait état d'une évolution lentement favorable, tout en précisant que son patient présentait une péjoration de sa symptomatologie malgré les traitements et connaissait des limitations dans la vie quotidienne en raison des douleurs lombaires (marche à plat : maximum trente minutes), sans trouble neurologique.

Constatant qu'aucun des médecins consultés ne s'était prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, le Service médical régional

de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, lequel a été diligenté par le Dr F._____, médecin au SMR, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, en présence d'un traducteur de langue tigrigna. Dans son rapport du 22 mars 2022, le Dr F._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire avec status après cure de hernie discale L4-L5 et de syndrome rotulien bilatéral. Le médecin a également constaté un excès pondéral discret avec un BMI de 26, restant toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr F._____ a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de militaire, d'installateur sanitaire ou d'agent d'exploitation. Il a toutefois considéré que l'assuré avait recouvré dès le 16 novembre 2019, soit six mois après la cure de hernie, une capacité de travail de 80 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles induites par sa pathologie ostéoarticulaire, à savoir une activité permettant l'alternance des positions assise et debout deux à trois fois par heure, voire de préférence librement, et ne nécessitant pas le soulèvement ou le port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les genuflexions répétées, le franchissement d'escabeau et d'échelle, le franchissement régulier d'escaliers et la marche en terrain irrégulier.

Le 5 mai 2022, se fondant sur les conclusions du Dr F._____, le service de réadaptation de l'OAI (REA) a retenu que l'assuré pouvait mettre à profit sa capacité résiduelle de travail de 80 % dans toutes les activités non-qualifiées, également dans un travail simple et répétitif 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, ouvrier dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux. L'assuré n'ayant pas travaillé depuis son arrivée en Suisse en 2015, l'OAI a

déterminé son taux d'invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'Enquête sur les salaires suisses (ci-après : ESS), arrêtant le revenu sans invalidité à 68'376 fr. 57 et le revenu d'invalidité de 54'701 fr. 26, pour aboutir à un taux d'invalidité de 20 %. L'OAI a précisé que l'assuré avait théoriquement droit aux mesures d'ordre professionnelle, mais qu'au vu de son profil socioprofessionnel (sans formation professionnelle spécifique, sans activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse en 2015 et avec des ressources linguistiques écrites/orales limitées), aucune mesure ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

Par projet de décision du 15 juillet 2022, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations. Admettant que l'activité habituelle n'était plus exigible, l'OAI a estimé qu'au 26 novembre 2020, échéance du délai d'attente d'un an dès le début de son incapacité de travail, l'assuré présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé, ce depuis toujours. Le préjudice économique qui en découlait, de 20 %, était insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par communication du même jour, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'aide au placement.

Le 18 août 2022, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision du 15 juillet 2022. Il a fait valoir qu'il souffrait d'intenses maux de dos qu'aucun médecin consulté n'avait réussi à amender et qui le restreignaient considérablement dans sa vie quotidienne. Compte tenu de son profil et de son parcours socio-professionnel (absence de formation, aucune expérience professionnelle en Suisse, expérience limitée aux activités physiques en [...] et difficultés linguistiques), seules lui restaient accessibles les activités physiques, qui étaient toutefois incompatibles avec son état de santé.

Le 27 septembre 2023, l'assuré a produit à l'OAI les documents suivants :

- un rapport du Dr P._____ du 6 septembre 2022, dont la teneur était identique à son rapport du 30 septembre 2021 ;
- un rapport du 22 septembre 2022 du Prof. S._____ établi à la suite d'une consultation du même jour, dont il ressortait que l'évolution était défavorable ; les lombosciatalgies étaient toujours présentes et limitaient le temps de marche sans pose à quelques minutes, malgré un traitement conséquent. Le programme d'infiltration à l'[...] n'avait pas donné les résultats attendus. Le Prof. S._____ a ajouté que pour ce qui était de sa spécialité, il ne pouvait rien proposer d'autre, si ce n'était de continuer les auto-exercices sur le long terme, y compris après diminution des douleurs grâce au stimulateur neuromédullaire dont la pose était envisagée par le Dr K._____.

Dans un compte-rendu de sa permanence du 25 octobre 2022, le SMR a relevé une contradiction dans l'évaluation du 6 septembre 2022 du Dr P._____, qui évoquait à la fois une évolution lentement favorable et une péjoration de l'état de santé de son patient. Compte tenu de l'absence de troubles neurologiques et d'indication chirurgicale, le SMR a estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments qui modifiaient son appréciation du 16 mars 2022, retenant une capacité résiduelle de 80 % dans une activité adaptée.

Par décision du 28 octobre 2022, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations. Malgré ses atteintes à la santé, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis toujours. Procédant à une comparaison des revenus sur la base de l'ESS, entre le revenu que l'assuré pourrait réaliser sans invalidité (68'376 fr. 57) et celui qu'il était en mesure de gagner compte tenu de ses atteintes à la santé (54'701 fr. 26), l'OAI a fixé le préjudice économique à 13'675 fr., correspondant à une invalidité de 20 %, qui n'atteignait pas le taux minimal de 40 % donnant droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 16 novembre 2022, G._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du

28 octobre 2022, dont il a implicitement conclu à la réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée. A l'appui de sa contestation, le recourant indique qu'il souhaiterait pouvoir être actif sur le marché de l'emploi, à temps plein, mais que son état de santé l'en empêche. Il précise que ses douleurs rachidiennes, intenses et quasi continues, l'empêchent de garder la même position plus de vingt minutes, que ce soit assis ou debout. Aucune position ni aucun traitement n'a permis de soulager ses douleurs, qui s'intensifient lorsqu'il porte un poids excédant trois kilos. En novembre, il a subi une nouvelle intervention chirurgicale, au cours de laquelle un dispositif d'électrothérapie lui avait été implanté. Le recourant indique encore qu'il peine à se projeter dans une activité à 80 % correspondant à son état de santé, en raison du fait qu'il n'avait exercé en [...] que des activités physiques, qu'il ne dispose d'aucune qualification ni expérience en Suisse, où il était arrivé comme réfugié et que son niveau de français doit être encore consolidé, mais que suivre des cours de français est compliqué notamment en raison de ses douleurs qui l'empêchent de se concentrer. Ainsi, seuls les métiers physiques semblent encore s'ouvrir à lui, métiers que son état de santé ne lui permet pas d'assumer. Enfin, il annonce la prochaine production de nouveaux rapports de ses médecins.

Le 23 décembre 2022, la Cour de céans a reçu un rapport du 12 décembre 2022 du Dr P._____, retenant les diagnostics de lombosciatalgie bilatérale, de discopathie dégénérative L4-L5, de status post exérèse d'un kyste et résection cunéiforme carpo-métacarpienne du 3^e rayon droit le 11 avril 2022 et de status post cure de hernie discale L4-L5 le 16 mai 2019. Le Dr P._____ a précisé que son patient avait bénéficié de l'implantation d'un système de neurostimulation effectuée par l'[...] le 14 novembre 2022. Au titre des limitations fonctionnelles, ce médecin a précisé que le périmètre de marche de son patient était limité à vingt minutes à causes des lombosciatalgies bilatérales. La position debout immobile, source d'inconfort, était tolérée moins de dix minutes et nécessitait « précocement une alternance des positions ». Quant à la position assise, elle était difficilement supportée plus de dix minutes, ce malgré les ajustements.

Par réponse du 13 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il a en particulier invoqué que l'intervention chirurgicale du 14 novembre 2022 et ses potentielles conséquences sur la capacité de travail du recourant étaient postérieures à la décision entreprise de sorte qu'elles n'avaient pas à être prises en compte dans la procédure en cours. Quoi qu'il en soit, la capacité de travail ne devrait pas être altérée d'une manière significative et durable.

Le 5 mai 2023, la Cour de céans a encore reçu du recourant les rapport des 6 et 22 septembre 2022, respectivement du Dr P. _____ et du Dr S. _____, déjà au dossier de l'intimé.

Par déterminations du 6 juin 2023, l'intimé a indiqué avoir déjà reçu les rapports des 6 septembre et 22 septembre 2022 précités, et au sujet desquels le SMR s'était déjà déterminé.

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) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel ensuite de sa demande de prestations du 4 novembre 2020.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que les faits pertinents se sont déroulés antérieurement à cette date et qu'un éventuel droit à la rente d'invalidité prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022.

3. 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.

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).

4. a) 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. Dans le cas d'espèce, l'OAI a essentiellement fondé sa décision sur le rapport d'examen du 22 mars 2022 du Dr F._____, pour retenir que le recourant présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle, alors qu'il disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à sa pathologie ostéoarticulaire, depuis toujours, hormis du 16 mai au 16 novembre 2019, où il avait subi une incapacité de travail de 100 % des suites de la cure de hernie discale L4-L5.

De son côté, le recourant conteste le bien-fondé des conclusions du Dr F._____ et soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité.

a) A l'examen du rapport du 22 mars 2022, le tribunal constate que le Dr F._____ s'est prononcé en pleine connaissance du dossier médical du recourant et sur la base d'une anamnèse complète. Il a procédé à un examen clinique détaillé et a tenu compte des plaintes exprimées par l'intéressé. Les conclusions du médecin du SMR, prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, sont bien motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 5b).

Le Dr F._____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec status après cure de hernie discale L4-L5 et de syndrome rotulien bilatéral. Il a estimé que ces atteintes contraignaient le recourant à alterner les positions assise et debout deux à trois fois par heure, voire de préférence à sa guise ; le soulèvement et le port régulier de charges excédant cinq kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les expositions aux vibrations, les genuflexions répétées, le franchissement d'escabeaux ou d'échelles, le franchissement régulier d'escaliers ainsi que la marche en terrain

irrégulier étaient proscrits. Le Dr F._____ a estimé qu'en raison de ces limitations fonctionnelles, le recourant n'était plus capable d'exercer une activité lourde, telle qu'installateur sanitaire ou agent d'exploitation, et ce depuis le 26 novembre 2019. En revanche, dans une activité adaptée, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 80 % dès le 16 novembre 2019, six mois après l'intervention chirurgicale du 16 mai 2019, qui avait permis de résorber la hernie discale, sans réapparition d'une récurrence. Il n'existait selon le Dr F._____ aucun motif biomécanique permettant d'attribuer aux troubles touchant le rachis et les genoux un effet incapacitant dépassant les 20 % reconnus. L'assuré ne souffrait en effet d'aucun trouble sensitivomoteur des quatre membres ni d'un syndrome radiculaire, et ne présentait pas non plus de signe en faveur d'une arthropathie inflammatoire périphérique. L'examen radiologique de janvier 2020 avait au demeurant permis d'exclure toute récurrence herniaire post-opératoire et montrait une amélioration du status en L4-L5 par rapport à l'examen pratiqué en mars 2019. Le Dr F._____ a encore relevé que le recourant disposait de certaines ressources physiques ; ce dernier accompagnait plusieurs fois par jour sa fille pour aller à l'école, supervisait ses devoirs, jouait avec elle, se promenait à pied durant quarante-cinq minutes, avec des pauses, et gardait une relativement bonne intégration sociale, en retrouvant des amis en moyenne une fois par semaine le week-end. Le Dr F._____ a d'ailleurs remarqué d'importantes incohérences entre les douleurs, que le recourant qualifie de très élevées (9/10 et 10/10), et le fait que ce dernier soit encore capable d'effectuer de telles activités. Enfin, il a évoqué la possibilité de faire de la physiothérapie afin de tonifier la musculature rachidienne, ce qui pourrait peut-être améliorer les douleurs du recourant.

b) De son côté, le recourant n'apporte aucun élément susceptible de sérieusement remettre en cause les conclusions du Dr F._____.

Le rapport du 6 septembre 2022 du Dr P._____ est en tous points identique à son précédent rapport versé au dossier le 30 septembre 2021. Or ce dernier a bien été pris en compte par le Dr F._____.

S'agissant du rapport du 22 septembre 2022 du Dr S._____, il ne contient aucun élément susceptible d'infirmer les conclusions du Dr F._____.

Quant au rapport du 12 décembre 2022 du Dr P._____, il fait état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles mentionnées par le Dr F._____. Cependant, on apprend également de ce même rapport que le recourant a bénéficié d'une implantation d'un système de neurostimulation le 14 novembre 2022. On peut dès lors considérer que les limitations fonctionnelles qui y sont évoquées sont vraisemblablement en lien avec la récente intervention. Quoi qu'il en soit, comme l'indique à raison l'intimé, cette intervention et ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail du recourant n'ont pas à être prises en considération puisqu'elles sont postérieures à la décision attaquée.

En outre, on constate que, ni le Dr P._____, ni le Dr S._____, lesquels évoquent pourtant certaines limitations fonctionnelles, ne se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant.

Enfin, les difficultés alléguées par ce dernier en lien avec sa situation psychosociale et celles relatives à sa méconnaissance de la langue française et à son manque de formation, bien que réelles, ne sauraient être prises en compte dès lors que le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

En définitive, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas fait valoir d'éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés du Dr F._____ et dont on aurait pu conclure que la décision entreprise n'avait pas correctement pris en compte l'ensemble du tableau médical prévalant au moment déterminant. Le tribunal n'a donc aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr F._____. S'il n'est pas exclu qu'au vu du tableau

clinique, l'état de santé du recourant subisse à terme une péjoration, une telle perspective reste sans incidence sur l'issue de la présente cause, qui ne peut prendre en compte que la situation de fait telle qu'elle se présentait le 28 octobre 2022, au moment où la décision entreprise a été rendue. Une évolution ultérieure défavorable, si elle se confirme, devra faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'intimé.

6. La question de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

a) 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). 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 126 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).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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).

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'invalidité 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).

b) Dans le cas d'espèce, l'intimé a calculé les revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'ESS. Ce procédé n'est pas critiquable puisque que le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2015, ni avant, ni après la survenance de son invalidité. Se fondant sur le salaire statistique applicable aux hommes exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 en 2018, indexé aux valeurs prévalant en 2019, au taux de 80 % pour le revenu d'invalidité, et de 100 % pour le revenu sans invalidité, elle en a déduit les revenus avec invalidité de 54'701 fr. 26 et sans invalidité de 68'376 fr. 31. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus étant de 20 %, il se situe en dessous du seuil minimal de 40 % nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Bien que ce calcul n'a pas été contesté par le recourant, il convient cependant de relever d'office qu'au moment de la décision du 28 octobre

2022, l'ESS 2020 avait été publiée le 23 août 2022 et aurait dû dès lors être appliquée. Ainsi, selon les mêmes principes appliqués par l'intimé, hormis l'indexation qui n'a pas lieu d'être, il faut tenir compte d'un revenu de valide de 65'815 fr. 11 et d'un revenu d'invalidé de 52'652.08, ce qui est toutefois sans incidence sur le taux d'invalidité, lequel demeure de 20 %. Ainsi, la décision de l'intimé doit être confirmée sur ce point.

7. Compte tenu du fait que le recourant présente un taux d'invalidité de 20 %, il reste encore à déterminer si celui-ci peut bénéficier d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel. A cet égard, l'intimé a estimé qu'en raison du profil socio-professionnel du recourant (absence de formation professionnelle spécifique, sans activité professionnelle depuis sa venue en Suisse en 2015 et ressources linguistiques écrites/orales limitées), aucune mesure, en particulier un reclassement, ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

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 les références citées), 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 références citées).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 ad art. 8 LAI, p. 102 et référence citée).

b) En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de relever que malgré sa motivation alléguée à retrouver un emploi, le recourant n'a, depuis son arrivée en Suisse le 23 juin 2015, effectué que quelques stages de très courte durée et n'a jamais trouvé d'emploi. Il n'est au bénéfice d'aucune formation, ni expérience professionnelle, et possède des connaissances limitées en français. A cet égard, c'est le lieu de rappeler qu'il découle du principe d'équivalence de la formation notamment que l'assurance-invalidité n'a pas pour tâche de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'il occupait auparavant. De plus, selon ses propres dires, ses douleurs le contraignent à changer régulièrement de position et l'empêchent de se concentrer ; il peine également à se projeter, même à 80 %, dans un métier qui correspondrait à son état de santé. Il est d'ailleurs convaincu que seuls les métiers physiques s'offrent encore à lui, métiers qu'il ne peut au demeurant plus exercer. Dans ces conditions, le recourant ne saurait

prétendre à une mesure de reclassement, ni à toutes autres mesures de réadaptation, étant rappelé que l'intimé a communiqué au recourant, dans la décision entreprise, la possibilité de bénéficier d'une aide au placement.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumis à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à charge du recourant, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 28 octobre 2022 de 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 mis à la charge de G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

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).

Le greffier :