

VD_FINDINFO AI 216/22 – 334/2023 vom 29. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_216_22___334_2023_____

FR: VD_FINDINFO AI 216/22 – 334/2023 du 29 novembre 2023

IT: VD_FINDINFO AI 216/22 – 334/2023 del 29 novembre 2023

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 17 al. 1 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales AI 216/22 – 334/2023

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 17 al. 1 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 216/22 – 334/2023 ZD22.036039 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 29 novembre 2023 _____ Composition :

M. Neu , président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges Greffier : M. Reding ***** Cause pendante
entre : S. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 8 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 1 LAI E n f a i t : A.
S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC de boulanger
– qu'il n'a jamais mis en valeur –, a travaillé entre les mois d'octobre 2007 et d'avril 2018
en qualité de monteur en mobiliers de bureau pour le compte de la société D. _____. Le
15 octobre 2019, le recourant 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),
alléguant souffrir, depuis février 2018, d'une hernie discale causée par le déchargement et
le port de charges lourdes lors de son précédent travail. Par rapport du 7 janvier 2020 à
l'OAI, le Dr L. _____, spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitant de l'assuré, a
posé le diagnostic de lombosciatalgie gauche sur hernie discale aux vertèbres L4-L5 depuis
février 2018. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle de livreur-monteur
était nulle, tandis qu'elle était pleine dans une activité adaptée, n'exigeant pas de soulever,
porter ou pousser des charges de plus de 15 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs ou
fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire, de subir des
vibrations de basses fréquences ou des contrecoups à la colonne lombaire, de tenir une
position statique (assise et debout) prolongée plus qu'une heure (avec la nécessité de
positions alternées et de brèves pauses) et de travailler dans une position instable. Était par
ailleurs joint un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire
du 26 mars 2018, lequel concluait à une discopathie dégénérative des vertèbres L4-L5 avec
protrusion discale plus marquée au niveau foraminaux (où apparaissaient un rétrécissement
foraminaux et une inflammation autour du disque et de la racine de la vertèbre L4 à gauche),
à une discrète congestion inflammatoire capsulosynoviale des articulaires postérieures

prédominant aux vertèbres L4-L5 des deux côtés et à des signes de bursite interépineuse aux vertèbres L2-L3 et L4-L5. Le 23 février 2020, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que l'activité de monteur en bureau requérait de souvent marcher, rester debout, soulever et porter des charges moyennes (entre 10 et 25 kg) et parfois d'être assis et soulever et porter des charges lourdes (plus de 25 kg). Le salaire versé en 2017 se montait à 67'443 fr. 95. Du 10 février au 7 août 2020, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de la société [...] à [...]. Il a à cette occasion trouvé un stage d'une durée de cinq semaines auprès de la société F. _____ AG à [...] en tant que conseiller de vente en électronique, outillage en quincaillerie. Du 17 août 2020 au 12 février 2021, l'assuré a poursuivi ce stage dans le cadre d'un placement à l'essai, avant d'être formellement engagé par cette société dès le 1^{er} mars 2021. Il a cependant dû interrompre définitivement cette activité en juin 2021 en raison d'une péjoration alléguée de son état de santé. Le 28 juin 2021, l'assuré a fait l'objet d'une IRM de la colonne lombaire, laquelle a laissé apparaître une discopathie dégénérative des vertèbres L4-L5 avec une protrusion discale intraforaminale bilatérale plus marquée du côté gauche, une irritation radiculaire à la vertèbre L4 des deux côtés, probablement plus marquée à gauche, et une inflammation congestive des articulaires postérieures prédominant aux vertèbres L4-L5, surtout du côté gauche. Par rapport du 23 septembre 2021 à l'OAI, le Dr L. _____ a constaté une récurrence d'une lombalgie. Il a en outre exposé qu'à la consultation de ce jour, l'évolution était favorable ; que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle ; et qu'il n'existait probablement pas d'activité réellement adaptée à un taux de 100 %, l'exercice d'une activité partiellement adaptée, à un taux de 50 %, étant vraisemblablement plus approprié à l'état de santé de l'assuré. Ce spécialiste a au demeurant repris les limitations fonctionnelles listées dans son rapport du 7 janvier 2020, exception faite du poids maximum des charges pouvant être soulevées, portées et poussées, qu'il a abaissé à 10-12 kg. Dans un avis du 1^{er} novembre 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'il n'y avait aucune raison de conclure que la capacité de travail de l'assuré n'était pas entière dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L. _____. Il convenait néanmoins de réinterroger ce rhumatologue sur ce point. Par courrier du même jour, l'OAI a confirmé au Dr L. _____ que l'activité de vendeur auprès de la société F. _____ AG n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il l'a de surcroît interrogé sur la capacité de travail de son patient. Répondant le 30 novembre 2021 à ce courrier, ce spécialiste a fait état d'une capacité de travail pleine dans une activité adaptée depuis le mois de septembre 2021. Le 22 février 2022, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé était resté stable et qu'il n'avait pas repris d'activité professionnelle. Par projet de décision du 2 juin 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dès lors que son degré d'invalidité était de 0 % à l'issue de la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Le 16 juin 2022, l'assuré, sous la plume de son assureur de protection juridique, s'est opposé à ce projet de décision. Il a dans l'essentiel conclu à ce que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et à des mesures d'ordre professionnel lui soit reconnu. Il a annexé à son courrier une attestation médicale établie le 23 septembre 2021 par le Dr L. _____, lequel affirmait que l'activité professionnelle actuellement exercée n'était plus adaptée à son état de santé et qu'il n'existait probablement pas de travail réellement adapté permettant un taux d'activité à 100 %, une activité partiellement adaptée, à un taux d'activité de 50 %, étant vraisemblablement plus

appropriée. Le 13 juillet 2022, l'assuré, toujours par le biais de son conseil, a fait parvenir à l'OAI un rapport du 5 juillet 2022 du Dr L. _____, lequel mentionnait ce qui suit : « [...] Diagnostic(s) : · Lombalgie chronique Discussion : Je revois le patient sur proposition de la protection juridique en raison d'un refus de l'AI. Par rapport à ma dernière consultation de l'année passée la lombalgie est stable. Présence d'une faible douleur lombaire constante mais tout à fait supportable qui est aggravée par les positions statiques prolongées plus que (30-60 minutes maximum) les efforts physiques avec un port de charges qui dépassent les 12 kg. La position accroupie et à genoux et la mobilisation répétitive de la colonne sont également responsable d'une aggravation de la douleur (sic). Depuis janvier il ne prends plus de traitements antalgique (sic). Il fait des exercices à domicile et il utilise une ceinture lombaire si nécessaire. Depuis une année il ne travaille plus en raison de son problème de santé à cause du manque d'un travail qui puisse respecter ses limitations fonctionnelles pour lesquelles il est connu. [...] » Par communication du 8 août 2022, l'OAI a annoncé à l'assuré que les conditions du droit à une aide au placement étaient remplies. Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 juin 2022 et, partant, nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. B. Le 7 septembre 2022, S. _____, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, d'une mesure de reclassement et d'un trois quarts de rente à compter du 1^{er} avril 2020 au plus tard ainsi que, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Se référant à l'attestation médicale du 23 septembre 2021 du Dr L. _____, il a en substance soutenu que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 % et qu'un taux d'abattement de 20 % au moins devait être retenu dans le calcul de son degré d'invalidité. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Par réponse du 13 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en précisant que sa décision portait uniquement sur le droit à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel (et non sur le droit à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle). Par réplique du 19 décembre 2022, le recourant a transmis à la Cour de céans le rapport du 5 juillet 2022 du Dr L. _____. Par duplique du 19 janvier 2023, l'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours. Par écriture du 7 juin 2023, le recourant a confirmé ses conclusions. Par écriture du 22 juin 2023, l'OAI a renouvelé ses conclusions. 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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de

recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) L'objet du litige est délimité par la décision du 8 août 2022, laquelle a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Elle ne se prononce en revanche pas sur le droit à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. Dans ces conditions, la première conclusion de l'assuré en lien avec l'octroi d'une telle mesure de réinsertion sort du cadre du litige, si bien qu'elle est irrecevable. c) Par conséquent, le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. 3. a) 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 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) Dans le cas présent, le recourant a déposé, en date du 15 octobre 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne notamment l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} avril 2021 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 4. 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. b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). c) 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). d) 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). 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). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré 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. 7 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 le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). e) 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). aa) 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). bb) 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). 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 (ci-après : l'ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). 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). 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'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). 5. 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 LPG 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). 6. a) En l'espèce, le Dr L. _____ a exposé, dans son rapport du 7 janvier 2020, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de livreur-monteur et pleine dans une activité adaptée, ne demandant pas de soulever, porter ou pousser des charges de plus de 15 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire, de subir des vibrations de basses fréquences ou des contrecoups à la colonne lombaire, de tenir une position statique (assise et debout) prolongée plus qu'une heure (avec la nécessité de positions alternées et de brèves pauses) et de travailler dans une position instable. Il a par la suite confirmé ses observations dans son rapport 30 novembre 2021, tout en reconnaissant que l'activité de vendeur chez F. _____ AG n'était pas adaptée à l'état de santé de son patient. Enfin, dans son rapport du 5 juillet 2022, il a en substance indiqué que la lombalgie dont souffrait le recourant était stable depuis sa dernière consultation ; qu'une faible douleur lombaire subsistait, laquelle était cependant supportable tant que ce dernier ne tenait pas une position statique de manière prolongée (de 30 à 60 minutes au maximum), ne portait pas des charges dépassant 12 kg, ne

s'accroupissait pas, ne se mettait pas à genoux et ne mobilisait pas sa colonne lombaire de façon répétitive ; et que l'assuré ne suivait plus de traitement antalgique. b) Ainsi, au vu des conclusions du rhumatologue traitant – lesquelles sont dans l'essentiel restées constantes depuis 2020 –, il appert que le recourant dispose d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de chauffeur-livreur et de vendeur auprès de la société F. _____ AG. Sa capacité de travail est en revanche pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, étant précisé que dès 2021, le port de charge est restreint non plus à 15 kg, mais à 12 kg. Certes, dans son rapport et son attestation médicale établis le 23 septembre 2021, le Dr L. _____ a déclaré qu'un travail réellement adapté, à temps plein, n'existait probablement pas et qu'une activité partiellement adaptée, à mi-temps, était vraisemblablement plus appropriée à la situation sur le plan médical. Il n'appartient toutefois pas aux médecins de déterminer dans quel domaine d'activités un assuré se montrerait susceptible de mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain sur un marché du travail équilibré, la réponse à cette question – de droit – revenant à l'assureur, respectivement au juge (cf. TF 8C_869/2011 du 24 avril 2012 consid. 4.3.1). Dès lors, l'avis de ce spécialiste quant aux possibilités réelles d'emploi offertes au recourant ne saurait remettre en doute la position de l'intimé selon laquelle un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger est compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L. _____. c) Une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée ayant été attestée, il convient encore de vérifier si le recourant est en droit de prétendre au versement d'une rente d'invalidité et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, ce en procédant à une comparaison des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, il sied de se référer au salaire réalisé en 2017 – soit la dernière année durant laquelle le recourant était pleinement capable de travailler – auprès de la société D. _____, tel qu'indiqué par cette dernière dans son rapport du 23 février 2020 à l'intimé, et indexé à 2019, soit 68'391 fr. 20. Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. supra consid. 4e/bb). Ainsi, selon les données pour l'année 2018, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples était de 5'417 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), le revenu d'invalidé mensuel, indexé à 2019, se monte à 5'647 fr. 22, à savoir 68'376 fr. 57 par an. Contrairement à l'avis du recourant, il ne se justifie pas de retenir une déduction sur le revenu avec invalidité, afin de prendre en compte ses limitations fonctionnelles et son âge. En effet, selon la jurisprudence, les limitations fonctionnelles ne peuvent fonder un abattement sur ce revenu que dans l'hypothèse où il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré sur un marché du travail équilibré (cf. TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références). Or, dans le cas présent, les limitations fonctionnelles constatées par le Dr L. _____ sont compatibles avec un grand nombre d'activités légères dans le secteur de l'industrie. Le fait que l'activité exercée par l'assuré entre les années 2020 et 2021 auprès de la société F. _____ AG ait finalement été considérée comme inadaptée à son état de santé et que celui-ci rencontre des difficultés à trouver un emploi ne s'avèrent à ce titre pas à même de remettre en cause ce constat. Enfin, à la date de la décision litigieuse, le recourant était âgé de moins de 50 ans, soit un âge relativement éloigné de celui de la retraite (cf. TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2). Du reste,

conformément à la jurisprudence, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (cf. TF 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3). Partant, la comparaison d'un revenu d'invalidité de 68'376 fr. 57 à un revenu sans invalidité de 68'391 fr. 20 aboutit à un degré d'invalidité – arrondi – de 0 %. d) Dans ces conditions, l'intimé était fondé à nier au recourant le droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité minimum de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI n'étant pas atteint (cf. supra consid. 4c). Il en est de même en ce qui concerne le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI, le taux d'invalidité étant inférieur à 20 % (cf. supra consid. 4d in fine). A cet égard, comme le relève à juste titre l'assuré, la décision litigieuse ne se révèle pas claire sur le type de mesures d'ordre professionnel dont l'octroi lui est refusé. Néanmoins, dans la mesure où, d'une part, l'intimé s'est uniquement prononcé sur le droit au reclassement et, d'autre part, a annoncé, par communication du 8 août 2022, que les conditions du droit à une aide au placement en vertu de l'art. 18 LAI étaient remplies, il convient de constater que ce refus est circonscrit au seul reclassement. 7. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 8 août 2022 par l'intimé confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 8 août 2022 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 mis à la charge de S._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens . Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour S._____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.