

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 511 vom 1. Januar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-01-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_511](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__511)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 511 du 1 janvier 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 511 del 1 gennaio 2021

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 49 RAI, 88a al. 1 RAI

## Erwägungen

### E. 1

er décembre 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche , présidente  
M. Neu, juge, et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : H. \_\_\_\_\_ , 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.

### E. 6

s. et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 59 al. 2bis LAI ; 49 al. 1 et 88 a al. 1 RAI E n f a i t : A.  
a)H. \_\_\_\_\_ H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), [...]en [...], séparé, père de  
deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, exerçait la profession de carreleur  
indépendant depuis le 1 er janvier 1993. Le 16 février 1995, l'assuré a déposé une première  
demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de  
problèmes au dos, à l'épaule et à la jambe existant depuis 1993. Dans un rapport du 24 août  
1994, les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et C. \_\_\_\_\_,  
médecin assistant, ont posé le diagnostic de troubles délirants (paranoïaques) de type  
somatique et ont estimé qu'une incapacité de travail à temps partiel pouvait représenter la  
reconnaissance de la souffrance de l'assuré, tout en préservant une part active qui lui  
permettrait de rester en contact avec un entourage nécessaire. Dans un rapport du 31 mai  
1995, le Dr Z. \_\_\_\_\_, généraliste, a diagnostiqué des troubles délirants paranoïaques  
de type somatique. Il a estimé la capacité de travail de l'assuré nulle depuis le 13 février  
1995 dans l'activité habituelle de carreleur indépendant. Selon ce médecin, l'affection  
psychiatrique était déterminante ; les affections somatiques n'entravaient pas l'exercice de  
la profession habituelle de l'intéressé ; les douleurs allant du coccyx au vertex avec  
sensation de blocage des membres inférieurs, de la région fessière et du pli de l'aîne droite  
et irradiation douloureuse jusqu'au talon, les douleurs précordiales, les difficultés  
respiratoires, les douleurs de l'épaule droite, les douleurs au membre supérieur droit, etc.  
avaient conduit l'assuré à consulter à plusieurs reprises son ancien médecin traitant, à être  
hospitalisé au CHUV, à être vu par le médecin-conseil de l'assureur-maladie et à s'adresser  
à plusieurs spécialistes de Lausanne et en Italie ; l'examen clinique était normal, les  
différents bilans hématologiques de chimie sanguine, l'examen des urines et des bilans

radiologiques n'avaient rien montré de particulier. Aux termes d'un rapport d'expertise du 12 août 1995, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, était d'avis que la présence de plaintes algiques diffuses et atypiques attribuées par l'assuré à une éventuelle pathologie organique, non-confirmée objectivement, indiquait un « trouble délirant paranoïaque de type somatique ». Le diagnostic différentiel de somatisation pouvait être évoqué, mais pas retenu. Le pronostic demeurait très réservé avec une incapacité de travail totale de l'assuré. Aucun reclassement n'était de mise. Un travail psychothérapeutique de soutien et un encouragement à une reprise graduelle d'une activité à difficultés croissantes étaient éventuellement susceptibles d'éviter l'évolution vers l'invalidité. Dans un rapport du 5 juillet 1996, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait part de l'absence d'évolution favorable, sans aucune cause somatique susceptible d'expliquer les multiples plaintes de l'assuré. Le status médical était inchangé depuis le 31 mai 1995. Par décision du 30 août 1996, l'OAI a octroyé à l'assuré un rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1995. b) Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été initiée en 2005. Dans un rapport du 7 février 2003, le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin traitant italien, a posé les diagnostics de fonction cardiaque dans les limites, tonalités valides et rythmées, d'abdomen palpable, et d'hypochondres normaux, chez un assuré qui signalait des douleurs musculaires même lors d'un simple contact. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 21 mai 2007, les Drs U. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de syndrome douloureux persistant somatoforme, de péri-arthropathie musculo-tendineuse huméro-scapulaire droite et de péri-arthropathie musculo-tendineuse coxo-fémorale droite. Ils ont estimé la capacité de travail de l'assuré dans son dernier emploi d'ouvrier du bâtiment et d'aide-carreleur à 75-85 %. Par rapport du 30 juillet 2007, la Dre ??? \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation, a indiqué que l'assuré avait présenté des troubles délirants paranoïdes qui avaient motivé l'octroi de la rente d'invalidité. Le dernier bilan montrait la disparition de ces troubles, ce que l'expertise pluridisciplinaire précitée avait confirmé. D'après cette expertise, l'état psychique était stable avec un examen normal hormis le trouble somatoforme qui justifiait une incapacité de travail évaluée à 10 – 20 %. Les documents produits en procédure d'audition ne modifiaient pas cette évaluation, en l'absence d'élément en faveur d'une aggravation/décompensation de l'état de santé. Par décision du 16 août 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a supprimé le droit à la rente de l'assurance-invalidité de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Le 3 septembre 2007, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral, qui, par arrêt du 13 février 2008 (C-6700/2007), l'a déclaré irrecevable. B. L'assuré a travaillé en qualité de maçon-carreleur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 pour le compte de sa propre société T. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Il a présenté une incapacité de travail à partir du 22 septembre 2017 à la suite d'une chute dans le cadre de son travail. Dans un rapport du 26 octobre 2017, les médecins de la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du CHUV ont diagnostiqué des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 irritatif et déficitaire (sensitif et moteur), avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux, mises en évidence à l'IRM lombaire d'août 2017, chez un assuré ayant présenté une acutisation de ses lombalgies chroniques en juin 2017. Une indication neurochirurgicale de décompression devait encore être discutée malgré la disparition de la douleur. Le pronostic était bon avec une récupération lente. L'assuré a déposé le 17 avril 2018 une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI, en faisant état d'une atteinte à la santé existant depuis juin 2017. Il ressort d'un

rapport employeur du 5 juin 2018 que, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré réalisait un revenu annuel brut de 91'000 fr. depuis le 1 er janvier 2017. Dans un rapport du 9 juillet 2018 à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgie avec syndrome radiculaire L5 irritatif et déficitaire (sensitif et moteur) avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux et pied tombant (depuis 2017). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une hypertension artérielle (HTA) traitée (depuis 2013). Ce médecin a attesté des incapacités de travail suivantes : - 100 %, du 22 septembre 2017 au 15 octobre 2017 ; - 50 %, du 16 au 20 octobre 2017 ; - 50 %, du 6 novembre 2017 au 28 février 2018 ; - 100% depuis le 1 er mars 2018. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient une impossibilité de travailler comme maçon-carreleur et sur des terrains irréguliers (risque de chute très élevé) ainsi qu'une impossibilité de conduire des véhicules avec embrayeur (uniquement automatiques). L'activité habituelle de maçon-carreleur n'était plus exigible de la part de l'assuré pour lequel une profession calme, assise et sans efforts physiques pouvait être envisagée à long terme. Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué la persistance d'un syndrome radiculaire irritatif et déficitaire L5 gauche, avec des signes de dénervation aiguë et chronique L5 gauche à la myographie. Il a retenu les diagnostics secondaires d'hypertension artérielle traitée et d'hypertrophie bénigne de la prostate traitée. Ce médecin notait la disparition de la douleur aiguë développée dans la région lombaire basse gauche en juin 2017. Néanmoins, en se relevant de la position accroupie, l'assuré pouvait toujours présenter une douleur dans le dermatome L5 à gauche. Il persistait un pied tombant gauche qui causait des chutes à répétition. L'assuré avait aussi développé progressivement une douleur à l'extérieur du pied droit. En arrêt de travail à 100 %, il ne pouvait plus conduire des véhicules avec embrayeur. La médication alliait la prise de Candesartan® 16 mg un demi comprimé par jour et de Tamsulosin® 0,4 mg un comprimé par jour. Dans un rapport enregistré le 6 février 2019 au dossier, la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, était d'avis qu'en raison des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 limitatif et déficitaire (avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux, pied tombant à gauche et signes de dénervation aiguë et chronique L5 gauche), la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 1 er mars 2018 et à réévaluer, selon l'évolution de lombalgies, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« limitation du port de charge selon les douleurs, limitation des positions assis/debout/en mouvement selon la douleur »). Par rapport du 21 mars 2019, le Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de troubles subjectifs de la motricité du membre inférieur gauche d'origine indéterminée, de troubles dégénératifs lombaires modérés sans compression neurologique et d'hypertension artérielle traitée. Un bilan radiologique de la colonne lombaire avait révélé que l'assuré présentait quelques troubles dégénératifs assez banaux pour son âge, avec des discrets ostéophytes de traction surtout en L3-L4 antérieurement. Il n'y avait pas de coxarthrose. Ce médecin restait particulièrement perplexe devant l'examen clinique malgré les constatations électrophysiologiques du Dr A. \_\_\_\_\_ en indiquant que l'assuré arrivait quand même à courir ce qui était un bon signe de force des membres inférieurs. L'examen clinique débordait de la simple parésie objectivable des releveurs à droite avec un extenseur de l'hallux qui avait une force normale. Sans s'oser à un diagnostic neurologique, le Prof. X. \_\_\_\_\_ relevait toutefois une discordance « entre le subjectif et l'objectif » en laissant le soin à ses confrères neurologues de pousser les investigations plus

loin au niveau central si nécessaire. Au terme de sa consultation, ce chirurgien n'était pas en mesure d'établir de relation claire entre l'état de santé de l'assuré et une pathologie rachidienne « en tout cas actuelle ». En annexe à ce rapport était joint celui d'une IRM lombo-sacrée effectuée le 19 décembre 2018 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin radiologue, qui avait mis en évidence chez l'assuré une discopathie dégénérative débutante en L2-L3 et L3-L4, et modérée en L4-L5 et L5-S1 ; à l'étage L4-L5, un débord discal circonférentiel, venant en contact de l'émergence radiculaire L5 bilatéralement, et surtout du côté gauche, susceptible d'irriter cette racine L5 gauche au niveau foraminaux ; une arthrose facettaire postérieure bilatérale des trois derniers étages, en poussée congestive modérée prédominante du côté gauche. Dans un rapport du 24 décembre 2019, les Drs E. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et B. \_\_\_\_\_, médecin assistante, de la Consultation de Neurologie Générale du CHUV, ont indiqué que les potentiels évoqués sensitivomoteurs récemment effectués revenaient normaux, permettant d'exclure définitivement une origine centrale aux plaintes de l'assuré. L'origine des lombalgies avec déficit moteur du membre inférieur gauche était le plus probablement en lien avec la discopathie connue et le probable conflit radiculaire L5 selon les IRM à disposition. L'assuré ne voulait pas être opéré. Il avait été informé de la possibilité d'être réadressé auprès des médecins de l'Unité Spinale, ce qu'il ne souhaitait pas. Dans un rapport enregistré le 24 février 2020 au dossier, la Dre Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, (pour la Dre I. \_\_\_\_\_), a fait part d'une évolution stationnaire depuis le précédent rapport de février 2019. Elle a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans son ancienne activité et indiqué que la capacité de travail n'avait jamais été évaluée dans une activité adaptée (sans marche en terrain irrégulier, position en hauteur [risque de chute], position statique assise ou debout prolongée, ni port de charges). Cette médecin confirmait que l'assuré ne souhaitait pas se faire opérer. Aux termes d'un rapport de consultation du 28 février 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a constaté que, pour son prostatisme, l'assuré était globalement satisfait sur le plan mictionnel, avec des urines claires sous traitement de Pradif® et Prostagutt®. Par avis du 4 mai 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a indiqué que l'assuré présentait une lombosciatique gauche L5 avec une discordance radio-clinique. Si la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle de maçon, sa capacité de travail pouvait être entière dans une activité adaptée sédentaire en faisant abstraction des facteurs non-médicaux tels que la maîtrise de la langue française, l'âge ou la formation qui ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il était nécessaire de disposer d'une évaluation objective excluant les facteurs psycho-sociaux en demandant une expertise mono-disciplinaire rhumatologique. Enfin, le Dr G. \_\_\_\_\_ précisait ne pas retentir de limitations fonctionnelles dans d'autres axes. Selon un compte-rendu de la permanence SMR du 14 juillet 2020, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire malgré les plaintes multiples de l'assuré (qui disait également souffrir de problèmes d'ordre neurologique, ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique), dont l'atteinte consistait en une lombosciatalgie pour laquelle un rhumatologue était parfaitement compétent afin de déterminer la capacité de travail. Par courrier du 15 juillet 2020 à Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'OAI lui a fait savoir qu'après une nouvelle analyse des pièces au dossier, un examen rhumatologique était suffisant pour déterminer la capacité de travail de l'assuré. En effet, l'ensemble des investigations neurologiques avaient déjà été effectuées et n'étaient pas remises en cause. Quant au problème oto-rhino-laryngologique, moyennant un appareillage adéquat, il n'avait aucune incidence sur la capacité de travail.

Enfin, les problèmes ophtalmiques étaient inconnus en sorte que l'OAI ne pouvait en tenir compte. Dans un rapport du 23 septembre 2020, les médecins du Centre [...] de la Mémoire ont, sur la base d'un bilan cognitif du 10 juillet 2020, retenu que les examens mettaient en évidence des troubles cognitifs diffus de type mnésique et attentionnel, avec retentissement sur l'autonomie de l'assuré dans sa vie quotidienne. Pour affiner le diagnostic, l'intéressé devait encore bénéficier de tests neuropsychologiques, d'apnéalink et d'un bilan biologique, avec la précision qu'une IRM cérébrale du 23 septembre 2019 était revenue sans particularité. L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique SMR au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 10 novembre 2020, ce médecin a retenu les diagnostics suivants : “**DIAGNOSTICS Avec répercussion durable sur la capacité de travail Diagnostic principal • Lombosciatalgies chroniques, non irritatives, avec un possible déficit des releveurs du pied G, dans un contexte de protrusion discale L4-5, avec une sténose bilatérale des récessus bilatéraux ; présence de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. M54.4. [...] Sans répercussion sur la capacité de travail • Douleurs du MID [membre inférieur droit] d'étiologie indéterminée. • Status post-fracture du grill costal.**” Au terme de son examen, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 22 septembre 2017, de 50 % à partir du 16 octobre 2017, puis à nouveau nulle depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018 dans son activité habituelle de maçon-carreleur. Depuis le 28 novembre 2018, l'intéressé bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ( Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. Membre inférieur gauche : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, et l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également précisé que la capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par l'atteinte neurologique du membre inférieur gauche, laquelle atteinte ne revêtait pas de critère de gravité en l'absence claire de pied tombant relevée lors de l'examen ainsi que par le Prof. X. \_\_\_\_\_ qui constatait une faiblesse de M4/5. Une évaluation économique pour les indépendants a été effectuée le 24 février 2021 au domicile de l'assuré. Dans son rapport du jour suivant, l'enquêteur a notamment expliqué ceci : “ [...] Comme mentionné ci-dessus, ni les comptes d'exploitation de la Sarl ni les revenus inscrits au C.I. ne nous permettent de chiffrer le RS [revenu sans invalidité], raison pour laquelle nous proposons de retenir le montant de Sfr. 94'223.- brut déterminé sur la base des données statistiques de l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] [...] ” Aux termes d'un rapport du 17 décembre 2020, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin au Centre [...] de la Mémoire, a, sur la base de sa consultation du 15 décembre 2020, rassuré l'assuré en excluant l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer. Les répercussions légères et peu significatives pour les activités du quotidien ainsi que la neuropsychologie qui montrait un trouble minime, ne permettaient pas de retenir un diagnostic plus avancé que celui de trouble neurocognitif léger (ou mineur). Selon ce médecin, les hypothèses étiologiques avancées restaient plausibles, à savoir la combinaison de difficultés d'apprentissage de longue date et les répercussions potentielles d'apnées du sommeil, dont le bilan restait à faire en ambulatoire ; l'assuré signalait notamment une fatigue chronique et des moments fréquents de somnolence en journée avec parfois besoin

de s'assoupir plusieurs minutes. Seul un contrôle clinique évolutif dans dix-huit à vingt-quatre mois était prévu au centre de la mémoire. Par avis SMR du 5 mai 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé que d'un point de vue rhumatologique la situation était claire. Sur le plan auditif, il existait une problématique d'adaptation aux appareils auditifs, mais avec une prise en charge adéquate il n'y aurait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Concernant les troubles neurocognitifs, ils étaient caractérisés comme mineurs et existant depuis de longues dates ce qui n'avait jamais empêché l'assuré de travailler dans le passé. Une maladie d'Alzheimer était exclue. Il convenait de poursuivre l'instruction du cas en obtenant des renseignements complémentaires auprès des Drs I.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, d'adresser une demande de rapport au médecin oto-rhino-laryngologue consulté et de demander à l'assuré s'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique, et faire une demande de rapport médical le cas échéant. Dans un rapport du 26 mai 2021 à l'OAI, la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin au Centre [...] de la Mémoire, a indiqué que l'assuré n'avait plus consulté depuis le 15 décembre 2020 et qu'elle n'était donc pas en mesure de répondre au questionnaire adressé dans l'intervalle. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2021 à l'OAI, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir que l'assuré, qu'il connaissait depuis 2012, présentait une presbyacousie légère à sévère accélérée qui nécessitait un appareillage auditif. L'intéressé avait été revu la dernière fois pour une expertise auditive le 3 septembre 2019. Les seules limitations fonctionnelles étaient un déficit de compréhension selon les postes de travail occupés, néanmoins sans une incapacité motrice. Moyennant le port des appareils, l'assuré conservait une « relativement bonne compréhension ». Par avis SMR du

## **E. 7**

Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Dans ce cadre, le recourant s'en prend à l'abattement de 10 % opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidé, estimant qu'il devrait, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge ainsi que de sa longue période d'inactivité, de sa faible maîtrise du français ou encore de son absence de formation professionnelle, s'élever à tout le moins à 15 %, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente d'invalidité. a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 a al. 1 LAI). Ainsi, 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. b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque comme en l'espèce, la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). 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). d) 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). e) En l'occurrence, le revenu sans invalidité n'est pas contesté, pas plus que le revenu d'invalidité. Vérifiés d'office, tous deux peuvent être confirmés. Le recourant estime toutefois que c'est un abattement de 15 % à tout le moins qui devrait être opéré sur le revenu d'invalidité. L'OAI a tenu compte en l'espèce d'un abattement de 10 % lié aux limitations fonctionnelles du recourant ( Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. Membre inférieur gauche : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre et l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]), qu'il y a lieu de confirmer, le taux d'abattement tenant compte de façon appropriée de ses limitations fonctionnelles. En tant que facteur étranger à l'invalidité, il n'y a pas lieu de tenir compte du fait que l'âge de la personne assurée peut avoir une influence négative sur la recherche d'emploi (TF 9C\_325/2022 du 25 mai 2023 consid. 6.3 ; TF 8C\_808/2013 du 14 février 2014 consid. 7.3). On ne saurait suivre le raisonnement du recourant qui considère que la jurisprudence fédérale pour les cas d'assurés proches de la retraite serait applicable en l'espèce. Ainsi que l'a souligné le Tribunal fédéral, cette jurisprudence n'entre en ligne de compte qu'à partir de l'âge de 60 ans environ. Le recourant était âgé de 56 ans lors de l'examen clinique du DrS.\_\_\_\_\_ qui a déterminé, le 10 novembre 2020, qu'il disposait d'une capacité résiduelle de travail préservée dans une activité adaptée. La longue période d'inactivité que mentionne le recourant ne constitue pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C\_329/2012 du 3 octobre 2012 consid. 5). En l'occurrence, le recourant n'a finalement été éloigné du marché de l'emploi que depuis l'automne 2017 en sorte que cet aspect ne peut être érigé en facteur supplémentaire de réduction. C'est également en vain que le recourant se réfère à ses capacités linguistiques déficientes comme facteur d'abattement dès lors que le niveau de qualification professionnelle déterminant ne nécessite en l'espèce pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 ; TF 9C\_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et TF 9C\_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). Quant au manque de formation invoqué par le recourant, il ne s'agit pas d'un facteur limitant les perspectives salariales

admis par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Enfin, on rappellera que le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pris en compte par l'intimé dans sa décision au titre de revenu avec invalidité recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles et sans aucune formation préalable particulière (cf. TF 9C\_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). A cet égard, l'OAI est d'avis que le type d'activité qui pourrait être réalisé est un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle, ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou encore en tant qu'ouvrier dans le conditionnement. Aussi, on ne voit pas que ses restrictions fonctionnelles impliquant une activité dans un poste léger, tel que décrit par l'intimé, rendraient l'exigibilité inexploitable sur un marché du travail équilibré. On rappellera que le recourant est doté d'une capacité de travail entière et que lesdites restrictions ont pour but essentiellement de ménager le rachis, ainsi que l'usage des membres inférieurs, ce qui n'exclut manifestement pas des activités administratives ou industrielles légères. f) Finalement un abattement de 10 % paraît justifié compte tenu de l'ensemble des circonstances pertinentes. Les arguments du recourant selon lesquels c'est un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à un quart de rente au minimum qui devrait être retenu ne sont dès lors pas pertinents.

#### **E. 8**

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie, orthopédie et neuropsychologie) afin de déterminer sa capacité de travail restante.

#### **E. 9**

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).