COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Farron, assesseur
Greffière : Mme Matthey

*****

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant,

et

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

_____

Art. 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 16 LPGA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié et père d'un enfant, au bénéfice d'une formation de poseur de revêtement de sol, a travaillé dans ce domaine durant quelques mois en 2014 et 2016, avant de bénéficier du Revenu d'insertion depuis le 15 juillet 2016. A la suite d'une procédure de détection précoce, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 mars 2017, en raison de problèmes orthopédiques, de trois opérations au pied et à la hanche et de douleurs dorsales à la base d'une incapacité de travail totale depuis le 1er mars 2017.

Dans un rapport du 21 avril 2017 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics d'hémiplégie spastique droite d'origine peu claire existant probablement depuis la naissance, de status après reposition, arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, aponévrotomie plantaire et confection d'un plâtre pour pied en varus équin droit d'origine neurologique existant depuis septembre 2002, de status après mise en place d'une butée ostéoplastique de la hanche droite pour dysplasie acétabulaire acquise existant depuis 2005, de tendinite d'Achille droite à répétition, ainsi que de lombalgies et troubles statiques secondaires à l'inégalité des membres inférieurs. Il a expliqué qu'en 2008, son patient avait trouvé un apprentissage de poseur de sol, profession qu'il avait pu exercer dans un premier temps sans problème. Avec le temps, il s'était toutefois avéré que cette activité n'était pas compatible avec son handicap. Il a attesté une incapacité de travail depuis le 1er mars 2017, le pronostic étant réservé dans l'activité habituelle. Le Dr F._____ a exposé que les limitations fonctionnelles consistaient en une exacerbation des douleurs du membre inférieur et des lombaires après l'activité professionnelle et une difficulté à changer de position. Il convenait d'évaluer plus précisément ses restrictions avec les orthopédistes et, éventuellement, un neurologue.

Avec son envoi, le médecin traitant a transmis un rapport établi le 23 novembre 2012 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressortait que l'assuré souffrait d'une monoplégie du membre inférieur droit, spastique, d'origine congénitale mais sans diagnostic étiologique précis, d'un pied creux neurologique sévère pris en charge par arthrodèse-reposition de type Lambrinudi aux alentours de 2003, ainsi que d'une symptomatologie douloureuse autour de la hanche droite révélée deux ans plus tard en relation avec une dysplasie acquise de la hanche prise en charge par un geste de butée qui l'avait bien soulagé. Le patient l'avait consulté une nouvelle fois dans le cadre de son activité professionnelle de parqueteur, qui était à l'origine de douleurs du bord externe du pied à la marche sur fond de lombalgies « un peu chroniques ». Le bilan radiologique montrait que tout se passait bien au niveau de la hanche et du pied, l'arthrodèse étant parfaitement consolidée, sans complications au niveau des deux agrafes ; on trouvait toutefois un reflet de l'hyper-appui sur le bord externe du pied sous forme d'hypertrophie de tout le cadre osseux du cinquième métatarse. Le Dr G._____ a évoqué un problème de chaussage insuffisant, la situation justifiant pleinement l'octroi de souliers orthopédiques de série adaptés à la dysmétrie et au trouble statique avec lit plantaire intégré. Au niveau rachidien, il a préconisé de la gymnastique du dos. Le médecin précité a en outre estimé qu'il existait une inadéquation entre les atteintes à la santé et l'activité professionnelle de son patient. Il était selon lui justifié de solliciter auprès de l'OAI une reconversion professionnelle vers un métier davantage sédentaire, dans lequel l'assuré travaillerait moins souvent accroupi, en ménageant les déplacements et les ports de charges excessives.

Par communication du 31 août 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de l'OSEO Vaud, à Lausanne, du 21 août au 27 octobre 2017, ensuite prolongée au 22 décembre 2017, pour lui permettre d'effectuer un stage en tant qu'agent technique auprès d'un EMS.

Par communications du 29 janvier 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré :

- un reclassement professionnel avec prise en charge des coûts pour un stage d'agent technique/de concierge effectué auprès de l'EMS D._____, à K***, du 1er au 25 février 2018, puis du 21 avril au 30 septembre 2018 ;

- un reclassement professionnel avec prise en charge des coûts pour une formation auprès du CEFIL (Centre d'Études et de Formation Intégrée du Léman), à Morges, du 26 février au 20 avril 2018, en qualité respectivement de nettoyeur qualifié, d'agent de maintenance, puis d'acteur de sécurité immobilier.

Les 16 et 23 mars 2018, l'assuré a obtenu un certificat de formation continue en qualité de nettoyeur qualifié selon le cursus pédagogique de la profession d'Agent de propreté, ainsi qu'un certificat de formation continue en qualité d'agent de maintenance selon le cursus pédagogique de la profession d'Agent d'exploitation, tous deux délivrés par le CEFIL.

Le 2 mai 2018, il s'est également vu délivrer par le CEFIL une attestation de suivi du programme de formation d'agent de sécurité – sites immobiliers.

Par communications du 4 octobre 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel et indiqué qu'il prenait en charge les coûts d'un module 6 pour la recherche d'un stage effectué auprès de l'OSEO Vaud dès le 1er octobre 2018, ainsi que les coûts de sa formation au CEFIL dans le cadre d'un cours de responsable d'immeubles, du 21 janvier au 22 mars 2019.

Dans une communication du 7 décembre 2018, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un « job-coaching » de la part

de l'OSEO à N*** sur son lieu de stage à P._____ SA, à Q***, du 3 décembre 2018 au 18 janvier 2019, puis du 25 mars au 31 octobre 2019.

Le 8 avril 2019, l'assuré a obtenu un certificat de formation continue de responsable d'immeubles selon le cursus pédagogique de la profession d'Exploitant Technique de Bâtiment organisé par le CEFIL.

Par communication du 2 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel, sous la forme d'une prise en charge des coûts d'un stage de concierge effectué auprès de l'OSEO Vaud du 1er juillet au 31 août 2019.

Le 30 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de placement.

Selon le rapport final établi le 10 septembre 2019 par le Service de réadaptation de l'OAI, l'assuré avait obtenu le diplôme de responsable d'immeubles et, en parallèle de cette formation, avait réalisé trois stages dans l'économie, lesquels s'étaient bien déroulés et lui avaient permis d'affiner ses compétences professionnelles. En conclusion, le collaborateur de l'OAI a exposé que l'assuré pouvait travailler comme concierge/responsable d'immeubles ; il avait réussi sa formation au CEFIL et avait toutes les cartes en main pour trouver un travail dans ce domaine.

Le 10 juin 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il cessait ses démarches d'aide au placement accordées selon sa communication du 30 juin 2019.

Dans un rapport du 11 janvier 2021, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a répertorié, à titre d'atteintes principales à la santé, une hémiplégie spastique droite d'origine peu claire, un status après reposition, arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, aponévrectomie plantaire et confection d'un plâtre pour pied en varus équin droit d'origine neurologique en 2002, un status après mise en place d'une butée ostéoplastique de la hanche droite pour dysplasie

acétabulaire acquise en 2005, une tendinite d'Achille droite à répétition et des lombalgies et troubles statiques secondaires à l'inégalité des membres inférieurs. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais qu'elle était totale dans une activité adaptée de responsable d'immeubles pour autant qu'elle respecte ses limitations fonctionnelles. A cet égard, il a exposé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F._____ étaient plausibles et en a défini des supplémentaires au vu des pathologies présentées par l'assuré et compte tenu de sa spécialisation en rhumatologie et de sa qualité d'expert médical certifié SIM. En définitive, il a noté que l'assuré devait éviter les longues marches, la marche en terrain irrégulier, le travail accroupi ou à genoux, le franchissement d'échelle ou d'échafaudage, la marche de plus de quinze minutes, le lever ou le soulèvement de charges de plus de dix kilos ; il devait également alterner la positions assise-debout au moins une fois par heure.

Par projet de décision du 19 janvier 2021, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a exposé que, depuis le 1er mars 2017 (début du délai d'attente), l'assuré présentait une diminution de sa capacité de gain ; à l'échéance du délai d'attente, le 1er mars 2018, bien qu'il présentait toujours une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de poseur de sol, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, telles que définies par le SMR. L'office a donc retenu que l'assuré pouvait exercer une activité de concierge ou de responsable d'immeubles, raison pour laquelle des mesures professionnelles avaient été mises en place en ce sens du 1er février 2018 au 31 août 2019, avec versement d'indemnités journalières. Il a également indiqué qu'une aide au placement avait été accordée, à laquelle l'intéressé n'avait pas donné suite. Afin de pouvoir déterminer le degré d'invalidité, il convenait d'évaluer le préjudice économique subi. Il convenait donc de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en 2018, soit 49'218 fr. 07, avec le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, de 67'743 fr. à 100 % en 2018, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ; aucun abattement ne

se justifiait, l'assuré ayant démontré au travers de trois stages qu'il pouvait exercer une activité de concierge sans difficulté particulière. Partant, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui serait la sienne sans invalidité, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert.

Le 6 février 2021, l'assuré a signifié à l'OAI son désaccord avec le projet de décision précité.

Aux termes d'un rapport reçu le 22 mars 2021 par l'OAI, le Dr F._____ a exposé que les essais de travail comme responsable d'immeubles ou dans le nettoyage s'étaient toujours soldés par des échecs après un certain temps en raison de la récidive de problèmes soit lombaires, soit du membre inférieur droit, en particulier de la cheville. Le médecin traitant a en particulier noté qu'une intervention chirurgicale était discutée ; lors de sa dernière consultation, le patient s'était plaint d'importantes douleurs du pied droit après cinq minutes de marche ; il avait également développé un état dépressif réactionnel après de multiples refus d'entretiens lors de postulations. Le Dr F._____ a estimé l'invalidité de l'assuré à 50 % au moins, jusqu'à ce que la situation soit clarifiée par le Service orthopédique du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV).

Avec son envoi, le médecin traitant a transmis les pièces suivantes :

- un rapport établi le 11 décembre 2019, dans lequel la Dre R._____, spécialiste en rhumatologie, a notamment expliqué que la souffrance actuelle de son patient était apparue en fin du dernier stage au cours de sa formation professionnelle mise en place par l'OAI en tant qu'agent de maintenance ; le tout premier stage s'était bien passé dans un établissement de petite surface, en EMS, tout à fait à sa portée ; quant au deuxième stage, qui s'était déroulé dans un immense établissement, il avait nécessité une marche prolongée quotidienne, qui avait à nouveau tout décompensé ;

- un rapport du 10 mars 2020, par lequel le Prof. S._____, médecin chef au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a indiqué que l'assuré présentait un déficit exclusivement moteur au membre inférieur droit, avec une nouvelle tendance au varus ; sur le mode volontaire, la flexion du pied se faisait sur un axe idéal, sans varus, et était assurée essentiellement par les releveurs des orteils. A son avis, la seule alternative à l'arthrodèse complète de la cheville droite était la confection d'une paire de chaussures orthopédiques montantes ; il convenait également que son patient poursuive la physiothérapie et rencontre prochainement un orthopédiste pour « mettre à jour » sa semelle orthopédique.

Dans un rapport du 18 mai 2021 à l'OAI, le Prof. S._____ a posé les diagnostics de « paraparésie avec pied équin varus spastique » congénital et de lombalgies chroniques depuis cinq à six ans. Il a expliqué que la confection de nouvelles chaussures orthopédiques était envisagée, tout comme de compléter l'arthrodèse. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges lourdes, marche prolongée, station assise ou debout statique. La capacité de travail du patient dans l'activité habituelle de poseur de sol était nulle, mais elle était totale dans une activité adaptée. Le Prof. S._____ a encore souligné un problème d'endurance, sans que les limitations ne soient importantes, s'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères.

Dans un avis du 4 juillet 2021, la médecin du SMR a exposé qu'aucun élément objectif nouveau ne faisait état d'une aggravation, seules les douleurs persistantes étant rapportées ; les conclusions des spécialistes rejoignaient celles précédemment retenues, à savoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. A son sens, il convenait toutefois de vérifier que l'activité de responsable d'immeubles respectait bien celles-ci. La médecin du SMR a encore relevé qu'une reprise chirurgicale n'était pas exclue, laquelle pourrait justifier une incapacité de travail totale transitoire ; quant à l'état dépressif réactionnel, il ne faisait pas l'objet d'un suivi spécialisé ni de l'introduction d'un

traitement par le médecin traitant, ce qui ne permettait donc pas de modifier les conclusions du SMR.

Par communication du 29 novembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré un entretien et une analyse d'orientation professionnelle, sous la forme d'une préparation à une reprise d'emploi effectuée auprès de la Fondation IPT, à Lausanne, du 18 novembre 2022 au 31 janvier 2023. Le 6 mars 2023, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les frais de cours dans le cadre d'une mesure de préparation à la reprise d'un emploi (phase II) auprès de la Fondation IPT du 1er au 31 mars 2023, laquelle a été prolongée pour la période courant du 1er avril au 30 juin 2023, puis à nouveau du 1er juillet au 30 septembre 2023 (cf. communication du 5 juin 2023).

Selon le rapport final établi le 5 septembre 2023 par la Fondation IPT, l'objectif fixé n'avait pas pu être atteint, malgré les nombreuses demandes de stage effectuées ; la plupart des entreprises abordées avaient répondu par la négative en raison des limitations de santé présentées par l'assuré. En outre, les douleurs à la hanche et au dos augmentaient, selon l'assuré, qui avait également indiqué que de nouvelles investigations médicales étaient planifiées. Les membres de la fondation ont relevé que les absences excusées et l'investissement au suivi ne leur permettaient pas de garantir un accompagnement de qualité. A la fin du mois de juin 2023, ils avaient reçu un certificat médical attestant une incapacité de travail totale dès le 27 juin 2023 ; vu la situation de santé non stabilisée et les absences répétées, le conseiller OAI avait décidé d'interrompre la mesure au 14 juillet 2023.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 6 novembre 2023, le collaborateur du Service de réadaptation de l'OAI a noté que l'assuré se plaignait d'une absence d'amélioration de son état de santé ; il éprouvait de nombreuses douleurs dues à son pied, qui déviait fortement vers la droite ; il ne marchait pas sur la plante du pied, mais sur le côté droit, directement sur l'os, ce qui entraînait également de douleurs dorsales importantes. Sur le plan médical, aucun médecin ne prenait de décision

s’agissant d’une éventuelle opération ; si une telle opération devait survenir, l’assuré avait mentionné une convalescence d’au moins six mois, qui pourrait s’étendre jusqu’à une année. Comme aucune mesure simple et adéquate ne pouvait être mise en place pour permettre à l’intéressé de retrouver le marché du travail, le collaborateur de l’OAI a proposé de clôturer le dossier au niveau de la réadaptation et que l’office prenne en charge l’instruction médicale du dossier.

Dans un rapport du 1er mars 2024 à l’OAI, la nouvelle médecin traitante de l’assuré, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué suivre ce dernier depuis le 27 juin 2023. Elle a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de dorsalgies chroniques, de paraparésie spastique congénitale droite, dont l’évolution était stable, voire légèrement défavorable, et de coxalgie gauche. La médecin traitante a expliqué que la position statique prolongée, assise ou debout, ne pouvait être maintenue plus de trente minutes sans douleur ; si un poste respectant une telle limitation existait, un faible taux d’activité pouvait être envisagé. Les limitations concernaient la paraparésie du membre inférieur droit, les douleurs au pied droit, à la hanche gauche et au dos. La capacité de travail était nulle dans l’activité habituelle, mais elle s’élevait à trois fois trente minutes avec des pauses par jour dans une activité adaptée. Selon la médecin traitante, l’intéressé ne réalisait que les activités de la vie quotidienne personnelles, les déplacements à domicile étant déjà compliqués. La Dre W._____ a encore souligné que son patient présentait une fatigue et une perte d’espoir en lien avec sa situation physique et professionnelle et qu’un état dépressif n’était pas exclu.

Avec son envoi, la Dre W._____ a notamment produit un rapport relatif à des radiographies du bassin et de la hanche gauche et à une échographie de la hanche gauche réalisées le 20 février 2024, dont les conclusions étaient les suivantes :

> « Radiographies :
> Butée du toit acétabulaire droit.
> Signes de conflit fémoro-acétabulaire avec convexité du versant supérieur du col fémoral droit.

Pas de signe de coxarthrose et notamment du côté gauche où l'on ne note pas de pincement articulaire, d'ostéosclérose, ni d'ostéophyte.
Pas d'anomalie des structures osseuses du bassin par ailleurs.
Pas d'anomalie des tissus mous.

Echographie :
On ne met pas en évidence de bursite trochantérienne.
Les tendons glutéaux sont bien individualisés, sans épaississement ou déchirure ou encore hyperhémie au Doppler couleur et notamment du tendon du moyen fessier.
Pas de lésion, collection ou déchirure des muscles glutéaux.
Pas d'épanchement articulaire coxo-fémoral gauche. »

D'après une communication interne du Service de réadaptation du 22 mai 2024, l'activité de responsable d'immeubles/concierge n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Avant de recommencer le processus de réadaptation professionnelle, le collaborateur de l'OAI a estimé qu'il convenait d'obtenir un avis du SMR avec une analyse complète de la capacité de travail actuelle et des limitations fonctionnelles clairement définies.

Le 14 mars 2025, sur demande de l'OAI, le secrétariat médical du CHUV lui a transmis les pièces suivantes :

- un rapport établi le 22 juin 2023, par lequel le Dr X._____, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé le diagnostic principal de parésie spastique congénitale du membre inférieur droit avec status post-arthrodèse tibiotalienne et opération de la hanche droite et de lombalgie mécanique non déficitaire. Le patient décrivait des douleurs du pied droit, latérales, moindres en postérieur, à la marche, avec un périmètre de marche limité à dix à quinze minutes pour cette raison, ainsi que des douleurs lombaires sous forme d'une barre à prédominance droite survenant surtout après l'effort physique, parfois le réveillant la nuit. Les radiographies du pied droit et du corps entier avaient mis en évidence une scoliose double, sinistroconvexe thoracique entre T2-T11 et de 17 degré d'angle de Cobb, dextroconvexe lombaire entre T11-L4 de 16 degrés d'angle de Cobb, une discrète obliquité pelvienne de 4mm et une antériorisation de la ligne CAM gravitaire de 39mm. Le Dr X._____ a estimé qu'une orthèse pourrait aider le patient à améliorer la propulsion à

la marche et décharger les muscles proximaux ; il était également important que l'intéressé suive des séances de physiothérapie et bénéficie d'un programme de reconditionnement à long terme. Le médecin précité ne prévoyait pas de revoir le patient à sa consultation ;

- un rapport relatif à une IRM de la colonne lombaire et des hanches réalisée le 16 avril 2024, qui concluait à une absence d'anomalie significative identifiable et à une absence d'explication claire pour la symptomatologie du patient ;

- un rapport établi le 4 février 2025, dans lequel le Dr Z._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, et le Dr T._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques non déficitaires et non irradiantes dans un contexte de parésie spastique du membre inférieur droit avec différence de longueur des membres inférieurs et de coxalgie gauche, probablement d'origine lombaire ou due à une surcharge mécanique en lien avec la faiblesse du membre inférieur droit. Ils ont exposé que le patient souffrait de lombalgies chroniques présentes depuis plusieurs années, avec une aggravation notable au cours des quatre à cinq dernières années, évaluées entre 4 et 7 sur 10, particulièrement gênantes lors des changements de position la nuit, ce qui perturbait son sommeil ; ces douleurs étaient également exacerbées par la station debout prolongée et la marche. Concernant la coxalgie gauche, les médecins du CHUV ont indiqué que les douleurs étaient apparues en février et étaient décrites comme constantes à 4/10 avec une aggravation lors d'activités physiques. Ils ont en définitive expliqué au patient l'importance de maintenir une activité physique régulière pour éviter le déconditionnement et organisé une prise en charge en chiropraxie et auprès d'un orthoprothésiste pour réévaluer l'appareillage prothétique.

Dans un rapport du 17 mars 2025 à l'OAI, la Dre W._____ a exposé que l'évolution était stagnante depuis son dernier rapport. Les plaintes actuelles concernaient les lombalgies chroniques, la coxalgie gauche et le trouble de la marche sur paraparésie spastique. Le patient pouvait effectuer les activités de la vie quotidienne sans restriction et se

mobiliser dans un périmètre de marche de quinze minutes ; il était en revanche difficile pour lui d'exercer une activité soutenue en raison des lombalgies et était limité dans la force des membres inférieurs. La médecin traitante a noté que son patient était limité par ses douleurs lombaires et à la hanche gauche, qui l'empêchaient de tenir des positions prolongées, de porter des charges de plus de cinq kilos et d'avoir une activité sportive. Elle estimait la capacité de travail de son patient à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce immédiatement, celui-ci se montrant très motivé à cette idée.

Aux termes d'un rapport du 22 avril 2025 à l'OAI, les Drs Z._____ et T._____ ont indiqué que leur patient suivait une chiropraxie hebdomadaire depuis deux mois (bénéfice modéré et temporaire), effectuait de la physiothérapie une fois par semaine, des séances d'étirements régulières et portait des chaussures orthopédiques avec semelles compensatrices. Les limitations fonctionnelles consistaient en une impossibilité de marcher plus de dix minutes sans pause, une incapacité à maintenir une posture statique prolongée (debout ou assise) et une difficulté à porter des charges lourdes, y compris pour les gestes du quotidien. Selon les médecins précités, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle, et celui-ci était apte à travailler deux à quatre heures par jour dans une activité adaptée, en raison des limitations fonctionnelles et des douleurs chroniques qui limitaient l'endurance.

Par avis du 14 août 2025, la médecin du SMR a émis l'appréciation suivante :

> « **Discussion et conclusion :**
> Bien qu'une augmentation des douleurs soit mentionnée en juin 2023, nous n'avons pas d'éléments objectifs pour une aggravation. Les plaintes sont superposables, y compris les lombalgies et douleurs de hanche qui étaient déjà mentionnées dans les rapports médicaux entre 2012-2017, de même que la présentation clinique (perte de force et de volume musculaire de la jambe droite connues). Aucune intervention chirurgicale n'a eu lieu et il n'y a pas eu de suite à la proposition de mai 2023 du CHUV d'un appareillage par orthèse. Il a par la suite été revu seulement en décembre 2024 par ce service, soit

> plus de 18 mois après. Le médecin traitant n'a pas attesté d'IT [incapacité de travail] au-delà du 09.07.23 et estime actuellement la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] comme entière. Quant au CHUV, il n'a pas attesté d'IT. Nous nous écartons de la CTAA de 2-4h/j retenue par ce service étant donné que l'assuré n'est pas du tout impacté au quotidien dès le moment où les LF [limitations fonctionnelles] sont respectées. Nous n'avons pas d'argument pour une atteinte dans un autre axe (psychique).
> En résumé nous maintenons les conclusions du rapport SMR du 11.01.21 en proposant néanmoins d'adapter les LF à un port maximal de charges de 5kg. **Nous vous proposons de transmettre ce dossier au service de réadaptation afin d'évaluer si l'assuré avait droit à des mesures. Il serait selon son médecin traitant très motivé quant à celles-ci.** »

Dans un rapport final du 25 août 2025, le Service de réadaptation de l'OAI a indiqué qu'un droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert. Selon lui, l'intéressé pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Il a fixé le degré d'invalidité à 10 %, se fondant sur un revenu sans invalidité de 69'092 fr. 41 basé sur l'ESS TA1, niveau de compétence 1, de 2022, indexé à 2025, et sur un revenu d'invalide de 62'183 fr. 17, basé sur le même salaire tiré de l'ESS, avec un abattement de 10 %.

Par décision du 27 octobre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Pour l'essentiel, il a repris le calcul du degré d'invalidité tel qu'effectué le 25 août 2025 par son Service de réadaptation et exposé que, dans ces conditions, il ne pouvait que confirmer sa position, l'invalidité étant inférieure à 40 %.

B. Par acte daté du 24 novembre 2025 et envoyé le lendemain sous pli recommandé, B._____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale et expliqué que, malgré une volonté sincère de travailler et une tentative de réorientation professionnelle en tant

que concierge, la réalité de sa condition rendait la recherche d'emploi extrêmement difficile ; les entreprises refusaient en effet de l'embaucher en raison de sa démarche ; de plus, il souffrait de douleurs au dos et à la jambe.

Par réponse du 5 février 2026, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. Il s'est déclaré disposé, sur demande du recourant, à lui proposer à nouveau une aide au placement pour autant qu'il soit preneur et prêt à s'investir activement. Il n'en demeurait pas moins que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, celui-ci était apte à travailler à temps complet. S'agissant des activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, l'intimé a indiqué qu'il convenait de compléter la décision litigieuse en renvoyant au courrier du spécialiste en questions professionnelles du 29 octobre 2025, qui fournissait, à titre d'exemples, un certain nombre d'activités adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière.

Par réplique du 6 mars 2026, le recourant a soutenu que son état de santé s'était aggravé durant les trois dernières années, les douleurs étant plus intenses et persistantes, ce qui rendait sa situation quotidienne plus difficile et inquiétante. La situation était également très difficile pour lui mentalement, avec la crainte que ses démarches mènent à un nouvel échec. Il a en outre exposé que les documents au dossier de l'intimé ne reflétaient pas pleinement la gravité de sa situation ; ses difficultés physiques étaient beaucoup plus visibles et importantes dans son quotidien. Le recourant a réitéré sa demande d'expertise médicale complète afin d'établir clairement son état de santé et ses limitations physiques.

Avec son envoi, le recourant a produit un rapport établi le 23 février 2026, par lequel le Dr Q._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du CHUV, a conclu à des lombalgies chroniques discovertébrales avec un bilan lésionnel rachidien rassurant et une possible participation facettaire, une inégalité de longueur de membre bien compensée, une boiterie sur insuffisance du moyen fessier qui participait

probablement de façon prépondérante aux douleurs avec un important déséquilibre à la marche, une scoliose légère et un petit déséquilibre antérieur rachidien et un contexte de paralysie cérébrale néonatale avec un déficit du membre inférieur droit. Le Dr Q._____ a proposé une consultation en antalgie au CHUV pour voir si le patient serait éligible à des blocs de branches médianes lombaires bas.

Par duplique du 13 avril 2026, l'intimé a maintenu sa position. Elle a produit un avis établi le 7 avril 2026 par la médecin du SMR, qui a relevé que le rapport du Dr Q._____ susmentionné posait certes le nouveau diagnostic de scoliose, celui-ci existant toutefois depuis juin 2023 ; ce diagnostic n'était que de degré léger et ne nécessitait aucune prise en charge particulière ; il n'était en outre pas responsable des douleurs dont se plaignait le recourant. Partant, le rapport du 23 février 2026 ne modifiait pas les précédentes conclusions du SMR. S'agissant des douleurs lombaires, la médecin du SMR a indiqué que le rapport précité faisait état d'éléments déjà documentés et dont il avait été tenu compte.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, ensuite du dépôt de sa demande le 16 mars 2017.

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 1er 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 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande de prestations le 16 mars 2017. Compte tenu d'une incapacité de travail ininterrompue dans son activité habituelle depuis le 1er mars 2017, le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI était échu le 1er mars 2018. Au vu toutefois des mesures de réadaptation mises en œuvre du 1er février 2018 au 31 août 2019, avec versement d'indemnités journalières, et du fait que les mesures mises en œuvre du 18 novembre 2022 au 30 septembre 2023 ne constituaient qu'une aide au placement, le droit théorique à la rente est ouvert à partir du 1er août 2019, mois durant lequel les mesures de réadaptation ont pris fin (cf. consid. 6c *infra* ; ATF 121 V 190 consid. 4c). C'est donc l'ancien droit qui est applicable.

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) 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).

c) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. **a)** En l'occurrence, il est constant que le recourant n'est plus apte à exercer sa profession de poseur de revêtement de sol depuis le 1er mars 2017, en raison d'une paraparésie spastique congénitale droite, d'un status post arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, aponévrotomie plantaire et confection d'un plâtre pour pied en varus équin droit d'origine neurologique existant depuis 2002, de status post butée ostéoplastique de la hanche droite pour dysplasie acétabulaire existant depuis 2005 et de lombalgies chroniques secondaires à une inégalité des membres inférieurs. Se fondant sur les avis du SMR, l'intimé estime cependant que l'intéressé est pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui sont les suivantes : éviter les longues marches, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de franchissement d'échelle ou d'échafaudage, alternance de la position assise-debout au moins une fois par heure, pas de marche de plus de quinze minutes, pas de lever ou de soulèvement de charges de plus de dix kilos.

Le recourant conteste cette appréciation. Il soutient que son état de santé se serait dégradé ces dernières années et que ses atteintes seraient plus importantes que décrites dans les « documents » du dossier de l'OAI.

b) Il convient de se pencher sur la valeur probante des avis établis les 11 janvier 2021, 4 juillet 2021 et 14 août 2025 par les médecins

du SMR, qui concluent à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et fixent les limitations fonctionnelles.

aa) Par son rapport du 11 janvier 2021, faisant suite à la tentative de réadaptation de l'assuré en qualité de concierge/responsable d'immeubles, le médecin du SMR a tenu compte de l'ensemble des diagnostics incapacitants de l'assuré. Il a en définitive estimé que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant, dans son rapport du 21 avril 2017 à l'OAI, – à savoir une exacerbation des douleurs du membre inférieur et des lombaires après l'activité professionnelle et une difficulté à changer de position – étaient plausibles. En sa qualité de spécialiste en rhumatologie, il a en outre retenu que l'assuré devait éviter les longues marches, la marche en terrain irrégulier, le travail accroupi ou à genoux, le franchissement d'échelle ou d'échafaudage, la marche de plus de quinze minutes, le lever ou le soulèvement de charges de plus de dix kilos, et qu'il devait alterner les position assise-debout au moins une fois par heure. Le médecin précité a ainsi estimé que la capacité de travail de l'intéressé était totale dans une activité respectant l'ensemble de ces limitations fonctionnelles, par exemple comme concierge ou responsable d'immeubles.

Cette appréciation est tout à fait conforme aux rapports précédemment émis par les médecins consultés par le recourant, en particulier le rapport du 21 avril 2017 du Dr F._____, et le rapport établi le 23 novembre 2012 par le Dr G._____, qui estimait qu'une reconversion professionnelle devait être mise en œuvre vers un métier davantage sédentaire, dans lequel son patient travaillerait moins souvent accroupi, en ménageant les déplacements et le port de charges excessives.

bb) Cela dit, dans un rapport du 22 mars 2021 à l'OAI, le médecin traitant du recourant a indiqué que les essais de travail comme responsable d'immeubles ou dans le nettoyage s'étaient toujours soldés par des échecs en raison de la récidive de problèmes, soit lombaires, soit du membre inférieur droit. Il a indiqué qu'une intervention chirurgicale était discutée, que le patient s'était plaint d'importantes douleurs du pied droit

après cinq minutes de marche, et qu'il avait développé un état dépressif réactionnel. A son sens, l'invalidité de son patient s'élevait à 50 % jusqu'à ce que la situation soit clarifiée par le Service orthopédique du CHUV. Ce rapport n'est toutefois pas probant, puisqu'il est dûment remis en doute par les appréciations des spécialistes ayant suivi le recourant entre 2019 et 2021.

Dans un rapport du 11 décembre 2019, la Dre R._____ a, en effet, exposé que la décompensation de l'état de son patient était apparue à la fin du dernier stage mis en place par l'OAI en tant qu'agent de maintenance dans un immense établissement, qui avait nécessité une marche prolongée quotidienne ; le tout premier stage, qui s'était réalisé dans un établissement de petite surface, avait été, quant à lui, tout à fait à la portée de l'intéressé. Il apparaît donc que le deuxième stage mis en œuvre par l'OAI ne respectait pas les limitations fonctionnelles précitées, en particulier l'absence de marche prolongée et de marche de plus de quinze minutes, raison pour laquelle les douleurs étaient réapparues. L'assuré s'est en revanche montré apte à suivre avec succès le premier stage, qui constituait une activité parfaitement adaptée à ses atteintes à la santé.

De plus, dans son rapport du 18 mai 2021, le Prof. S._____ a listé les limitations fonctionnelles de son patient, tout à fait similaires à celles établies par le SMR, à savoir le port de charges lourdes, la marche prolongée et la station assise ou debout statique. Ce médecin a, à l'instar du SMR, considéré que la capacité de travail de son patient était totale dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles.

Partant, c'est à juste titre que la médecin du SMR a, dans son avis du 4 juillet 2021, exposé qu'aucun élément objectif nouveau ne faisait état d'une aggravation, seule les douleurs persistantes étant rapportées, et que les conclusions des spécialistes rejoignaient celles précédemment retenues. En outre, la reprise chirurgicale mentionnée par le Dr F._____ et le Prof. S._____ (cf. rapport du 18 mai 2021) n'a en définitive jamais été réalisée et le recourant n'a pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique, ni

de l'introduction d'un traitement par son médecin traitant sur le plan psychiatrique. Dans ces conditions, au regard des rapports précités, les conclusions du 11 janvier 2021 du SMR pouvaient toujours être suivies.

cc) Le recourant fait valoir que son état de santé s'est détérioré depuis 2023. S'il ressort certes des rapports de ses médecins qu'il souffre d'une coxalgie depuis février 2023 (cf. rapport du 1er mars 2024 de la Dre W._____ et du 4 février 2025 des Drs Z._____ et T._____), force est de constater qu'il souffrait déjà de douleurs à la hanche auparavant, ayant subi une butée ostéoplastique en raison d'une dysplasie acétabulaire, comme cela ressort des rapports au dossier depuis 2012. Partant, les limitations fonctionnelles définies précédemment par le SMR permettent déjà de ménager les hanches de l'assuré et restent donc pleinement pertinentes. Le Dr X._____ pose en outre le diagnostic supplémentaire de scoliose dans son rapport du 22 juin 2023, qui ne constitue toutefois pas le diagnostic principal retenu par ce médecin et ne semble pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir d'incidence sur la symptomatologie douloureuse. On relèvera d'ailleurs à cet égard que le rapport émis le 23 février 2026 par le Dr Q._____ qualifie cette scoliose de légère.

En dehors de ces éléments, qui ne permettent pas d'invalider les conclusions du SMR, les constatations et appréciations des médecins du recourant ne font pas état d'une aggravation objective des atteintes de ce dernier.

Dans son rapport du 1er mars 2024, la Dre W._____ retient les mêmes diagnostics que le Dr F._____ et constate que l'évolution de la paraparésie spastique congénitale droite est stable, voire légèrement défavorable. Elle décrit, par ailleurs, des limitations fonctionnelles identiques à celles retenues par le médecin du SMR, à savoir la nécessité d'éviter le maintien prolongé en position statique, tant assise que debout, ainsi que les déplacements. Si, dans ce rapport, la Dre W._____ estimait la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée à trois périodes de trente minutes par jour, entrecoupées de pauses, elle l'a toutefois réévaluée dans son rapport du 17 mars 2025 adressé à l'OAI ; elle

y a alors attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée tout en précisant que l'évolution de l'état de santé était stagnante depuis son précédent rapport. Partant, cette dernière appréciation doit prendre le pas sur la précédente, ce d'autant plus que les examens d'imagerie réalisés les 20 février 2024 (radiographies du bassin et de la hanche gauche et échographie de la hanche gauche) et 16 avril 2024 (IRM de la colonne lombaire et des hanches) ne mettent pas en évidence de nouvelle anomalie significative. De surcroît, la médecin traitante a indiqué, dans ce rapport, que son patient pouvait effectuer les activités de la vie quotidienne sans restriction et se mobiliser dans un périmètre de marche de quinze minutes, ce qui corrobore l'avis du SMR du 11 janvier 2021. La seule différence ressortant du rapport du 17 mars 2025 de la Dre W._____ est l'incapacité de porter des charges de plus de cinq kilos. Il y sera revenu ci-dessous.

Le Dr X._____ a, quant à lui, décrit des douleurs au pied droit à la marche, avec un périmètre de marche limité à dix à quinze minutes, qui corrobore l'avis du SMR précité. Il en va de même des rapports des 4 février 2025 et 22 avril 2025 des Drs Z._____ et T._____, qui font état de douleurs exacerbées par la station debout prolongée et la marche et listent les limitations fonctionnelles comme suit : impossibilité de marcher plus de dix minutes sans pause, incapacité à maintenir une stature statique prolongée (debout ou assise) et difficulté à porter des charges lourdes. S'ils évaluent la capacité de travail de l'assuré à deux, voire quatre heures par jour, au motif que les limitations fonctionnelles et les douleurs chroniques restreindraient son endurance, cette appréciation peut toutefois être écartée. À cet égard, l'argumentation développée par le SMR dans son avis du 14 août 2025, selon laquelle, dès que les limitations fonctionnelles étaient respectées, les atteintes n'entraînaient pas de répercussions significatives dans la vie quotidienne de l'assuré, apparaît convaincante. Cette appréciation est d'autant plus pertinente que plusieurs autres médecins retiennent, pour leur part, une capacité de travail pleine et entière.

Dès lors, c'est à juste titre que la médecin du SMR a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé en 2023, dans son avis du

14 août 2025, au vu notamment de l'absence d'élément objectif et d'intervention chirurgicale et des plaintes superposables de l'assuré, et maintenu les conclusions du rapport SMR du 11 janvier 2021, en proposant néanmoins d'adapter les limitations fonctionnelles à un port maximal de charges de cinq kilos, comme le retenait la Dre W._____ dans son rapport du 17 mars 2025.

On relèvera encore que le rapport produit par le recourant à l'appui de sa réplique et établi le 23 février 2026 par le Dr Q._____ – qui ne devrait, quoi qu'il en soit, pas être pris en considération étant donné qu'il a été rendu postérieurement à la date de la décision contestée (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1) – ne fait pas état d'élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par les médecins du SMR.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé pouvait légitimement se baser sur les avis successifs du SMR, lesquels sont pleinement probants, conformes à la situation médicale et non contredits par les rapports des médecins traitants, pour retenir une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Contrairement à ce qu'il retient dans sa décision du 27 octobre 2025, il convenait en revanche de suivre l'avis du SMR du 14 août 2025 et de constater que l'activité adaptée devait permettre d'éviter le port de charge de plus de cinq kilos, et non de dix kilos.

6. Dans un autre moyen, le recourant fait valoir que, malgré sa volonté sincère de travailler et une réorientation professionnelle en tant que concierge, la réalité de sa condition rendait la recherche d'un emploi extrêmement difficile ; les entreprises refuseraient de l'embaucher en raison de son handicap.

a) 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).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 25 et n° 33 *ad* art. 16).

bb) 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).

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'invalide 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

dd) 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 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le

marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 précité consid. 5 ; 9C_304/2018 du 5 novembre 2018 consid. 5.1.1 ; 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.1).

b) En l’espèce, on ne saurait suivre le recourant lorsqu’il soutient que les limitations fonctionnelles qu’entraînent ses atteintes à la santé (éviter les longues marches, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de franchissement d’échelle ou d’échafaudage, alternance de la position assise-debout au moins une fois par heure, pas de marche de plus de quinze minutes, pas de lever ou de soulèvement de charges de plus de cinq kilos) rendent illusoire toute recherche d’emploi, y compris sur un marché de l’emploi réputé équilibré. Le recourant dispose d’une capacité de travail médico-théorique de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On doit admettre que le marché du travail est suffisamment diversifié et comprend, dans la production industrielle légère tout au moins, des emplois n’exigeant pas de soulever des charges de plus de cinq kilos, de franchir des échelles ou des échafaudages, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de marche de plus de quinze minutes ni de positions à genoux/accroupie. Dans un rapport final du 25 août 2025, le Service de réadaptation de l’OAI

a illustré par le biais d'exemples concrets qu'il existait un certain nombre d'activités dans la production industrielle légère ou les services qui étaient adaptées à ces limitations et accessibles sans aucune formation particulière (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement).

Dans ces circonstances, la nature et l'importance des troubles présentés par le recourant ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail, compte tenu de l'éventail d'emplois diversifiés disponibles sur le marché équilibré du travail.

On relèvera encore qu'une aide au placement, au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, peut être accordée au recourant en tout temps, sur simple requête motivée adressée à l'intimé. Il est ainsi loisible au recourant de solliciter l'intimé dans ce sens en vue de faciliter sa recherche d'un emploi adapté à son état de santé.

c) *In casu*, la comparaison des revenus avec et sans invalidité doit être effectuée à partir du début théorique du droit à la rente, soit au 1er août 2019. En effet, en vertu du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé. Dans le cas d'espèce, l'assuré a bel et bien bénéficié d'une mesure de réadaptation sous la forme d'un reclassement professionnel de février 2018 à août 2019, avec versement d'indemnités journalières, qui diffère l'ouverture du droit à la rente. Il ne saurait en revanche être tenu compte des mesures subséquemment mises en œuvre par l'OAI plus de trois ans après, à savoir l'orientation professionnelle allouée dès le 18 novembre 2022 (art. 15 LAI) et la mesure de préparation à la reprise d'un emploi allouée du 1er mars au 30 septembre 2023 (art. 18 LAI), qui ne permettent pas de surseoir à statuer sur la question de la rente d'invalidité (cf. TF 9C_694/2010 consid. 5.1 et les références citées).

Ainsi, pour déterminer le revenu qu'aurait pu obtenir le recourant sans invalidité, il y a lieu de se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS 2018, soit au montant correspondant au salaire réalisé par un homme exerçant à 100%. A noter qu'il convient de prendre en compte le total général, niveau de compétences 1, dans la mesure où le recourant n'a pas entrepris de formation. Le montant en question doit encore être adapté à l'horaire usuel de travail de 41,7 heures, annualisé et indexé à l'année 2019 (+ 0,9 %). On parvient ainsi à un revenu sans invalidité de 68'376 fr. 60 (5'417 fr. /40 x 41,7 x 12 + 0,9 %).

Pour fixer le revenu d'invalide, il y a lieu de se référer aux mêmes données figurant dans l'ESS 2018, adaptées à l'horaire usuel, annualisées et indexées à 2019, en appliquant en sus un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. On aboutit ainsi à un revenu d'invalide de 61'538 fr. 95 (68'376 fr. 60 - 10 %).

Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il résulte un taux d'invalidité de 10 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert.

7. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens au recourant, qui n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 27 octobre 2025 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 B._____.

IV. Il n’est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- B._____,
- l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l’Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :