

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de deux enfants majeurs, titulaire d'un CFC de mécanicien en automobiles, a travaillé en tant que chauffeur de poids-lourd dès mars 2003. Il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 octobre 2005 en faisant état d'hyperlordose des cinq dernières vertèbres, de lumbago chronique et d'inflammation chronique.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) avait alors mandaté le Prof. J._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 27 juillet 2006, l'expert avait relevé que l'assuré déclarait souffrir en permanence de douleurs lombaires aggravées à la mobilisation, ne pouvant rester assis plus d'une heure et demie, ni debout plus d'une heure. A l'issue de son examen clinique, le Prof. J._____ avait posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et de cervicalgies sur discrets troubles statiques, ceux d'obésité et d'état anxieux étant sans effet sur la capacité de travail. Il avait ensuite estimé que, sur le plan purement rhumatologique, l'état clinique et radiologique de l'assuré n'était guère préoccupant et le pronostic pas du tout mauvais. La capacité de travail était normale dans son métier de chauffeur de poids-lourds, sans baisse de rendement.

Par décision du 19 décembre 2006, l'OAI a nié le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en retenant que l'assuré avait repris son activité professionnelle de chauffeur poids-lourds à 100 % avec un rendement optimal depuis le 6 juin 2005, sa capacité de travail raisonnablement exigible étant de 100 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

B. Le 23 octobre 2018, l'assuré a adressé une nouvelle demande à l'OAI, en indiquant, quant au genre d'atteinte, des problèmes récurrents et continus au dos. L'assuré n'ayant rien produit dans le délai imparti par l'OAI pour rendre plausible une modification de son invalidité, un projet de

décision refusant d'entrer en matière lui a été notifié le 13 décembre 2018.

Le 28 décembre 2018, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit à l'OAI que l'assuré l'avait consulté à plusieurs reprises durant l'année 2018 en raison de fréquentes crises de lombalgies aiguës avec apparition de syndrome radiculaire et lombosciatalgie entraînant de longues périodes d'arrêts de travail. L'intéressé avait en outre présenté des omalgies nécessitant une infiltration et la dernière IRM (imagerie par résonance magnétique) montrait une exacerbation sensible de son arthrose et discarthrose avec sténose foraminale pour lesquelles il fallait également procéder à des infiltrations. Sur la base de ce document, l'OAI a annulé son projet de décision et repris l'instruction de la demande.

L'employeur de l'assuré, [...] SA, a déposé le rapport pour l'employeur le 21 janvier 2019, puis un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a été versé au dossier le 23 janvier 2019.

Dans un rapport du 28 janvier 2019, le Dr O. _____ a indiqué suivre le recourant depuis le 15 mai 2017, à raison d'un rendez-vous tous les trois mois. Il a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de discarthrose et spondylarthrose sténosante bilatérale étagée. L'assuré présentait des douleurs fréquentes des membres inférieurs, devenues permanentes et invalidantes. Une reprise de l'activité habituelle de chauffeur poids-lourd était impossible et aucune capacité de travail dans une autre activité ne paraissait possible, le pronostic pour une éventuelle réadaptation étant très réservé. Il signalait par ailleurs qu'il existait une problématique d'ordre psychique ainsi qu'une gonarthrose. Dans le formulaire relatif aux activités encore exigibles, le Dr O. _____ a répondu par la négative à toutes les rubriques portant sur les capacités physiques et a indiqué que les capacités cognitives étaient limitées par la douleur ou par une « situation psy réservée ». Ce médecin a joint notamment un rapport d'infiltration sous scanner du 10 décembre 2018, un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 27 octobre 2016 signalant des

discopathies modérément protrusives aux deux derniers niveaux, ainsi qu'un rapport établi le 1^{er} juin 2013 par le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent.

Le Dr G._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a déposé un rapport le 4 février 2019, dans lequel il a expliqué que son patient présentait un syndrome lombo-vertébral récurrent depuis 1990, ainsi qu'une très probable fibromyalgie depuis 2013. Les lombalgies évoluaient vers moins de mobilité et plus de douleurs, devenant invalidantes. La capacité de travail était actuellement nulle, et ce depuis le 3 septembre 2018. Le médecin a joint notamment un rapport d'IRM lombaire du 30 novembre 2018 faisant état de discopathies dégénératives, débutante en L4-L5 et plus marquée en L5-S1.

L'employeur de l'assuré a mis fin au rapport de travail avec effet au 31 mai 2019.

Le 19 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place de mesures d'intervention précoce et que les mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 2 septembre 2019, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et d'hémi-sacralisation L5 droite avec arthrose facettaire postérieure L5-S1 droite, cunéiformisation postérieure de L5 et péri-arthropathie de hanche droite d'accompagnement. Il a précisé que l'activité habituelle de chauffeur poids-lourd exercée par l'assuré impliquait de porter des charges et de tirer des palettes, ce qui n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge en porte-à-faux avec bras de levier de plus de 10 à 15 kg de manière répétitive). Il a ainsi estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 70 %, respectivement de 100 % dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles, qualifiant le pronostic de bon du point de vue purement rhumatologique.

Par courrier du 5 novembre 2019, l'assuré a contesté la teneur du rapport du Dr D._____, exposant qu'il avait été examiné par deux stagiaires et qu'il n'avait vu le Dr D._____ que durant quelques minutes.

K._____ SA, assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur, a mandaté le Dr M._____, médecin praticien, pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans son rapport du 20 novembre 2019, ce médecin a retenu la présence de lombalgies chroniques avec une certaine forme de déconditionnement, pathologie qui n'était pas incapacitante le jour de l'expertise. En réponse aux questions qui lui étaient posées, le Dr M._____ a en particulier relevé qu'en raison d'un déconditionnement et d'une tendance à la chronicisation, une reprise de travail semblait réalisable dans l'activité habituelle, avec en premier lieu une reprise à 50 % à partir du 15 janvier 2020, puis à 100 % dès le 15 février 2020. La capacité de travail actuelle dans une activité adaptée était identique à celle d'une activité habituelle, en raison du déconditionnement. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges en porte-à-faux, avec un long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive.

Le 29 janvier 2020, K._____ SA a fait savoir qu'elle mettrait un terme au versement de ses prestations au 30 avril 2020, sauf avis contraire dûment motivé sur le plan médical.

Le 4 février 2020, l'assuré s'est adressé à l'OAI afin de contester la teneur du rapport d'expertise du Dr M._____, exposant que celui-ci ne l'avait vu que durant deux heures et n'avait aucune idée de ce qu'il pouvait endurer au quotidien, joignant à son envoi une copie de la contestation qu'il a adressée le 3 février 2020 à K._____ SA.

Le 4 mars 2020, le Dr G._____ a écrit à K._____ SA, pour contester la fin des indemnités journalières annoncée pour le 30 avril

2020. Il a en particulier exposé que l'intéressé souffrait, surtout depuis 2005, de douleurs lombo-sciatiques bilatérales « rebelles à toutes les thérapies proposées et appliquées », douleurs qui rendaient toutes les positions insupportables et empêchaient le sommeil d'être récupérateur.

Le 27 mars 2020, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent, en faisant état d'un besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie, sauf celui de manger.

Dans un rapport établi le 1^{er} avril 2020 à la demande de l'OAI, le Dr O._____ a posé divers diagnostics avec effet sur la capacité de travail en lien avec de l'arthrose, notamment au niveau du dos et du genou droit. La situation n'avait pas évolué sur le plan articulaire depuis le précédent rapport, le patient présentant des douleurs musculo-articulaires généralisées et une aggravation de l'état de fatigue, un surmenage et une mélancolie profonde. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 18 mai 2020, K._____ SA a accusé réception du courrier du Dr G._____ du 4 avril 2020 et indiqué que son service médical était d'avis qu'il n'apportait aucun élément médical susceptible de modifier les conclusions de l'expertise du Dr M._____. L'assurance a ainsi confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 31 mai 2020.

Le 5 juin 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), par la Dre R._____, médecin praticien, a constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 3 octobre 2018 au 28 août 2019 en raison de lombalgies non-déficitaires et non-irritatives. Depuis le 28 août 2019, la capacité de travail était de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter la position debout statique, le port de charges régulier de plus de 10 à 15 kg et le travail en porte-à-faux du rachis. La Dre R._____ se fondait sur le rapport médical du Dr D._____ du 2 septembre 2019 ainsi que sur l'expertise du Dr M._____, en précisant que le rapport du Dr O._____ du 1^{er} avril 2020 n'amenait

aucun élément objectif pour valider la poursuite d'une incapacité de travail totale.

Le 9 juin 2020, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible en retenant une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Il a déterminé le revenu sans invalidité sur la base du revenu perçu en 2017, indexé à 2018 et 2019, et le revenu avec invalidité sur la base des revenus statistiques. Les activités adaptées étaient décrites comme un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle et surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), aide-administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres).

Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision prévoyant de rejeter sa demande de prestations, dès lors qu'il conservait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle, respectivement entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir éviter la position debout statique, le port de charges régulier de plus de 10 à 15 kg et le travail en porte-à-faux du rachis. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il résultait un degré d'invalidité de 11 %, lequel ne donnait droit ni à la rente, ni aux mesures d'ordre professionnel.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 18 juin 2020, complété le 22 juillet 2020. Il a fait valoir qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 3 octobre 2018, que son état s'était péjoré depuis décembre 2019 et qu'il consultait actuellement un psychiatre. S'agissant de ses problèmes de dos, il a exposé que ses douleurs le réveillaient plusieurs fois par nuit, si bien qu'il était très fatigué durant la journée. Il avait en outre besoin d'une aide pour les actes de la vie quotidienne et se demandait quel employeur l'engagerait à son âge, avec ses rendez-vous médicaux hebdomadaires et ses médicaments à

prendre régulièrement. Il a expliqué qu'il avait toujours travaillé, malgré ses douleurs datant de plus de trente années. Il s'interrogeait en outre sur la nature des activités qui pourraient être adaptées à son état actuel et sur l'évolution de son état de santé s'il avait continué à travailler jusqu'à l'âge de 65 ans. Enfin, il a expliqué que son épouse, désormais âgée de [...] ans, avait fait un accident vasculaire cérébral à l'âge de [...]ans et ne travaillait plus depuis [...], sans toucher d'aide ni de subside, et en ayant fait au mieux pour élever deux enfants. L'assuré a joint un rapport du 17 juin 2020, dans lequel le Dr O._____ disait avoir constaté, lors des consultations de décembre 2019, février et mai 2020, un amaigrissement et une amyotrophie, une pâleur cutanéomuqueuse, une arthralgie diffuse et une anamnèse d'insomnie et de mélancolie, en précisant qu'il ne disposait pas de rapport du psychiatre.

Le 4 août 2020, le Dr O._____ a adressé à l'OAI le questionnaire médical pour les personnes impotentes, en indiquant que l'assuré était atteint de pathologies sévères allant en s'aggravant, soit de spondylose et spondylarthrose, ainsi que d'un état dépressif profond, mais qu'il n'avait pas besoin d'assistance.

Selon le compte-rendu de la permanence du SMR du 11 août 2020, la Dre R._____ a relevé qu'il y aurait une atteinte psychiatrique dont l'OAI n'avait pas connaissance et a préconisé d'obtenir le nom du psychiatre consulté afin de lui soumettre un questionnaire.

Contact a alors été pris avec la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a répondu, le 23 septembre 2020, qu'elle n'avait vu l'assuré qu'à trois reprises depuis début juin 2020. Elle a relevé que le cas présentait une « difficulté asséurologique » et qu'elle n'avait aucun élément pour se prononcer, de sorte qu'elle suggérait la mise en œuvre d'une expertise. Elle a ajouté que, si les entretiens se poursuivaient, elle pourrait se prononcer « vers la mi-2021 ».

Dans un avis du 3 novembre 2020, la Dre R._____ du SMR a relevé que, selon le médecin traitant, l'assuré présentait une dépression

profonde et une spondylarthrose totalement incapacitants, tandis que la psychiatre annonçait une situation complexe et proposait une évaluation approfondie. La Dre R._____ a par conséquent préconisé d'organiser une expertise pluridisciplinaire.

Le 10 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré de la prochaine mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie, en précisant que le choix du centre se ferait de manière aléatoire en vertu de l'art 72^{bis} RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), en lui communiquant le questionnaire qui serait soumis aux experts et en lui impartissant un délai de dix jours pour proposer des questions complémentaires. Puis, le 14 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise serait effectuée au Centre L._____ et qu'il serait examiné par les Drs Z._____, médecin généraliste, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie.

L._____ a déposé son rapport le 8 avril 2021. Selon l'évaluation consensuelle des trois experts, les diagnostics avec et sans effets sur la capacité de travail étaient ceux de lombalgies sans irradiation sur atteinte dégénérative discale L5-S1 et articulaire postérieure L2-L3 (M51.9), cervicalgies modérées sans irradiation sur discopathie (M51.3), obésité exogène (E66), status après bypass gastrique pour obésité morbide en 2014, status après mise en place d'un anneau gastrique par laparotomie en 2007 et épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01). Les limitations fonctionnelles retenues étaient uniquement d'ordre rhumatologique, à savoir pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 à 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charges près du corps limité à 5 à 10 kg. L'évaluation consensuelle était par ailleurs la suivante :

« 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisé peut conduire, il garde un bon contact malgré une irritabilité relatée. Il peut travailler en groupe, il débute spontanément les activités. Il peut s'adapter aux règles et routines. Il peut s'adapter aux situations réelles, il peut s'occuper de lui.

4.6 Contrôle de cohérence

Il y a une cohérence dans les trois disciplines, simplement au niveau rhumatologique, pour une simple discopathie cervicale et lombaire sans compression, les douleurs révélées paraissent excessives mais globalement le traitement antalgique correspond à ce que l'on prescrit habituellement dans des discopathies simples. La force de préhension au dynamomètre pour la main droite et pour la main gauche est à 32 kg, ce qui contredit les allégations d'une diminution de la force musculaire du côté droit.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail est de 70 % comme chauffeur-livreur en respectant les limitations fonctionnelles en rapport avec l'avis du SMR de juin 2020 qui se fondait sur l'examen clinique du Dr D. _____ d'août 2019.

Au niveau de la médecine interne et de la psychiatrie, il présente une capacité de travail à 100 % depuis toujours.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100 % depuis toujours pour la médecine interne, la psychiatrie et la rhumatologie.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Elle est d'origine exclusivement rhumatologique pour l'activité de chauffeur-livreur.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Physiothérapie antalgique pour la rhumatologie et pour la psychiatrie, poursuite de la psychothérapie, éventuelle augmentation de la posologie de l'antidépresseur ou changement de classe thérapeutique en fonction de la réponse à cette augmentation de posologie. »

Les experts ont également pris position sur la demande d'allocation pour impotent, dans le sens suivant :

« Questions se rapportant au cas précis :

Constatez-vous un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte :

1. « Se dévêtir/se vêtir » ?

L'expertisé peut se vêtir seul mais il a quelques difficultés pour enlever les chaussettes et son pantalon. Il doit fréquemment demander l'aide de son épouse.

2. « Se lever/s'asseoir/se coucher » ?

Il peut se lever, s'asseoir et se coucher seul, il n'a pas besoin d'accompagnement, sauf s'il est agenouillé, il a besoin de quelqu'un pour se mettre debout.

3. « Faire sa toilette/soin du corps » ?

Il peut avoir besoin de son épouse pour lui laver le dos ou l'aider à s'essuyer le bas du corps quand il sort de la douche car il ne peut pas se pencher.

4. « Aller aux toilettes » ?

Aucune difficulté à aller aux toilettes

5. « Se déplacer » ?

Il sort souvent marcher seul, il peut conduire.

6. Constatez-vous un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ?

Non.

7. Une surveillance personnelle permanente est-elle médicalement justifiée et si oui pour quelles raisons ?

Non. »

Le SMR, par la Dre R._____, a pris connaissance de l'expertise le 27 avril 2021 et constaté qu'elle permettait de maintenir les conclusions du SMR, à savoir une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 28 août 2019, ainsi que les limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement du sol ni port près du corps de plus de 5 à 10 kg, pas de porte-à-faux du buste).

Par décision datée du 28 août 2020 mais notifiée le 28 avril 2021, l'OAI a derechef nié le droit aux prestations en reprenant la motivation de son projet de décision. Dans un courrier du 28 avril 2021 faisant partie intégrante de la décision, il a noté que l'expertise pluridisciplinaire n'avait pas fait ressortir de nouvelles limitations fonctionnelles du point de vue de la médecine interne, ni sur le plan

psychiatrique malgré un épisode dépressif moyen entre octobre 2019 et juillet 2020, tandis que l'expert en rhumatologie confirmait la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues dans le projet de décision, qui pouvait donc être entièrement confirmé.

En outre, par décision du 16 juin 2021 confirmant un projet de décision du 7 mai 2021, l'OAI a refusé d'allouer une allocation pour impotent à l'assuré, en se fondant sur le rapport d'expertise du 9 (recte : 8) avril 2021.

C. Par acte sommairement motivé daté du 4 mai 2021, reçu le 7 mai 2021, F. _____ a contesté la décision de refus de rente auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le délai imparti à cet effet, il a complété cette écriture le 17 mai 2021, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Il a fait valoir en substance que sa vie était handicapante au quotidien, ayant en particulier besoin de l'aide de son épouse pour sa toilette, pour s'habiller et se déshabiller, attacher ses lacets ou encore ramasser un objet. Il ne pouvait conduire que jusqu'à [...] lorsqu'il allait trouver sa fille à [...], devant ensuite s'allonger dans la voiture ; la nuit, il se réveillait en raison des douleurs, les médicaments prescrits par sa médecin psychiatre lui permettant d'aller un peu mieux. Il indiquait faire de la physiothérapie, recevoir des injections et être toujours suivi par les médecins du [...], qui l'aidaient à avoir une vie supportable au quotidien, quand bien même cela n'était vraiment pas facile. Il a ensuite, et pour l'essentiel, expliqué ne pas pouvoir reprendre une activité dans son état, estimant ne plus pouvoir être un employé sur lequel un employeur pourrait compter à 100 %.

Par décision du 14 juin 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 juin 2021, comprenant l'exonération des avances et frais judiciaires.

Dans sa réponse du 13 juillet 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 11 août 2021, le recourant a maintenu sa position. Il a répété ne plus être en mesure d'avoir une activité professionnelle, se demandant dans quel domaine travailler alors que son activité habituelle est contre-indiquée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Avec son écriture, il a produit des pièces figurant déjà à son dossier, dont la décision rendue le 29 janvier 2020 par K._____ SA, à teneur de laquelle son activité habituelle de chauffeur poids-lourd était médicalement contre-indiquée.

Le 6 septembre 2021, l'intimé a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans une écriture spontanée du 20 octobre 2021 écrite après avoir visionné une émission de la RTS relative à l'assurance-invalidité, le recourant en a donné un résumé et a fait valoir en particulier que, compte tenu de son incapacité de travail de 30 %, le système de calcul l'excluait totalement de la rente.

L'intimé a pris position sur cette écriture le 15 novembre 2021.

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, la décision litigieuse a été adressée au recourant le 28 avril 2021, date à laquelle elle a été enregistrée dans le dossier électronique, et non pas le 28 août 2020 comme indiqué manifestement de manière erronée dans l'en-tête du document. La date

du 28 avril 2021 figure d'ailleurs sur la lettre d'accompagnement. Dès lors, le recours a été 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]). Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi après avoir été complété dans le délai imparti à cet effet (notamment art. 61 let. b LPGA et art. 27 al. 4 et 5 LPA-VD), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 28 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande,

révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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 asséculo-logique. 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

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

e) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 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. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde 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_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en octobre 2018. Il a toutefois conclu que l'évolution de l'état de santé depuis sa première décision, rendue en décembre 2006, ne permettait pas de retenir un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. Cette appréciation se fonde notamment sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu le 8 avril 2021 par L._____, lequel portait tant sur la situation somatique (volets de rhumatologie et de médecine interne) que psychique (volet psychiatrique).

Le recourant reproche un manque d'impartialité aux médecins de L. _____ qui l'ont examiné. Il a soulevé ce grief, semble-t-il, après le visionnage d'un reportage télévisé portant sur l'application de l'assurance-invalidité en Suisse et mentionne en particulier un passage de l'émission, durant lequel un avocat aurait affirmé que les experts ne seraient pas impartiaux du fait qu'ils travailleraient uniquement pour l'assurance-invalidité et seraient « grassement payés » par elle. Cependant, le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Par ailleurs, il y a lieu de relever que l'expertise a été confiée à L. _____ conformément à la procédure consacrée par l'art. 72^{bis} RAI. Cette disposition, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, prévoit en effet que les expertises comprenant trois disciplines médicales ou plus doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales conventionné (al. 1) et que l'attribution du mandat doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Ce processus a été expliqué au recourant, qui a ensuite eu connaissance du centre désigné, des noms des experts qui seraient amenés à l'examiner ainsi que des questions posées. Il a ainsi eu l'occasion de s'exprimer sur ces divers éléments en amont de l'expertise, mais n'a pas fait usage de cette possibilité. Il n'a pas non plus réagi dans les jours qui ont suivis les entretiens avec les experts, alors qu'il n'avait pas hésité, précédemment, à contester les méthodes de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain de son ancien employeur ou de critiquer le rapport du rhumatologue qu'il a consulté pour étayer son dossier AI. Ainsi, force est de constater que les doutes émis par le recourant ne sont que l'expression de son désaccord face à la décision prise à son égard, renforcé par des déclarations d'ordre général d'un avocat interrogé au cours d'un reportage télévisé. L'intéressé n'a toutefois aucun élément particulier à faire valoir à l'encontre des experts qui l'ont examiné à la demande de l'intimé, de sorte que ce grief doit être écarté.

b) S'agissant du rapport déposé par les experts de L._____, le recourant ne soulève aucun grief précis et conteste uniquement les conclusions relatives à la capacité de travail qu'il présente. Or, les experts ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 4 du rapport interdisciplinaire), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 2005. Les experts ont eux-mêmes procédé à des analyses complémentaires (cf. ch. 2 de l'évaluation consensuelle). Ils ont chacun examiné le recourant et établi un rapport portant sur leur spécialité respective. Ces trois rapports comprennent, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant le parcours de vie du recourant, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations, les diagnostics et les réponses de l'expert aux questions soumises par l'intimé. Chaque expert a motivé ses conclusions et expliqué, cas échéant, les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis des médecins traitants. Sur la base de ces trois rapports, les experts ont établi une évaluation consensuelle, proposant une synthèse étayée de la situation médicale du recourant. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

c) En l'occurrence, l'argumentation du recourant est uniquement axée sur ses douleurs dorsales, faisant valoir que ses douleurs, la fatigue induite par les nuits entrecoupées, la somnolence due aux médicaments et les absences liées à ses nombreux rendez-vous médicaux ne lui permettaient pas d'envisager de reprendre une activité professionnelle.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies sans irradiation sur atteinte dégénérative discale L5-S1 et articulaire postérieure L2-L3 (M51.9), cervicalgies modérées sans irradiation sur discopathie (M51.3), obésité exogène (E66), status après bypass gastrique pour obésité morbide en 2014, status après

mise en place d'un anneau gastrique par laparotomie en 2007 et épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01). Ils ont déterminé des limitations fonctionnelles uniquement d'ordre rhumatologique (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 à 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charges près du corps limité à 5 à 10 kg) et conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de chauffeur de poids-lourds mais de 100 % dans une activité adaptée. Au cours de son entrevue avec le recourant, l'expert rhumatologue a noté que le recourant évoquait deux à trois réveils nocturnes sans lien avec les douleurs dorsales et que l'assuré se rendormait en général très vite (cf. ch. 3.2 du rapport rhumatologique, p. 26), les réveils étant en outre moins nombreux depuis l'introduction d'un antidépresseur (p. 24 du rapport). Dans son évaluation médicale, il a encore relevé qu'une fibromyalgie avait été évoquée par le Dr D. _____ en février 2019, mais que ce même médecin n'avait pas formellement posé ce diagnostic lors de l'examen suivant, en juillet 2019 (ch. 7.1 du rapport rhumatologique). Cela étant, l'expert a évalué la situation du recourant comme suit (ch. 7.2 du rapport rhumatologique) :

« Monsieur F. _____ présente un syndrome lombo-vertébral chronique sur hémisacralisation L5 droite et arthrose postérieure sans aucune compression disco-radulaire confirmée par un examen clinique qui ne montre aucun signe d'irradiation et par un examen clinique normal. Ceci est également valable pour le rachis cervical qui ne montre qu'une atteinte dégénérative. L'expertisé a été correctement traité par antalgique, éventuellement infiltration, et aucun traitement plus agressif ne pourra lui être indiqué.

Il n'a pas été retrouvé au cours de cette expertise de signes de fibromyalgie, que ce soit au rachis, aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs.

Monsieur F. _____ est parfaitement autonome, tout à fait capable de se prendre en charge. Il peut conduire, sortir, marcher, s'habiller et se déshabiller, et effectuer les soins à sa personne sans aucune aide extérieure. »

L'expert a ensuite précisé que les douleurs alléguées paraissaient excessives « pour une simple discopathie cervicale et lombaire, sans compression », tandis que le traitement antalgique correspondait globalement à ce que l'on prescrit dans des discopathies simples (ch. 7.3 du rapport rhumatologique). Enfin, il a relevé que l'assuré

ne bénéficiait d'aide que pour les gestes où il était obligé de rester en porte-à-faux du buste, ce qui était cohérent avec la description qu'il faisait de sa vie quotidienne, tandis que les exigences du poste de chauffeur poids-lourd étaient les suivantes : « de nombreuses heures de conduite (au moins les $\frac{3}{4}$), la montée et la descente du camion, évidemment la position assise, rarement de marcher ou parfois de rester debout, souvent soulever des poids légers rarement plus lourds » (ch. 7.4 du rapport rhumatologique).

Pour leur part, les médecins traitants du recourant ont établi des rapports médicaux très succincts à l'intention de l'intimé ou de l'assurance perte de gains, dépourvus d'éléments médicaux objectifs à l'appui de leurs conclusions. En effet, dans son rapport du 28 janvier 2019, le Dr O. _____ indique seulement, à la rubrique symptômes, « douleur fréquente devenue permanente, invalidante dos - [membre inférieur] » et, pour les constats médicaux, « raideur douloureuse et claudication [membre inférieur] ». Ce médecin ne donne pas plus de détails quant à l'état de santé du recourant dans son rapport du 1^{er} avril 2020, où il mentionne seulement un statu quo au niveau articulaire, une aggravation de l'état de fatigue et des douleurs musculo-articulaires généralisées, ni dans son rapport du 17 juin 2020. Il en va de même des rapports établis par le Dr G. _____ les 4 février 2019 et 4 mars 2020. Ce dernier écrit se veut du reste plus un plaidoyer en faveur du recourant qu'un véritable rapport médical, retranscrivant quasi-exclusivement le ressenti du patient plutôt que des constats médicaux. La valeur probante des cinq rapports médicaux précités est ainsi particulièrement faible, les conclusions des médecins traitants paraissant largement influencées par leur empathie envers leur patient de longue date. A cela s'ajoute que, dans leurs rapports respectifs de 2020, ces médecins ne se sont pas positionnés sur les conclusions du Dr D. _____ du 2 septembre 2019, pourtant diamétralement opposées aux leurs. Il y a d'ailleurs lieu de relever que dans ledit rapport, le Dr D. _____ a mentionné les examens qu'il a pratiqués et leurs résultats, ses observations ainsi que ses conclusions, et a décrit les limitations fonctionnelles, ce qui lui confère une valeur probante élevée. Les Drs O. _____ et G. _____ n'ont pas non plus pris

position sur le rapport d'expertise du Dr M._____ du 20 novembre 2019, ni ensuite sur celui de L._____. Or, le premier expert a conclu à l'absence de pathologie incapacitante, tandis que les experts de L._____ sont arrivés aux mêmes conclusions que le rhumatologue D._____ à propos de la capacité de travail du recourant, dans les deux cas une capacité de travail largement supérieure à celle déterminée par les médecins traitants.

Quant à l'argumentation soutenue par le recourant, selon laquelle ses douleurs l'empêcheraient d'accomplir certains actes de la vie courante, il y a lieu de relever que les experts de L._____ ont été invités à se prononcer sur les différents actes analysés dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotent et qu'ils ont conclu à l'absence de besoin d'aide pour ces actes. Ils ont par ailleurs passé en revue l'ensemble de ces actes dans leurs appréciations médicales respectives, de sorte qu'ils en ont tenu compte pour évaluer la capacité de travail du recourant. Etant en outre rappelé que cette question a fait l'objet d'une décision séparée, non contestée par le recourant, il convient encore de relever que le Dr O._____ a clairement indiqué dans son rapport du 27 juillet 2020 à l'intimé que, malgré la gravité de ses pathologies, le recourant n'avait besoin d'aucune assistance pour les actes de la vie quotidienne. Par conséquent, il faut constater que, sur le plan rhumatologique, le recourant conserve une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle de chauffeur de poids-lourds, respectivement de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déterminées, aucun rapport médical ne venant sérieusement remettre en doute les conclusions unanimes du rhumatologue consulté par le recourant en 2019 et des experts mandatés respectivement par l'assurance perte de gain et l'intimé.

Enfin, le fait que l'assurance perte de gain de son ancien employeur ait qualifié l'activité habituelle du recourant de « médicalement contre-indiquée » n'entre pas directement en contradiction avec les résultats de l'expertise de L._____. L'assurance perte de gain s'est en effet fondée sur l'expertise du Dr M._____, qui a conclu à l'absence d'atteinte incapacitante, ainsi que sur l'avis du Dr D._____, dont les

conclusions sont superposables à celles des experts de L._____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Le fait que cette assurance arrive néanmoins à la conclusion que l'activité habituelle est médicalement contre-indiquée doit être mise en lien avec l'activité assurée, qui était un emploi à 100 % dans l'entreprise [...], et de l'éventuelle existence d'un poste de travail répondant aux recommandations de l'expert au sein de cette entreprise. Au demeurant, les constats opérés par l'assurance perte de gain ne lient pas l'assurance-invalidité, qui procède à sa propre appréciation de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_672/2018 du 21 décembre 2018 consid. 5.3).

d) Sur le plan psychiatrique, le Dr O._____ a mentionné l'existence d'une problématique de cet ordre dans son rapport du 28 janvier 2019 déjà, sans toutefois poser de diagnostic ni donner d'autre précision sur le status. Toutefois, bien que mandaté pour procéder à une expertise médicale d'ordre général par l'assurance perte de gain de l'employeur, le Dr M._____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique dans son rapport du 20 novembre 2019. Le Dr G._____ n'a pour sa part rien évoqué sur ce sujet dans ses écrits. Dans son rapport du 1^{er} avril 2020, le Dr O._____ a évoqué à nouveau une problématique psychique, en signalant une aggravation de l'état de fatigue, un surmenage et une mélancolie profonde, mais n'a toujours pas formellement posé de diagnostic. Son rapport du 17 juin 2020 n'est pas plus précis, le Dr O._____ se limitant à mentionner quelques symptômes et l'absence de rapport du psychiatre consulté. Finalement, il ressort du rapport établi le 23 septembre 2020 par la Dre W._____ que l'assuré a débuté un suivi en juin 2020, mais cette spécialiste a renoncé à poser un diagnostic ou à se prononcer sur la capacité de travail après seulement trois séances, en évoquant une « difficulté asséculoologique » et en préconisant la mise en œuvre d'une expertise.

Le psychiatre de L._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32.01), en précisant ce qui suit (ch. 6 du rapport psychiatrique) :

« Nous retenons un épisode dépressif, initialement moyen, devant l'existence d'une humeur triste, avec une perte légère d'intérêt, une baisse d'estime de soi, qui s'est amélioré avec le temps. Il présente des troubles du sommeil, sans idée d'indignité. Il ne présente plus d'idées suicidaires, et ne présente pas de ralentissement psychomoteur. Il a parfois des troubles du sommeil, mais garde l'appétit. Cette tristesse est apparue en octobre 2019, et s'est poursuivie jusqu'à juillet 2020, date à partir de laquelle, grâce aux médicaments, sa psychiatre a pu observer une amélioration. Depuis, l'épisode peut être qualifié de léger.

L'expert a ensuite exposé pour quels motifs il ne retenait pas un épisode dépressif récurrent, ni d'autre diagnostic psychiatrique. Il a par ailleurs relevé que le traitement prescrit par la psychiatre traitante, constitué d'un antidépresseur et un neuroleptique à faible posologie, n'avaient pas été détectés dans les analyses effectuées en vue de l'expertise, ce qui suggérait soit un problème de compliance, soit un métabolisme rapide compte tenu du faible dosage prescrit. Cela étant, en cas de bonne compliance à un traitement éventuellement réévalué, une amélioration clinique était envisageable en l'espace de quatre à huit semaines. Enfin, l'expert a apprécié les capacités, ressources et difficultés du recourant (ch. 7.4 du rapport), puis évalué la capacité de travail (ch. 8 du rapport). A cet égard, il a relevé que, malgré la présence d'un épisode dépressif moyen, la capacité de travail était restée entière dès lors que le recourant n'avait pas présenté de troubles cognitifs majeurs ni de fatigabilité très importante, précisant que l'activité habituelle répondait aux exigences des limitations fonctionnelles, à savoir un « travail entraînant peu de stress, maîtrisé, ne nécessitant pas de prise de décision immédiate, de traitement simultané d'informations multiples ».

Le recourant n'oppose aucun argument en lien avec cette appréciation. Ni sa psychiatre traitante, ni le Dr O._____ ou le Dr G._____ n'ont commenté les résultats de cette expertise. En particulier, la Dre W._____ n'a pas établi de rapport complémentaire à l'issue de la période d'évaluation qu'elle a mentionnée dans son écrit du 23 septembre 2020. En l'absence de tout élément d'ordre médical susceptible de remettre en doute les constatations de l'expert psychiatre de L._____, qui a respecté, comme déjà dit, les exigences de la

jurisprudence en la matière, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente aucune atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique.

e) En définitive, il apparaît que l'intimé a correctement évalué la capacité de travail du recourant, celle-ci ayant été confirmée par les experts de L._____. Dans son avis du 5 juin 2020, le SMR a déterminé que l'on pouvait admettre une incapacité de travail totale du 3 octobre 2018 au 28 août 2019, puis une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les experts de L._____ n'ont pas commenté cette chronologie, mais se sont référés à cet avis du SMR en relevant qu'il se fondait sur l'examen clinique du Dr D._____ d'août 2019. La date du 28 août 2019 correspond en effet à la date à laquelle ce médecin a examiné le recourant avant d'adresser son rapport à l'intimé le 2 septembre 2019. Il y a dès lors lieu de confirmer la chronologie proposée par le SMR et reprise par l'intimé dans sa décision.

7. Dans son argumentaire, le recourant remet en question l'exigibilité d'abandonner son domaine d'activité habituel au profit d'une activité adaptée, qu'il est réputé pouvoir exercer à plein temps.

a) On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu

l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

S'agissant de l'âge, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée (ATF 143 V 431 consid. 4.5.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2). Elle reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché concret (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4) ; avant cet âge, il n'y a pas lieu de considérer qu'il existe des difficultés de réinsertion sur le marché du travail du seul fait de l'âge (cf. TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 ; 9C_578/2009 du 20 décembre 2009 consid. 4.3.2). Dans tous les cas, le caractère inexploitable de la capacité de travail résiduelle ne sera admis que lorsque l'activité raisonnablement exigible n'est possible que sous une forme si limitée que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou qu'elle ne serait possible qu'au prix d'une concession irréaliste de la part d'un employeur moyen et que la recherche d'un emploi correspondant apparaît donc d'emblée comme exclue (TF 9C_366/2021 du 3 janvier 2022 consid. 4.2 ; 9C_644/2019 du 20 janvier 2020 consid. 4.2 et les références citées). En effet, le marché du travail équilibré est une notion théorique, qui présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, d'une part, et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques), d'autre part (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3)

b) En l'occurrence, il a été retenu que le recourant présente depuis août 2019 une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle, respectivement de 100 % dans une activité adaptée, différence qui justifie un changement d'activité.

En avril 2021, le recourant était âgé de 58 ans, âge qui ne constitue pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Or, les limitations fonctionnelles retenues, d'ordre purement rhumatologiques, peuvent être qualifiées de modérées. Elles permettent au recourant d'accomplir toutes sortes de travaux légers. Dans sa fiche de calcul du 9 juin 2020, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que montage, contrôle et surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles, aide-administratif ou vente simple. Il en existe encore bien d'autres, dont l'énumération serait fastidieuse et qui concernent bien plus de domaines que les quelques métiers cités dans le reportage télévisé auquel se réfère le recourant. Ces activités ne requièrent pas de formation particulière et sont donc immédiatement accessibles pour une personne disposant, comme le recourant, d'une formation certifiée de mécanicien. L'intéressé a d'ailleurs déjà, par le passé, changé spontanément de domaine d'activité afin de ménager son dos.

Ainsi, il apparaît que l'on peut exiger du recourant qu'il change d'activité professionnelle au profit d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On précisera cependant que l'exigibilité de la réinsertion dans une nouvelle activité n'oblige pas, en tant que telle, l'assuré à quitter un emploi en cours ou à renoncer à exercer dans son domaine d'activité. Il demeure en effet libre de poursuivre son activité ; dans ce cas, toutefois, il ne saurait prétendre à des prestations à la charge de l'assurance-invalidité (TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.3.2).

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

a) Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (cf. TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) 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 l'assuré 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 (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

aa) 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).

bb) 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). En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

cc) La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des

travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

c) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

9. En l'espèce, le recourant ne conteste pas les chiffres retenus par l'intimé dans son calcul du degré d'invalidité. Il critique essentiellement le mode de calcul, en se fondant sur les informations qu'il a retenues lors du visionnement d'un reportage télévisé. Cependant, l'intimé ne pouvait s'écarter des principes tirés de la loi et de la jurisprudence applicables au moment où il a statué. Tel est également le cas pour la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, nonobstant le fait que certains juristes ou auteurs de doctrine sont d'avis que le système actuel aurait pour conséquence d'exclure certaines personnes du droit aux prestations. Il convient en outre de relever que le recourant perd de vue le fait qu'une capacité de travail entière a été retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées aux atteintes rhumatologiques. Le calcul du droit aux prestations n'a donc pas été

effectué sur la base d'une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle.

Cependant, il y a lieu de relever que l'intimé a correctement posé le calcul du degré d'invalidité, en prenant comme source du revenu sans invalidité le revenu cotisant obtenu par l'assuré en 2017, indexé à 2018 et 2019, respectivement le salaire moyen dans les secteurs de service et de production déterminé par l'ESS 2018, TA 1_skill_level niveau de compétence 1 pour les hommes, indexé à 2019, adapté au temps de travail usuel en 2019, au taux de 100 % et sans baisse de rendement, ce que le recourant ne conteste pas. L'intéressé critique en revanche l'absence de réduction supplémentaire, faisant valoir qu'un abattement est nécessaire en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Il ne peut toutefois être suivi sur ce point. En effet, comme déjà dit, les limitations fonctionnelles déterminées par le Dr D. _____ et les experts de L. _____ sont d'intensité modérée. Elles ne dépassent ainsi pas ce que la jurisprudence a déterminé comme compatible avec les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS. Ainsi, bien que la reprise d'une activité lucrative à plein temps et à plein rendement soit exigible, les limitations fonctionnelles ont été suffisamment prises en compte dans le choix du type d'activité adaptée, de sorte qu'elles ne doivent pas être retenues une seconde fois dans la détermination de l'abattement. Quant à l'âge, comme déjà dit, l'assuré était âgé de 58 ans en 2021 (date de la décision ; TF 9C_1030/2008 consid. 3). Cette circonstance justifie l'application d'un abattement de 5 % (cf. TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.4 ; TF 9C_603/2012 du 20 avril 2011 consid. 6.4), ce qui porte le revenu avec invalidité à 64'700 fr. 23 et le degré d'invalidité à 15.22 %.

Ce degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, étant au surplus relevé qu'aucun droit à une rente ne serait ouvert même en appliquant l'abattement maximum admissible de 25 % (soit un revenu avec invalidité de 51'079 fr. 13 et un degré d'invalidité de 33.54 %).

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 28 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- F. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :