

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel, juge, et M. Riesen, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en Suisse en 1958, est au bénéfice d'un CFC de ferblantier délivré en 1978. Il a travaillé en tant que ferblantier-couvreur entre 1975 et 1986. Après un séjour de quatre années à l'étranger, durant lequel il a obtenu un baccalauréat en 1990, il a été employé de 1991 à 2011 par plusieurs institutions en qualité de travailleur social. En 1999, il a ouvert avec son épouse un bar, qu'il a exploité jusqu'en 2011. Il a tenté - sans succès - entre 2011 et 2013 de valoriser de manière indépendante une activité de plongeur sous-marin. Du 21 mai 2013 au 31 octobre 2016, il a exercé, à un taux de 50 %, la fonction de chauffeur et d'employé polyvalent pour le compte de l'association [...] à [...], qui gère un centre de loisirs pour seniors. Le revenu mensuel brut réalisé dans le cadre de cette activité était de 2'500 fr. en 2013 et 2014, de 2'550 fr. en 2015 et de 2'750 fr. en 2016, versé treize fois l'an. L'assuré a ensuite été inscrit au chômage. Pendant cette période, il a suivi une formation de transporteur de patients, qu'il a achevée le 6 juillet 2017. Il a été engagé le 6 novembre 2017 comme brancardier à 80 % à la clinique [...] à [...], pour un salaire mensuel brut de 4'160 francs, emploi qu'il a quitté le 17 novembre 2017.

Le 6 février 2018, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans cette dernière, il a fait état des atteintes à la santé suivantes : insomnies (depuis 2015), surdité, acouphènes de l'oreille droite et destruction du siège de l'équilibre (depuis 1986), scoliose, hernie discale (depuis 1985), épicondylite au coude droit, problème tendineux à l'épaule et à la jambe gauches, articulations des genoux usées, importante allergie au pollen (depuis 2015), hypertension (depuis 2015) et crises de goutte.

Interrogée par l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et alors médecin traitant de l'assuré, a posé, dans un rapport du 27 mars 2018, les diagnostics d'insomnies, de lombosciatalgie droite et d'hernie ombilicale. Il y a en substance exposé que

l'assuré ne pouvait plus exercer à plein temps sa dernière activité de brancardier. Celui-ci disposait en revanche d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses diverses limitations fonctionnelles, aux termes desquelles il devait éviter les activités exigeant de s'exposer à l'humidité, à la chaleur, à la fumée, au gaz, aux vapeurs et aux émanations de même que les activités demandant de travailler posté, de procéder à des flexions, de lever et de porter fréquemment des charges et de monter des escaliers, des échelles et des plans inclinés. Un travail de chauffeur à mi-temps sans charge a été donné comme exemple d'une telle activité adaptée.

Également questionné par l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a retenu, dans un rapport du 12 avril 2018, les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'insomnies, d'hernie discale L4-L5, de surdité droite et d'acouphène à la suite d'une maladie de décompression. Il n'a par contre pas été en mesure de recenser les limitations fonctionnelles ni de se prononcer sur le potentiel de réadaptation dans l'activité dernièrement exercée. Concernant le potentiel de réadaptation dans une activité adaptée, il a déclaré que l'assuré se sentait prêt à travailler environ 4 h par jour. Cependant, la réadaptation dépendait essentiellement de la résolution des troubles du sommeil.

Le 10 août 2018, en réponse à une demande de l'OAI du 21 mars 2018, le Dr B._____, spécialiste en pneumologie et directeur du [...] a fait savoir qu'il n'avait rencontré l'assuré qu'une seule fois. Il avait organisé des examens du sommeil pour répondre aux questions, mais l'intéressé les avait annulés.

Dans un rapport du 4 décembre 2018 à l'attention de l'OAI, le Dr D._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants : hypertension artérielle, insomnie gravissime, syndrome dépressif, allergie aux pollens et lombalgies récidivantes. Il a attesté une capacité de travail de 50 % dès le 18 novembre 2017 dans une activité qui devait tenir compte de certaines limitations fonctionnelles, à savoir une

activité qui ne devait pas être pratiquée uniquement en position assise ou qui exigeait de travailler accroupi ou à genoux, de se pencher régulièrement, d'effectuer de manière répétitive des rotations en position assise et en position debout ou de soulever des charges trop lourdes. Le Dr D._____ a par ailleurs relevé une capacité de résistance limitée, au contraire de la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation. Il a au demeurant exclu toute limitation fonctionnelle chez l'assuré par rapport à son activité indépendante de plongeur sous-marin.

Le 15 janvier 2020, en réponse à un questionnaire envoyé par l'AOI, l'assuré a notamment déclaré avoir repris, depuis le mois de février 2018, une petite activité indépendante dans le domaine des travaux sous-marins, à un taux d'environ 10 %.

Interpellé par l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, a indiqué, dans un rapport du 29 janvier 2020, que son patient présentait les diagnostics sans influence sur la capacité de travail suivants : rhinoconjonctivite et asthme saisonniers allergiques aux pollens de graminées, allergie expositionnelle à un acarien de la poussière, tabagisme, hypertension artérielle et trouble du sommeil. Néanmoins, à la suite d'une immunothérapie pour les pollens de graminées, les symptômes de pollinose avaient très nettement diminué. L'acarien, quant à lui, était certainement responsable de symptômes bien moindres. Ainsi, d'un point de vue allergologique, l'assuré était entièrement apte au travail. Le Dr F._____ n'a en revanche pas pu se déterminer sur l'existence de limitations fonctionnelles ni sur le potentiel de réadaptation.

Dans un rapport du 30 janvier 2020 à l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'insomnie chronique sévère, d'hypertension artérielle, de gonalgies bilatérales et de tendinites récidivantes aux épaules. De son avis, la capacité de travail de l'assuré depuis une année dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée se montait à 20 %. Les limitations fonctionnelles résidaient dans une adduction et une abduction fortement

limitées dans l'épaule droite, une flexion douloureuse au niveau des deux genoux et de l'asthme à l'effort.

Dans un avis du 12 février 2020, le Dr R._____, médecin au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a estimé qu'aucun élément clinique ou paraclinique concernant les lésions alléguées comme incapacitantes ne ressortait des divers rapports. La fixation à 20 % d'une capacité de travail dans l'activité habituelle et surtout d'une capacité de travail dans une activité adaptée était toutefois étonnante au vu de l'activité indépendante de plongeur sous-marin exercée par l'assuré, dans la mesure où il s'agissait d'un poste requérant une excellente condition physique et psychique. Dès lors, devant de telles incohérences, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et en médecine interne s'avérait opportune. L'OAI a donc mandaté, à cette fin, le centre médical d'expertises S.____ SA à [...] en date du 22 juin 2020.

Le 30 juin 2020, en prévision de l'expertise bidisciplinaire, l'assuré a transmis à l'OAI plusieurs rapports d'imagerie.

L'expertise bidisciplinaire a eu lieu le 22 juillet 2020 et a été menée par le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr M._____, médecin praticien (ci-après : les experts). Dans leur rapport du 4 septembre 2020, ces derniers ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de douleurs lombaires sur discopathie (M51.9), de douleurs du genou gauche après arthroscopie en juin 2020, secondaires à une atteinte dégénérative fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire (M17) et de douleurs de l'épaule droite secondaires à une capsulite rétractile avec légère atteinte de l'articulation acromio-claviculaire (M75.0). Ils ont en outre fait part des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'insomnie sévère traitée, de surdité bilatérale plus importante à droite, d'hypertension artérielle traitée, de rhinite allergique (aux pollens de graminées et aux acariens), d'hypercholestérolémie, d'hyperuricémie traitée, de fasciite plantaire gauche en rémission et d'arthropathie acromio-claviculaire débutante à

gauche. Ces premiers diagnostics ont été assortis des limitations fonctionnelles suivantes :

« pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 15 kg. Pas de position à genoux ou accroupi, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudages). Éviter les efforts de l'épaule droite, pas de position du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules, pas d'effort en abduction du membre supérieur droit ni en antépulsion ».

Les experts ont ainsi conclu que l'assuré était pleinement apte à travailler, d'une part, dans l'activité exercée jusqu'ici, depuis le 1^{er} février 2018 (à savoir la date de la reprise de l'activité indépendante de plongeur sous-marin), et, d'autre part, dans une activité adaptée, depuis toujours. Ils ont à cet égard précisé que la limitation à 10 % de cette activité indépendante n'était pas en lien avec une problématique médicale.

Dans un avis du 8 octobre 2020, le Dr R. _____ s'est rallié aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire, qu'il a estimé convaincantes.

Par projet de décision du 13 octobre 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de sa volonté de rejeter sa demande de prestations, aux motifs qu'il avait recouvré une capacité de travail de 100 % dès le 2 février 2018 déjà et qu'il n'avait par conséquent pas présenté d'incapacité de travail durable d'une année au moins au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Par courriers des 8 novembre et 9 décembre 2020, l'assuré a en résumé objecté à l'OAI que les dates de ses incapacités de travail retenues dans le projet de décision n'étaient pas exactes. Il n'avait en effet jamais retrouvé une pleine aptitude au travail depuis son départ de la clinique [...] en novembre 2017. C'était donc à tort que l'OAI avait considéré qu'il avait recouvré une capacité de travail dès le 2 février 2018, son état de santé n'ayant au contraire pas cessé de se détériorer depuis, principalement en raison de ses insomnies.

Le 11 janvier 2021, l'OAI a requis de la société [...] SA, exploitante de la clinique [...], l'envoi d'une copie des charges relatives au poste de transporteur de personnes/brancardier, dans le but de

déterminer si cette activité était réellement exigible aux regards des limitations fonctionnelles constatées.

Par courrier du 10 mars 2021, l'assuré a informé l'OAI que le Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie à la clinique [...] à [...], lui avait diagnostiqué un glaucome avancé touchant ses deux yeux. Consulté une première fois, le médecin a confirmé, le 28 mai 2021, ce diagnostic, tout en précisant qu'un traitement avait été mis en place. A nouveau interrogé le 29 juin 2021 par l'OAI, il a indiqué que l'assuré avait finalement recouvré une capacité visuelle et que, partant, il était pour l'heure en mesure de conduire un véhicule.

Par décision du 2 août 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a rappelé à l'assuré que sa position s'appuyait sur une expertise médicale qui avait établi des limitations fonctionnelles adaptées à son activité professionnelle. Seule une incapacité de travail du 1^{er} décembre 2017 au 1^{er} février 2018, cela en raison des douleurs lombaires sur discopathie, avait à ce titre été reconnue. Or, cette dernière n'ayant pas duré une année au minimum, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'était pas ouvert. L'assuré n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 6 septembre 2021, le recourant a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a fait valoir que la date du 2 février 2018 concordait avec le début de son statut d'indépendant, mais en aucune manière avec la reprise d'une capacité de travail totale. Partant, le recourant a conclu à l'admission du recours et au versement d'un rente invalidité entière dès le 1^{er} février 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour une nouvelle instruction du dossier. Il a pour le surplus requis un délai afin de pouvoir compléter son mémoire.

Le 14 décembre 2021, dans le délai imparti par la Cour de céans, le recourant, par le biais de son conseil, a remis un mémoire complémentaire. Il a notamment produit deux rapports du 8 octobre 2021

du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport du 22 octobre 2021 du Dr G._____, spécialiste en neurologie, un rapport du 1^{er} novembre 2021 du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, et un rapport d'IRM du rachis lombo-sacré du 5 octobre 2021 du Dr O._____, spécialiste en radiologie.

Le 23 décembre 2021, l'intimé a déposé sa réponse au recours, dont il a conclu au rejet. Il a exposé que les nouveaux éléments médicaux versés au dossier par le recourant décrivaient effectivement une aggravation récente de son état de santé, mais que ceux-ci ne pouvaient pas avoir d'influence sur la décision litigieuse. Il s'est pour le reste appuyé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 4 septembre 2020 pour confirmer ses conclusions quant à la capacité de travail.

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). 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'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'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 2 août 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.

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).

b) 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).

c) 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).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 4 septembre 2020 des Drs M._____ et K._____ pour refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant. Dans le cadre de leur analyse, les experts ont ainsi retenu que le recourant était apte à travailler à 100 % depuis le 1^{er} février 2018 dans l'activité exercée jusqu'à présent et depuis toujours dans une activité adaptée qui tient

compte des limitations fonctionnelles commandant d'éviter les efforts de l'épaule droite, d'une part, et proscrivant les efforts de soulèvement à partir du sol de poids de plus de 10 kg, le porte-à-faux du buste, le port de charge proche du corps supérieure à 15 kg, l'effort en abduction et en antépulsion du membre supérieur droit de même que le travail en position à genoux ou accroupi, en hauteur ou nécessitant de devoir positionner le membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules, d'autre part.

b) Le recourant remet en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise bidisciplinaire et conteste disposer d'une capacité pleine de travail. A cet effet, il reproche aux experts de ne pas avoir investigué les conséquences du trouble du sommeil grave et durable dont il souffre depuis 2015, étant donné que cette atteinte à la santé est à même d'engendrer des maladies inflammatoires chroniques notamment. Il met en outre en avant le fait que le rapport d'expertise omet certains éléments en lien avec ses troubles locomoteurs (épisodes de douleurs intenses, présence d'une inflammation intestinale, taux élevé de protéine C-réactive [CRP], etc.). Il constate par ailleurs que les experts ont ignoré les diagnostics de polymyalgia rheumatica, de raideurs aux épaules et aux quatre extrémités ainsi que de discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, qui ont été posés par les Drs L._____, G._____ et J._____ dans leurs rapports respectifs des 8 et 22 octobre et 1^{er} novembre 2021. Il estime enfin que lesdits experts ont tiré des conclusions hâtives sur sa capacité de travail du fait qu'il a pu reprendre une activité de plongeur sous-marin à 10 %. Il met au demeurant en évidence qu'il a dû adapter son appartement et son bateau à ses limitations fonctionnelles.

c) Contrairement à l'avis du recourant, force est de retenir que le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs M._____ et K._____ remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il repose en effet sur des examens cliniques complets. Il tient compte des plaintes exprimées par le recourant, en particulier celles relatives aux insomnies ainsi qu'aux douleurs lombaires, à l'épaule droite et au genou gauche. Il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), les avis médicaux des autres

médecins du recourant ayant à cet égard été recensés et analysés. Les experts ont de surcroît décrit le contexte médical et apprécié la situation médicale de manière claire. Ils ont finalement motivé leurs conclusions de manière convaincante.

Le recourant n'apporte aucune information susceptible de remettre sérieusement en cause les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire. C'est en particulier sans fondement qu'il considère que les experts n'ont pas investigué les conséquences de ses insomnies, dès lors que ces derniers ont constaté que la situation sur le plan du sommeil s'était stabilisée grâce au traitement suivi et que, partant, lesdites insomnies n'avaient aucune incidence sur sa capacité de travail. De plus, rien n'indique que – comme le soutient le recourant – les experts auraient fondé leurs constatations principalement sur la reprise en février 2018 d'une activité de plongeur sous-marin à un taux très partiel. Le fait enfin que le recourant ait procédé à des adaptations dans son appartement et son bateau ne permet pas de tirer de conclusions sur son aptitude à travailler dans une activité adaptée telle que décrite dans le rapport d'expertise. Le dossier en mains de la Cour de céans ne contient en définitive aucun élément de nature à conduire à une solution différente de celle retenue par l'intimé.

En revanche, le rapport du 22 octobre 2021 du Dr G. _____ et le rapport du Dr J. _____ du 1^{er} novembre 2021 laissent effectivement apparaître une aggravation récente de l'état de santé, causée en partie par un syndrome de raideur douloureuse des quatre extrémités et gênant toutes les activités de la vie quotidienne depuis au moins la fin du mois d'août 2021. Les symptômes observés, malgré un examen neurologique dans les limites de la norme, et une élévation de la protéine C-réactive (CRP) évoquent la possibilité d'une polymyalgia rheumatica. Le Dr L. _____, quant à lui, mentionne dans un de ses rapports du 8 octobre 2021 que « la situation s'est très rapidement péjorée ». Aussi, au vu de ce qui précède, il convient d'admettre qu'une détérioration de l'état de santé du recourant dans le courant de l'été 2021 est plausible, possiblement en raison de l'apparition d'une polymyalgia rheumatica. Les rapports des

Drs L._____, G._____ et J._____ ne sont cependant pas en mesure de remettre en cause les conclusions des experts quant à l'état de santé du recourant jusqu'à la date de l'expertise ni de permettre de constater ou de rendre plausible une détérioration plus ancienne de celui-ci, qui aurait entraîné, pendant une année au moins au moment de la décision attaquée, une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne. Il ne ressort pas de ces documents que les experts auraient écarté d'autres diagnostics déjà présents à l'époque de l'expertise ou en auraient négligé la portée, surtout au regard du rapport du 5 octobre 2021 du Dr O._____ portant sur l'IRM du rachis lombo-sacré pratiquée le jour d'avant, qui, à l'instar du rapport d'expertise, a mis en lumière des atteintes au niveau des lombaires. Il est d'ailleurs utile de rappeler ici que la situation doit être examinée selon l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé a statué, soit en août 2021.

d) L'intimée a reconnu une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, sans véritablement préciser qu'elle était cette activité. Aussi, au vu de l'évolution professionnelle du recourant, il convient d'admettre que, en l'absence d'atteinte à la santé, ce dernier aurait travaillé soit comme chauffeur polyvalent, soit comme brancardier. Il est en revanche discutable que les limitations fonctionnelles admises par les experts soient compatibles avec ces deux activités. Il ne fait quoi qu'il en soit aucun doute qu'une comparaison des revenus - au sens de l'art. 16 LPGA - mettant en parallèle le revenu que le recourant aurait pu réaliser dans l'une des deux activités susmentionnées s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, d'une part, et un revenu dans une activité adaptée, exercée à 100 %, évalué à l'aide des données salariales tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, d'autre part, ne conduirait pas à retenir un taux d'invalidité de 40 % au moins. En l'absence de grief de la part du recourant sur ce point, il n'y a pas lieu de s'étendre davantage, sauf à préciser que, malgré l'âge du recourant au moment de l'expertise, il était encore raisonnablement exigible de sa part qu'il reprenne une activité adaptée, compte tenu de son parcours professionnel varié. Une activité en qualité de travailleur social peut être citée comme exemple.

e) Dès lors, à la lumière des précédentes considérations, l'intimé a nié à juste titre le droit à une rente d'invalidité au recourant.

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il appartiendra néanmoins à l'intimée de reprendre l'instruction d'office et de statuer à nouveau sur le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision litigieuse, étant donné de la péjoration – plausible – de l'état de santé du recourant depuis l'été 2021.

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g 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 attaquée est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. Le dossier est retourné à l'intimé afin qu'il reprenne l'instruction d'office et statue à nouveau sur le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision attaquée.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :