

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 février 2016 au motif qu'il était en totale incapacité de travail dans son activité de poseur de vitres depuis le 21 août 2015, en raison de douleurs au dos et à la jambe gauche.

Les rapports médicaux recueillis par l'OAI mentionnaient les diagnostics de discopathie lombaire pluri-étagée et sciatique gauche, de troubles de l'humeur réactionnels, de coxalgies gauches et de hernie discale L3-L4 et L5-S1 (cf. le rapport du 15 février 2016 du Dr V. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, ainsi que les rapports établis respectivement les 29 septembre 2015 et 9 février 2016 par les Drs M. _____ et T. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'assureur perte de gain maladie de l'assuré a fait réaliser une expertise de l'appareil locomoteur, qui a été confiée à la Dre Z. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 8 juin 2016, celle-ci a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire, de dégénérescence des facettes articulaires interapophysaires postérieures L5 à S1, d'irritation par compression de la racine nerveuse L5 gauche par une possible hernie discale L4 à L5 médiane et paramédiane gauche, ainsi que le diagnostic - sans incidence sur la capacité de travail - d'inflammation du tendon du muscle moyen glutéal gauche à son insertion trochantérienne. Elle a par ailleurs relevé l'existence d'une obésité sévère et d'une hypertension artérielle. Les atteintes lombaires contre-indiquaient le travail en porte-à-faux prolongé et le port de charges très lourdes (plus de 50 kg occasionnellement et/ou plus de 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). La Dre Z. _____ estimait que ces limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'activité habituelle de l'assuré, qu'il pouvait exercer à 100 % sans baisse de rendement.

Dans un avis du 8 août 2016, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, contrairement à l'experte, que l'activité habituelle n'était plus exigible puisqu'il s'agissait d'une activité lourde demandant la mobilisation à répétition - si ce n'est quasi permanente - du rachis et nécessitant la montée d'escaliers à répétition. Le SMR a retenu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès l'examen d'expertise, le 29 avril 2016, et a précisé les limitations fonctionnelles comme suit :

Activité semi-sédentaire permettant l'alternance de positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 7 à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables.

Par décision du 14 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dès le 29 avril 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son degré d'invalidité n'était que de 4 %.

b) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 6 février 2017, invoquant qu'il souffrait de métatarsalgies gauches invalidantes, d'un syndrome métabolique et de troubles de l'humeur.

Dans un rapport du 20 mars 2017, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de syndrome métabolique (hypertension artérielle, surpoids, pré-diabète, syndrome ventilatoire restrictif lié au surpoids), de discopathie lombaire pluri-étagée symptomatique, de métatarsalgies gauches d'origine indéterminée depuis fin mai 2016 et de troubles chroniques de l'humeur (baisse de la motivation, perte d'intérêt).

Dans un avis du 15 juin 2017, le SMR a considéré qu'il n'y avait aucun fait médical objectif nouveau, étant précisé que les métatarsalgies, qui étaient d'origine inconnue, non investiguées et sans

appréciation clinique, étaient de toute façon incluses dans les limitations fonctionnelles retenues.

Par décision du 4 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré au motif que sa situation ne s'était pas notablement modifiée depuis le rejet de sa précédente demande de prestations.

c) Le 13 février 2019, l'assuré a rempli un nouveau formulaire de demande de prestations que l'OAI a réceptionné le 19 février 2019. Il a indiqué avoir des douleurs au pied gauche, à la hanche gauche et au dos.

Dans un rapport du 19 mars 2019, le Dr Q._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de syndrome métabolique avec hypertension artérielle difficile à équilibrer et diabète type 2 limite, de lombalgies chroniques sur sténose des canaux radiculaires L5-S1, d'ostéochondrite des deux métatarsiens n° 2 des pieds et de syndrome anxiodépressif. Il a fait état d'une aggravation de l'ensemble de ces diagnostics et estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 30 % dans une activité non physique ne nécessitant qu'une concentration très limitée.

Le 1^{er} mai 2019, le SMR a estimé qu'il convenait d'entrer en matière sur la demande de l'assuré et d'interroger le Dr Q._____ sur différents points.

Le Dr Q._____ a répondu aux questions du SMR dans des rapports du 24 juin 2019, auxquels il a joint plusieurs rapports d'imagerie. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 30 avril 2018 dans tous les travaux de force et ceux nécessitant la position debout ou de fléchir le genou. Il estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 2 à 4 heures par jour. Il a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'état dépressif et de lombalgies chroniques, ainsi que ceux sans incidence sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de diabète de type 2.

Il a également mentionné l'existence d'une arthrose métatarso-phalangienne entraînant une boiterie.

Dans un rapport du 7 mai 2020, la psychologue et psychothérapeute G._____ a indiqué suivre l'assuré depuis le 31 octobre 2019 dans le cadre d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), avec la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a attesté d'une totale incapacité de travail et envisagé une reprise partielle dans une activité adaptée après un délai de six mois, progressivement à partir de 20 % jusqu'à une capacité de travail de 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient une humeur abaissée, de l'irritabilité, une hypersensibilité au stress et une limitation des capacités d'orientation, de compréhension et d'adaptation.

Dans un avis du 20 mai 2020, le SMR a considéré que les éléments à disposition ne rendaient pas plausible une aggravation, puisque les rapports produits n'étaient pas étayés et qu'aucun d'eux n'émanait d'un psychiatre.

Par projet de décision du 25 mai 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport du 29 mai 2020, non signé et reprenant en grande partie les éléments figurant dans celui de la psychothérapeute G._____, la Dre C._____ a indiqué que l'assuré présentait de longue date une symptomatologie anxieuse et dépressive envahissante malgré les traitements mis en place initialement par son généraliste. Elle constatait une lente amélioration de la symptomatologie (difficultés de concentration, troubles de la mémoire antérograde, thymie abaissée avec une humeur congruente, manque de la motivation, pessimisme, repli sur soi, passivité, sentiment d'injustice et de non-reconnaissance).

L'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI le 22 juin 2020, faisant valoir qu'il était psychologiquement « à bout » et qu'il avait besoin d'aide pour trouver un travail adapté.

Par courrier du 1^{er} juillet 2020, l'OAI a annulé son projet du 25 mai 2020.

Dans un avis du 1^{er} juillet 2020 également, le SMR a recommandé la mise en place de mesures de réadaptation.

Le 8 avril 2021, le service de réadaptation de l'OAI a constaté qu'aucune mesure ne pouvait être mise en place du fait que l'assuré ne se montrait pas prêt à collaborer.

Le SMR a décidé de réinterroger les médecins traitants de l'assuré (avis du 22 avril 2021).

Dans un rapport du 30 avril 2021, le Dr Q._____ a posé les diagnostics de syndrome anxiodépressif, d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'obésité, de lombalgies chroniques, d'arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil gauche et d'arthrose du coude gauche. L'incapacité de travail de l'assuré était totale en toutes activités. Ses limitations fonctionnelles étaient l'absence de la position debout prolongée, des genuflexions et du port de charge, ainsi que l'impossibilité de se concentrer plus de 15 minutes. Le Dr Q._____ a transmis les rapports de la radiographie du pied gauche et de l'IRM lombo-sacrée effectuées le 11 février 2021, ainsi que le rapport de la consultation du 6 avril 2021 auprès du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en lien avec l'atteinte au coude gauche.

Dans un rapport du 20 octobre 2021, la Dre C._____ a retenu le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et fait savoir que l'assuré avait commencé à travailler en septembre 2021 à 20 % comme chauffeur de bus scolaire. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 20 % au début, avec une augmentation progressive jusqu'à 40 %. Il n'était pas autonome pour faire son ménage en raison des douleurs

A l'initiative du SMR (avis du 3 novembre 2021), une expertise pluridisciplinaire de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, a été mise en place en vue d'une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables. Cette expertise a été attribuée au centre d'expertise L. _____ et confiée aux Drs N. _____, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 11 mai 2022, ils ont notamment pris les conclusions suivantes :

4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

- Lombalgies basses chroniques de type mécanique sur atteinte dégénérative, M54.5
- Sciatique, M54.3
- Arthrose post-traumatique de l'articulation du coude, M19.1
- Ostéochondrite du métatarse type Freiberg, M92.7
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique, F32.11
- Syndrome métabolique avec :
 - Hypertension artérielle, I10
 - Hypercholestérolémie traitée, E78
 - Diabète de type 2 traité, mal équilibré, sans complication, E11
 - Obésité de stade 2 (BMI 37,8 kg/m²), E66
- Syndrome des apnées du sommeil appareillé, G47.3
- Asthme possiblement allergique en voie d'investigation, J45.9

[...]

4.5. Motivation de la capacité de travail globale

La dernière activité physiquement lourde n'est plus possible depuis le 21.08.2015 et la capacité de travail est à 0% pour des raisons rhumatologiques. Cette capacité de travail resterait complète pour la médecine interne et de 80% par baisse de rendement de 20% pour des raisons psychiatriques.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 80% par baisse de rendement de 20% pour des raisons psychiatriques à condition de respecter les limitations qui sont d'ailleurs compatibles avec l'ancienne activité et qui exigent un travail répétitif sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples. Les problèmes rhumatologiques sont responsables d'une baisse de rendement de 10% sur une activité de 100% en respectant comme limitations une activité semi-sédentaire avec possibilité de pauses et alternance de la station assise et debout, évitant la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier et les contraintes rachidiennes posturales en antéflexion et en rotation du buste. Le port de charges depuis le sol est limité à 5 kg et les mouvements de manutention ainsi que les mouvements répétés du

membre supérieur sont à proscrire. La baisse de rendement de 10% est liée à la nécessité des pauses et les horaires de travail peuvent être répartis harmonieusement sur 5 jours ouvrables. La baisse de rendement rhumatologique ne s'additionne pas à la perte de rendement d'origine psychiatrique.

Dans son avis du 9 août 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 10 janvier 2023, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente. Il a retenu que, depuis l'issue du délai d'attente d'une année, le 21 août 2016, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée lui permettant d'obtenir un revenu de 53'442 fr. 72 qui, comparé au revenu sans invalidité de 62'609 fr., donnait un degré d'invalidité de 14,64 %.

Par courrier de son mandataire du 10 janvier [recte : 20 février] 2023, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'expertise et fait valoir que sa situation n'était pas stabilisée au niveau de la médecine interne.

A l'appui de sa contestation, l'assuré a transmis des rapports des 22 avril 2022 et 23 janvier 2023 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui envisageait de procéder à l'ablation des corps libres au niveau du coude et éventuellement à un remplacement de la tête radiale. Il était également fait mention d'une IRM réalisée en raison d'une discrète impotence fonctionnelle de l'épaule gauche.

L'assuré a produit un rapport établi le 12 février 2023 par le Dr H._____ et la psychothérapeute G._____, lesquels maintenaient le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes et envisageaient une reprise à 30 % pendant trois mois, puis à réévaluer jusqu'à atteindre une reprise à 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés cognitives et de concentration, des troubles de la mémoire, une thymie abaissée avec une humeur congruente et des troubles du sommeil.

Dans un rapport du 23 février 2023, le Dr Q. _____ a repris les diagnostics précédemment retenus et a ajouté celui d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, présente depuis 2022. Il était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était, dans le meilleur des cas, de 20 % en lien avec ses pathologies physiques, la fluctuation des symptômes, son obésité et ses troubles psychiatriques. Il fallait s'attendre à une baisse régulière de ses rendements en raison de son âge et de ses pathologies.

Dans son avis du 27 février 2023, le SMR a estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux non pris en compte lors de l'expertise ni d'aggravation significative, depuis cette dernière, susceptible de modifier les limitations fonctionnelles retenues.

Par décision du 28 février 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, reprenant les termes de son projet de décision.

Dans une lettre du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que la contestation de l'assuré n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 18 avril 2023 (timbre postal), K. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité, notamment d'une « aide professionnelle ». Il a allégué que les experts n'avaient pas pris le temps de regarder les radiographies qu'il avait apportées et qu'il n'arrivait pas à faire d'efforts physiquement. Il a communiqué qu'il avait été opéré du bras gauche le 8 mars 2023.

Dans sa réponse du 6 juillet 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant notamment qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte des faits survenus après la date de la décision litigieuse.

Dans sa réplique du 21 août 2023, l'assuré a estimé injuste de ne pas pouvoir bénéficier d'une réadaptation ou d'une formation. Il a relevé que, malgré ses difficultés psychologiques liées à la guerre en Bosnie, il avait toujours travaillé jusqu'à la survenance de ses problèmes de santé et s'était efforcé d'obtenir un permis de séjour en Suisse.

Le 13 septembre 2023, l'assuré a transmis les pièces suivantes :

- Des rapports médicaux des 1^{er} mai et 29 juin 2023 du Dr E._____, qui avait opéré l'assuré le 8 mars 2023 des corps libres dans le coude, avec réalisation d'une plastie radiale et d'un renforcement du ligament latéral externe. Ce médecin a évoqué, à long terme, la mise en place d'une prothèse de coude, tout en précisant que l'assuré ne pouvait pas utiliser son membre supérieur gauche pour une longue durée, ni porter de charge à gauche et gardait, en juin 2023, des douleurs continues.
- Des rapports des 21 juillet et 1^{er} septembre 2023 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui envisageait de procéder à une intervention chirurgicale au pied gauche, lequel était toujours aussi douloureux malgré le port de semelles et la physiothérapie. L'assuré souffrait d'un pied plat avec hallux valgus et d'ostéonécrose des deux têtes métatarsiennes. Il présentait aussi vraisemblablement une tendinopathie du fessier.

Dans sa duplique du 25 septembre 2023, l'OAI a estimé que les éléments apportés n'étaient pas de nature à remettre en cause la décision litigieuse, au moment où elle a été prise. Il a joint un avis du SMR du 22 septembre 2023, qui relevait que les atteintes mentionnées dans les rapports produits par l'assuré étaient connues et avaient été prises en compte dans l'expertise avec des limitations fonctionnelles inhérentes et une baisse de rendement de 20 % en raison des douleurs. Les interventions étaient postérieures à la décision attaquée et l'évolution de celle au coude gauche était décrite comme favorable avec une récupération des amplitudes articulaires et des limitations fonctionnelles similaires à celles de l'expertise.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, dans la mesure où le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations en février 2019, un éventuel droit à la rente s'ouvrirait antérieurement au 31 décembre 2021, si bien que l'ancien droit demeure applicable.

4. a) 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.

b) 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).

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

f) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

5. a) Il s'agit, en l'occurrence, de déterminer si la situation du recourant s'est modifiée – au point d'influencer son droit à des prestations d'invalidité – depuis la décision du 14 octobre 2016, par laquelle l'OAI avait rejeté sa précédente demande sur la base d'un examen matériel du droit aux prestations.

L'OAI s'était alors fondé sur l'expertise réalisée par la Dre Z._____, à la demande de l'assureur perte de gain maladie du recourant. L'experte rhumatologue avait retenu l'existence de troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire et une irritation par compression de la racine nerveuse L5, en raison d'une possible hernie discale L4-L5, diagnostics qui contre-indiquaient le travail en porte-à-faux prolongé et limitaient le port de charges, mais permettaient l'exercice d'une activité à plein temps. Elle avait également posé le diagnostic d'inflammation du tendon du muscle moyen glutéal gauche à son insertion trochantérienne, qu'elle estimait sans influence sur la capacité de travail. Sur la base de cette expertise, le SMR avait retenu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de la date de l'expertise, le 29 avril 2016, dans un poste permettant l'alternance des positions, sans manipulations de

charges de plus de 7 à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc et répartie harmonieusement sur cinq jours.

Lors de l'expertise, l'assuré s'était plaint de douleurs au pied gauche (expertise p. 13). La Dre Z._____ avait constaté une inflammation des métatarso-phalangiennes du pied gauche, mais n'avait retenu aucun diagnostic spécifique à cet égard ; elle recommandait de faire réaliser des examens biologiques et radiologiques complémentaires en cas de persistance des signes inflammatoires (rapport d'expertise p. 40 et 42). La Dre Z._____ a en outre indiqué que l'assuré présentait une obésité sévère, une tension artérielle élevée malgré un traitement antihypertenseur (rapport d'expertise p. 40) et qu'un dépistage d'un éventuel diabète était en cours (rapport d'expertise p. 11).

Lors de la première demande de prestations, le Dr V._____ avait en outre indiqué l'existence de troubles de l'humeur réactionnels (rapport du 15 février 2016) sans toutefois mentionner de suivi psychiatrique ni de traitement antidépresseur.

b) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant, plusieurs rapports médicaux de son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr Q._____, ont été versés au dossier. Celui-ci a posé les diagnostics de syndrome métabolique avec hypertension artérielle difficile à équilibrer et diabète de type 2 limite, d'hypercholestérolémie, d'obésité, de lombalgies chroniques sur sténose des canaux radiculaires L5-S1, de syndrome anxiodépressif, d'arthrose ou d'ostéochondrite métatarso-phalangienne du gros orteil gauche et d'arthrose du coude gauche (rapports des 19 mars et 24 juin 2019, ainsi que 30 avril 2021).

Sur le plan psychiatrique, le recourant est suivi depuis fin octobre 2019 pour un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) par la Dre

C._____ et la psychothérapeute G._____ (rapports des 7 et 29 mai 2020 et du 20 octobre 2021).

L'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire auprès de L._____. Le rapport d'expertise établi le 11 mai 2022 par les Drs N._____, B._____ et S._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet pris connaissance de l'ensemble du dossier du recourant, ont recueilli une anamnèse complète, ont écouté ses plaintes avant de procéder à un examen clinique détaillé et ont ensuite pris leurs conclusions de manière motivée. Il sied notamment de préciser que, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans ses écritures, la Dre S._____ a eu connaissance de son dossier radiologique, celle-ci précisant d'ailleurs qu'elle a visualisé les clichés d'imagerie que le recourant avait apportés (rapport d'expertise p. 30).

aa) Sur le plan de la médecine interne, le Dr N._____ retient, à l'instar du Dr Q._____, l'existence d'un syndrome métabolique avec une hypertension traitée, une hypercholestérolémie traitée, un diabète de type 2 traité, mal équilibré, et une obésité de stade 2. Il précise que ces atteintes restent sans incidence sur la capacité de travail, ce que le Dr Q._____ avait également reconnu dans son rapport du 24 juin 2019. Le Dr N._____ mentionne qu'il est nécessaire de réévaluer le traitement du diabète et de l'hypertension, dans le but de limiter le développement de complications, notamment cardio-vasculaires. Dans ce contexte, il précise que si l'ajustement du traitement antidiabétique devait conduire à l'introduction d'insuline, l'activité de chauffeur professionnel du recourant ne serait plus autorisée (expertise p. 13).

Le Dr N._____ pose également le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil appareillé. Il note que ce syndrome est régulièrement contrôlé et que le traitement est en voie d'adaptation. Il estime que ce n'est pas un élément limitant pour une activité professionnelle, en précisant qu'un syndrome des apnées du sommeil correctement traité ne provoque pas de baisse de rendement (expertise pp. 12-13). Il relève que ce syndrome semble correctement traité pour ce

qui concerne le recourant, de sorte que la fatigue dont celui-ci se plaint semble plus d'origine psychique que physique, même si des valeurs glycémiques élevées peuvent y contribuer (expertise p. 12).

Le Dr N._____ relève finalement l'existence d'un asthme, possiblement allergique, qui était en voie d'investigation, mais dont les répercussions sur la santé semblaient faibles. Il n'était dès lors pas jugé incapacitant (expertise pp. 12-13).

bb) Au niveau psychiatrique, le Dr B._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), lequel, à ses yeux, correspond plus à la symptomatologie du recourant que le trouble anxieux et dépressif mixte retenu par la Dre C._____ (expertise p. 20). Il a observé chez le recourant une fatigue et une fatigabilité moyennes, un léger ralentissement psychomoteur, un émoussement des affects, un pessimisme dans le discours et un léger trouble de l'attention (expertise p. 19). Il qualifie l'épisode dépressif actuel de moyen car l'expertisé présente des troubles cognitifs, dont quelques troubles de l'attention, ainsi qu'une fatigue et une fatigabilité, à l'origine d'une bradypsychie. Il précise que la Dre C._____ évoquait également des troubles cognitifs avec des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire antérograde, qu'il retrouve également (expertise p. 20).

Le Dr B._____ retient l'existence d'un fond de dysthymie de longue date, relevant que depuis qu'il a quitté son pays natal, la Bosnie, le recourant présente une tristesse d'humeur, des inquiétudes régulières et un manque d'entrain. L'expert psychiatre relève que le recourant a vécu plusieurs événements difficiles, mais considère que c'est à partir de 2015 qu'il a souffert d'un véritable épisode dépressif, lorsqu'il a commencé à avoir des douleurs. Il s'écarte sur ce point de l'avis de la Dre C._____, qui parle d'une pathologie anxieuse et dépressive envahissante de longue date. Le Dr B._____ ne retient pas de trouble dépressif récurrent dans la mesure où le recourant n'avait auparavant jamais eu d'épisode dépressif (expertise pp. 19-20). La date d'apparition de l'épisode dépressif moyen retenue par le Dr B._____ n'apparaît cependant pas totalement

convaincante. Il faut en effet relever qu'en 2015, le médecin généraliste traitant du recourant, le Dr V._____, ne faisait état que de troubles de l'humeur réactionnels (rapport du 15 février 2016) et n'avait pas mis en place de traitement antidépresseur, ni adressé son patient à un psychiatre en vue d'un suivi. Dans le rapport du 20 mars 2017, produit à l'appui de la deuxième demande de prestations du recourant, le Dr V._____ mentionnait des troubles chroniques de l'humeur, avec une baisse de motivation et une perte d'intérêts, et précisait que ceux-ci avaient montré une certaine aggravation depuis fin mai 2016. Il ne mentionnait à nouveau ni traitement antidépresseur, ni suivi psychiatrique. Ce n'est que dans son rapport du 24 juin 2019 que le Dr Q._____ signale l'existence d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique et psychologique. Dans ce rapport, il retient la présence d'un syndrome dépressif, qu'il fait remonter quatre à six mois en arrière, à savoir à février 2019. La date d'apparition de l'état dépressif n'a toutefois pas besoin d'être déterminée plus précisément dans la mesure où il est admis que le recourant souffre désormais d'une telle atteinte, dont il y a lieu de tenir compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

Le Dr B._____ écarte l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, malgré les événements traumatiques du passé et une tristesse d'humeur de fond (expertise p. 20). Il mentionne qu'un état de stress post-traumatique a existé dans le passé en lien avec la guerre en Bosnie, mais qu'il a disparu, l'assuré n'ayant plus d'hypervigilance ni de situation d'évitement. Il écarte une modification durable de la personnalité puisque l'expertisé ne s'est pas distancé du monde extérieur et qu'il a pu travailler malgré les antécédents traumatiques (expertise p. 20).

L'expert psychiatre estime que l'épisode dépressif moyen entraîne une baisse de rendement de 20 % pour un taux horaire de 100 %. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'activité doit consister en du travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples. Il relève que l'expertisé a l'habitude de conduire et peut le faire sans trop de stress (expertise p. 21).

Il faut constater que le Dr B. _____ a déterminé l'impact de l'atteinte psychique sur la capacité de travail du recourant en tenant compte de la gravité des symptômes présentés, à savoir une fatigue, une fatigabilité, une baisse de persévérance et la présence de troubles cognitifs. Il a listé en détail les capacités et ressources du recourant, estimant que celles-ci étaient moyennes, et s'est prononcé sur le traitement entrepris, soulignant que le recourant gardait une chance d'amélioration encore très nette s'il prenait ses médicaments (expertise pp. 20-21). Il a considéré que cette inobservance constituait une incohérence chez une personne qui affirmait vouloir se soigner, mais n'a pas relevé d'autre incohérence au niveau clinique (expertise p. 19). Le Dr B. _____ a en outre procédé à un examen de la personnalité du recourant (expertise p. 20). Son appréciation prend ainsi dûment en compte les indicateurs applicables, selon la jurisprudence, à l'évaluation du caractère invalidant d'une affection psychique (cf. consid. 4f *supra*). Il s'écarte ainsi de manière convaincante de la capacité de travail de maximum 40 % ou 50 % - après une reprise progressive - à laquelle la Dre C. _____ concluait (rapports des 29 mai 2020 et 20 octobre 2021). Les conclusions motivées et détaillées du Dr B. _____ doivent prévaloir sur celles de la psychiatre traitante, dont on ignore par ailleurs si elles tiennent également compte des atteintes physiques, qui sont citées comme facteurs faisant obstacle à la réadaptation dans le rapport du 29 mai 2020.

cc) Sur le plan rhumatologique, la Dre S. _____ a posé les diagnostics de lombalgies basses chroniques de type mécanique sur atteinte dégénérative, de sciatique, d'arthrose post-traumatique de l'articulation du coude, d'ostéochondrite du métatarse de type Freiberg, ainsi que d'obésité et surpoids.

Il est admis que le recourant souffre de longue date de lombalgies basses, comme l'avait notamment déjà constaté la Dre Z. _____. L'existence d'une sciatique n'est pas nouvelle non plus. Le Dr V. _____ mentionnait en effet des sciatalgies dans son rapport du

15 février 2016 et la Dre Z._____ en a tenu compte en lien avec les troubles dégénératifs étagés (expertise de pp. 25-26). La Dre S._____ parle d'ailleurs de lombosciatique gauche chronique par conflit disco-radicaire évoluant depuis 1998 (expertise p. 31). Au niveau du traitement, elle recommande, outre l'antalgie, d'envisager des soins complémentaires de médecine thermale, qui pourraient apporter un bénéfice au niveau des douleurs, ainsi qu'un reconditionnement et une rééducation fonctionnelle.

La Dre Z._____ avait observé une inflammation des métatarso-phalangiennes du pied gauche sans retenir de diagnostic spécifique à cet égard. Les radiographies des pieds réalisées depuis lors ont permis de montrer des séquelles de maladie de Freiberg des deuxième et troisième rayons. La Dre S._____ a observé, lors de son examen, des métatarsalgies de l'avant-pied gauche et un hallux valgus bilatéral. Si le diagnostic d'ostéochondrite a été nouvellement posé, l'atteinte aux métatarso-phalangiennes n'est en revanche pas nouvelle. La Dre S._____ relève que l'adaptation du chaussage et la réalisation de semelles orthopédiques sur mesures pourrait augmenter les capacités de station debout, le piétinement ainsi que le périmètre de marche.

La Dre S._____ constate l'existence d'une arthrose post-traumatique de l'articulation du coude, lequel avait fait l'objet d'une ostéosynthèse à l'époque. Cette atteinte a été mise en évidence par radiographie en avril 2021. Ainsi que l'a indiqué le Dr R._____ dans son rapport du 6 avril 2021, l'experte rhumatologue a confirmé que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'était pas envisageable et a précisé que l'expertisé ne souhaitait pas, dans l'immédiat, d'arthroscopie pour exérèse des fragments libres d'ostéochondromatose.

L'experte rhumatologue a procédé à l'appréciation de la capacité de travail du recourant en tenant compte des différentes atteintes. Elle confirme que l'activité habituelle n'est plus exigible et conclut à l'existence d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 21 août 2015, avec une baisse de rendement de 10 %

en lien avec la nécessité de pauses et de changements de position. Les limitations fonctionnelles sont la nécessité d'une activité semi-sédentaire avec possibilité de pauses et alternance de la station assise et debout, mais éviction de la station debout prolongée, de la marche notamment sur terrain irrégulier, des contraintes rachidiennes posturales en antéflexion et en rotation du buste, pas de port de charges depuis le sol supérieures à 5 kg, aucun mouvement de manutention ou répété des membres supérieurs, ainsi que des horaires de travail répartis harmonieusement sur cinq jours ouvrables.

Les conclusions de la Dre S._____, prises de manière motivée et détaillée à l'issue d'un examen complet, doivent prévaloir sur celles du Dr Q._____. Celui-ci n'explique d'ailleurs pas pour quelle(s) raison(s) il retient une capacité de travail de seulement 30 %, respectivement de 2 à 4 heures par jour, dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles du recourant (rapports des 19 mars et 24 juin 2019), respectivement une incapacité de travail totale en toutes activités (rapport du 30 avril 2021).

dd) Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont précisé que la baisse de rendement de 10 % pour des raisons rhumatologiques ne s'additionnait pas à celle d'origine psychiatrique. Ils concluent ainsi à l'existence d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 21 août 2015 pour des raisons rhumatologiques et à l'existence d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès cette date, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons psychiatriques, en respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques.

c) Les rapports produits postérieurement à l'expertise ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de cette dernière. Comme le relève le SMR dans ses avis des 27 février et 22 septembre 2023, les rapports produits portent principalement sur des atteintes connues, qui ont été prises en compte dans l'expertise.

La problématique de l'arthrose du coude a été examinée par la Dre S._____. Au moment de l'expertise, le recourant ne souhaitait pas, dans l'immédiat, d'intervention en vue de l'exérèse des fragments libres d'ostéochondromatose (expertise p. 31). Une telle opération a finalement eu lieu le 8 mars 2023 avec également la réalisation d'une plastie radiale et de renforcement du ligament latéral externe (rapports du Dr E._____, des 1^{er} mai et 29 juin 2023). Il s'agit d'éléments postérieurs à la décision attaquée, qui n'ont pas à être pris en compte dans le cadre du présent litige. Quoi qu'il en soit, on peut néanmoins constater s'agissant des limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr E._____, à savoir l'impossibilité pour l'assuré d'utiliser son membre supérieur gauche pour une longue durée ou de porter des charges à gauche, ainsi que la présence de douleurs continues, que la Dre S._____ a tenu compte, parmi les limitations fonctionnelles, de l'absence de mouvement de manutention ou répété des membres supérieurs et a conclu à une perte de rendement de 10 % due à la nécessité de pauses et de changements de position, liée aux douleurs (voir également l'avis du SMR du 22 septembre 2023). Quant à la pose d'une prothèse de coude évoquée par le Dr E._____, celle-ci était envisagée à long terme, ce médecin précisant que la situation n'était pas si dramatique que ça (rapport du 29 juin 2023). Si cette atteinte devait s'aggraver, le recourant garde la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations.

Le rapport du Dr H._____ du 12 février 2023 n'apporte aucun élément nouveau et constitue dès lors une appréciation différente d'un même état de fait, comme l'a constaté le SMR dans son avis du 27 février 2023. On peut néanmoins préciser que les limitations fonctionnelles qu'il énumère (difficultés cognitives et de concentration, troubles de la mémoire, thymie abaissée avec une humeur congruente et troubles du sommeil) ont été prises en compte dans l'évaluation du Dr B._____ (expertise pp. 20-21).

Dans ses rapports des 21 juillet et 1^{er} septembre 2023, le Dr W._____ envisageait de procéder à une intervention chirurgicale au pied gauche, lequel était toujours aussi douloureux malgré le port de semelles

et la physiothérapie. Cette atteinte a été prise en compte par la Dre S._____, qui a notamment retenu comme limitations fonctionnelles l'absence de station debout prolongée, de piétinement et de marche en terrain irrégulier. Le SMR relève en outre que l'intervention agendée est postérieure à la décision attaquée et qu'elle a pour but d'améliorer les douleurs que présente le recourant de longue date (avis du 22 septembre 2023).

Selon le rapport du 21 juillet 2023 du Dr W._____, le recourant présentait vraisemblablement une tendinopathie du fessier, liée à des douleurs à la hanche gauche. Lors de son examen clinique, la Dr S._____ a également observé une palpation trochantérienne et rétro-trochantérienne douloureuse à gauche (expertise p. 28). De même, la Dre Z._____ avait aussi mentionné une inflammation du tendon du muscle moyen glutéal gauche à son insertion trochantérienne, qu'elle estimait cependant sans influence sur la capacité de travail. Cette atteinte n'apparaît dès lors pas nouvelle, ni incapacitante.

En ce qui concerne l'impotence de l'épaule gauche dont fait mention le Dr E._____ dans son rapport du 23 janvier 2023, il qualifiait celle-ci de discrète et n'en fait plus mention dans son rapport suivant. De son côté, le Dr Q._____ retient le diagnostic d'arthrose acromioclaviculaire de l'épaule gauche dans son rapport du 23 février 2023. Or, comme déjà relevé, les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise tiennent compte de l'absence de mouvement de manutention ou répété des membres supérieurs.

Quant à la capacité de travail de seulement 20 % retenue par le Dr Q._____ dans son rapport du 23 février 2023, celle-ci constitue une appréciation différente d'une même situation. Faute d'être motivée, son appréciation ne saurait prévaloir sur celle des experts.

d) Au final, rien ne permet de s'écarter des conclusions des experts. Comme déjà mentionné ci-dessus, la date d'apparition de l'épisode dépressif moyen, même si elle ne remonte certainement pas au

21 août 2015, n'en est pas moins antérieure à la nouvelle demande de prestations de février 2019, ou à tout le moins contemporaine. Dans la mesure où un éventuel droit à la rente ne s'ouvrirait que six mois après le dépôt de cette dernière (art. 29 al. 1 LAI), soit le 1^{er} août 2019, il convient d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant à ce moment-là, compte tenu de l'existence d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 %.

6. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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 la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

c) 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).

7. a) Dans la mesure où un éventuel droit à la rente s'ouvrirait en 2019, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité par rapport à cette année-là et non par rapport à 2016 comme l'a fait l'OAI.

b) C'est à juste titre que l'OAI a fixé le revenu sans invalidité en tenant compte du salaire que le recourant touchait auprès de son dernier employeur, à savoir 62'609 fr. en 2016. Après indexation jusqu'en 2019 (+0,6 % de 2016 à 2017, +0,4 % de 2017 à 2018, +0,5 % de 2018 à 2019), on obtient un revenu sans invalidité de 63'742 fr. 30.

c) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'OAI était fondé à se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS. Si le recourant a repris une activité en tant que chauffeur de bus scolaire, celle-ci - qui n'a débuté qu'en septembre 2021 - est exercée à un taux d'occupation de 20 %, si bien qu'elle ne permet pas au recourant de mettre pleinement en valeur sa capacité de gain. Il y a dès lors lieu de se référer aux données de l'ESS 2018 et de les indexer à l'année 2019. Le salaire que pouvaient percevoir des hommes dans des activités simples et répétitives du domaine de la production et des services en 2018 était de 5'417 fr. pour une semaine de 40 heures. Après indexation (+0,5 %) et compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures en 2019 ainsi que d'une baisse de rendement de 20 %, le revenu d'invalidé du recourant doit être fixé à 54'484 fr. 40. L'OAI n'a procédé à aucun abattement sur ce revenu, ce qui n'est pas contesté dans le recours et n'apparaît en effet pas critiquable dans la mesure où, comme le relève l'OAI, les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été prises en compte dans la baisse de rendement.

d) Le degré d'invalidité du recourant s'élève par conséquent à 14,52 %, qu'il convient d'arrondir à 15 % (ATF 130 V 121) et qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

8. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour

autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

b) Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et références), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et référence citée).

c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir

le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

9. a) En l'occurrence, le degré d'invalidité de 15 % du recourant est insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement dans une nouvelle profession. Il faut par ailleurs constater que le recourant n'a pas démontré sa volonté à poursuivre des mesures de réadaptation. De telles mesures lui ont en effet été proposées début 2021 par le service de réadaptation de l'OAI, qui avait pris contact avec sa psychothérapeute et sa psychiatre traitante, lesquelles avaient soutenu cette démarche (note d'entretien du 26 février 2021). Invité à s'annoncer auprès d'un centre de réinsertion socio-professionnelle en vue de la mise en place d'une mesure de réinsertion, le recourant n'a toutefois donné aucune suite au courrier de l'OAI et a ensuite fait savoir, par l'intermédiaire de sa fille, qu'il avait mal au dos et qu'il ne pouvait rien faire. L'OAI a dès lors, à bon droit, renoncé à la mise en place de mesures de réadaptation, lesquelles n'étaient par ailleurs pas susceptibles de réduire le préjudice (note d'entretien du service de réadaptation du 8 avril 2021).

b) Après le rejet de sa première demande de prestations, l'OAI avait proposé au recourant une aide au placement (art. 18 LAI), à laquelle celui-ci a renoncé en 2017, ne se sentant pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé (rapport final du service de réadaptation du 15 février 2017). A l'issue de la présente demande de prestations, le service de réadaptation de l'OAI n'a pas jugé utile de proposer à nouveau une telle aide au placement compte tenu du refus précité, de l'absence de travail à plein temps depuis 2015 et du fait que le recourant estimerait que son emploi de chauffeur de bus à 10-20 % correspond au maximum de ce qu'il peut faire (rapport final du 4 janvier 2023). Cette dernière affirmation ne ressort toutefois pas du dossier. Il apparaît en revanche que l'activité exercée est limitée à 20 % (expertise L. _____ pp. 8 et 27), ce qui s'explique par sa nature. Quoi qu'il en soit, le recourant peut, s'il le souhaite, solliciter une aide au placement auprès de l'OAI. Il avait d'ailleurs été informé de cette possibilité lors de la

fermeture du mandat d'aide au placement en 2017 (rapport du 15 février 2017).

10. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) 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]).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 28 février 2023 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.
- IV. 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. K. _____,
- 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 :