

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juin 2025

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Berberat et M. Wiedler, juges  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Benoît Morzier, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé par I.\_\_\_\_\_ SA et travaillait sous contrat de mission temporaire comme manœuvre pour le compte de l'entreprise H.\_\_\_\_\_ SA. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012, il travaillait également, à la demande, comme agent de sécurité pour le compte de l'entreprise X.\_\_\_\_\_ (aujourd'hui : B.\_\_\_\_\_ Sàrl).

Le 25 juin 2013, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail lui ayant causé notamment une déchirure complète avec rétractation tendineuse des tendons supra- et infra-épineux de l'épaule gauche (cf. rapport du 29 juillet 2013 de la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relatif à une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée le 26 juillet 2013), pour laquelle il a subi, le 6 janvier 2014, une intervention chirurgicale sous la forme d'une tenodèse du long biceps, une réparation partielle des sus- et sous-épineux gauches et un transfert du muscle grand dorsal gauche.

Par décision du 10 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2014 au 31 janvier 2015 (cf. décision du 10 mars 2016). L'OAI a en particulier estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manœuvre était nulle, tandis qu'elle était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de ports de charge de plus de 5-10 kg et pas de travaux nécessitant que la position du membre supérieur gauche soit au-dessus de l'horizontale) à compter du 24 octobre 2014.

**b)** Au mois d'avril 2016, l'assuré a débuté une activité de technicien plâtrier-peintre pour le compte de l'entreprise Q.\_\_\_\_\_ Sàrl.

Le 28 mai 2016, alors que l'assuré, en sa qualité d'agent de sécurité, sortait quelqu'un de force d'un établissement dont il assurait la surveillance, il a vu son bras gauche être violemment tiré par la personne

en question, entraînant une déchirure complète du tendon supra-épineux et des deux tiers supérieurs de l'infra-épineux de l'épaule gauche ainsi qu'une amyotrophie des muscles supra et infra-épineux avec une capsulite rétractile (cf. rapport d'IRM du 7 juin 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et rapport du 17 octobre 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Par décision du 17 août 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2017. L'OAI a en particulier estimé que la capacité de travail de l'assuré dans ses activités habituelles de plâtrier et d'agent de sécurité était nulle depuis le 28 mai 2016, tandis qu'elle était complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de travaux avec des machines vibrantes, pas de mouvements répétitifs avec l'épaule gauche et pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus du niveau de l'horizontale) dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.

**c)** L'assuré a été engagé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019 par l'entreprise E.\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité d'aide plâtrier-peintre.

Le 3 avril 2019, l'assuré a subi un nouvel accident ; alors qu'il installait/contrôlait un échafaudage, il a chuté, lui causant une entorse de la cheville gauche et une torsion du genou gauche. Malgré les douleurs, il a poursuivi son activité jusqu'au 15 juillet 2019.

Dans un rapport du 2 août 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de rupture partielle du ligament latéral interne, de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de lésion du cartilage fémoro-tibial interne avec un œdème sous-chondral fémoral, de *pes plannus* des deux côtés avec un kyste arthro-synovial entre le cunéiforme moyen et médial du pied gauche ainsi que de *morphotype genu varum*.

Dans un rapport du 5 février 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que la capacité de travail de l'assuré pour des travaux sur des chantiers était nulle, tant en raison du genou que de l'épaule gauches.

Le 16 décembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Selon un rapport du 14 janvier 2021, relatif à une consultation du 19 novembre 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de gonalgies gauches d'origine mixte, résiduelles post-entorse du ligament latéral interne et dans un contexte de gonarthrose interne en varus avec chondropathie fémoro-tibiale interne avancée du stade IV associée à une déchirure d'allure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne.

Considérant que les atteintes au genou et à la cheville gauches pouvaient éventuellement modifier les limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. avis du 15 septembre 2021 du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR]), l'OAI est entrée en matière sur cette nouvelle demande.

Une IRM de l'épaule droite réalisée le 16 décembre 2021 a mis en évidence une déchirure vraisemblablement transfixiante de l'insertion postérieure du sus-épineux et déchirure intrinsèque du faisceau supérieur du sous-épineux, une lésion de grade I de l'intervalle et une petite déchirure intrinsèque du faisceau supérieur du sous-scapulaire (cf. rapport du 16 décembre 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 2 février 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale débutante, de status après rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de status après rupture partielle, voire transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de diabète ainsi que d'hypertension. Il a indiqué que la capacité de

travail de l'assuré dans une activité physique était nulle et préconisait une reconversion professionnelle.

Dans un rapport du 19 mai 2022 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, de diabète insulino-dépendant, de cardiopathie hypertensive, d'hyperaldostéronisme et de haute tension artérielle. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle ainsi que dans un métier physique. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il a considéré comme telle une activité qui n'impliquait pas le port de charge de plus de 5 kg, la station debout au-delà de 10 minutes, la marche sur terrain plat au-delà de 10-15 minutes, l'antéflexion et la rotation du tronc ainsi que les bras au-dessus de l'horizontale des épaules.

Dans un rapport du 10 octobre 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en maladie des reins (néphrologie), a posé les diagnostics principaux d'hyperaldostéronisme primaire, d'hypertension artérielle secondaire et de maladie rénale chronique, et ceux, secondaires, de diabète de type 2, de syndrome d'apnée du sommeil et d'obésité de stade I.

Dans un rapport du 14 octobre 2022 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué que l'assuré souffrait d'une cardiopathie hypertensive dans le cadre d'une haute tension artérielle secondaire, laquelle s'était toutefois normalisée à la suite d'une surrénalectomie réalisée le 22 septembre 2021. Il a indiqué que d'un point de vue cardiologique, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Dans un rapport du 9 décembre 2022 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en maladie des reins (néphrologie), a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de céphalées et de douleurs articulaires nouvelles ainsi que de

coliques néphrétiques depuis 2020, et ceux sans répercussion sur la capacité de travail d'hypertension et de fonction rénale normale. Il a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue et douleurs articulaires), l'assuré pouvait travailler à concurrence de six heures par jour.

Dans un rapport du 13 janvier 2023, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, a posé les diagnostics de diabète de type II, connu depuis 2014, et d'obésité de classe I. Elle a précisé que ces atteintes n'affectaient pas la capacité de travail de l'assuré.

Au vu des différentes pathologies présentées par l'assuré, l'OAI a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets rhumatologique et de médecine interne générale, dont la réalisation a été confiée à R.\_\_\_\_ SA. Les experts ont rendu leur rapport le 15 juin 2023. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants :

- Syndrome d'apnées du sommeil modéré à 20 IAH /heure surtout au niveau du décubitus dorsal, non appareillé, depuis mars 2021, G47.3 ;
- Douleur et impotence fonctionnelle de l'épaule gauche chronique, in status post- traumatisme de l'épaule gauche le 25.06.2013 ; un status post-lésions étendues des sus- et sous-épineux gauches au 04.11.2013 ; status post-ténodèse du biceps gauche, de réparation partielle du sus-et sous-épineux gauche et transfert du grand dorsal gauche le 07.01.2014 ; status post-traumatisme de l'épaule gauche le 27.05.2016 avec déchirure complète du tendon supra-épineux, déchirure complète des deux tiers supérieurs de l'infra-épineux, M75.1 et Z98.8 ;
- Périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion de la coiffe des rotateurs, avec déchirure transfixiante de l'insertion postérieure du sus-épineux et déchirure intrinsèque du faisceau supérieur du sous-épineux ; petite déchirure intrinsèque du faisceau supérieur du sous-scapulaire (IRM du 16.12.2021), M75.1 ;
- Gonalgies bilatérales à prédominance gauche, sur arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, déchirure de la corne postérieure du ménisque interne des deux côtés, M17.0 ;
- Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, M54.5 ;

- Suspicion d'un syndrome musculosquelettique diffus, R52.2 ;
- Obésité exogène, E66 ;
- Hypertension artérielle traitée, I10 ;
- Diabète insulino-requérant, E10 ;
- *Helicobacter pylori* positif ;
- Cardiopathie hypertensive ;
- Hyperaldostéronisme primaire sur adénome surrénalien gauche avec surrénalectomie gauche en 2021 ;
- Néphropathie mixte avec protéinurie glomérulaire et hypercalciurie mais avec aussi une fonction rénale normale ;
- Néphrolithiases avec antécédents de coliques néphrétiques récurrentes ;
- Status post entorse de grade 2 de la malléole interne gauche (03.04.2029 [recte : 2019]) avec mise en évidence de troubles dégénératifs débutants de la cheville gauche ;
- Status post-décompression bilatérale du nerf médian au poignet.

Les experts ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 %, avec, depuis le mois de mars 2021, une diminution de rendement de 20 % dans le cadre d'un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, tant dans son ancienne activité de technicien plâtrier-peintre que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sur le plan rhumatologique : activité sédentaire permettant des changements de position ; pas de mouvement en élévation ou en abduction au-delà de 60°, si possible avant-bras posé dans le plan horizontal, pas de port de charge [membre supérieur gauche] ; pas de travail au-dessus de 90° [membre supérieur droit] ; pas d'efforts/mouvements répétitifs en abduction/antépulsion, pas de port de charge itératif de plus de 5 kg ; pas de station debout prolongée ; pas de déplacement itératif ou de long déplacement ; éviter les mouvements en porte-à-faux du rachis ; pas de travail en hauteur [échelle, échafaudage] ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence ; sur le plan de la médecine interne générale : fatigabilité, somnolence diurne [pas de travail comme chauffeur et pas de travail nocturne]).

Par avis du 19 juin 2023, le SMR a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise du 15 juin 2023.

Par projet de décision du 8 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à une rente d'invalidité, au motif que son taux d'invalidité, évalué à 26,98 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle rente, ainsi que le droit aux mesures professionnelles.

Le 25 septembre 2023, l'assuré, alors représenté par l'Association [...] ([...]), a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision du 8 août 2023 de l'OAI, concluant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. Il a remis en cause la valeur probante de l'expertise, arguant que celle-ci ne tenait pas compte, d'une part, que l'abduction et l'adduction de ses deux épaules étaient limitées et douloureuses et, d'autre part, que son diabète insulino-dépendant s'était aggravé depuis 2021 et qu'il souffrait d'une atteinte prédominante axonale sensitive longueur-dépendante des membres inférieurs, compatible avec une polyneuropathie diabétique, et vraisemblablement de myopathie aux statines. Il était d'avis qu'au vu des nombreuses limitations fonctionnelles retenues par les experts, de son âge, et du fait qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation certifiante, il ne pouvait pas mettre à profit de capacité résiduelle de travail. Il a produit un rapport du 22 mars 2023 du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et un rapport du 28 août 2023 de la Dre Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Dans un avis du 24 janvier 2024, le SMR a indiqué que les éléments médicaux apportés par l'assuré dans son courrier du 25 septembre 2023 ne permettaient pas de modifier ses précédentes conclusions.

Par décision du 20 février 2024, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision du 8 août 2023.

**B.** Par acte du 10 avril 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Benoît Morzier, a déféré la décision du 20 février 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière dès et y compris le 16 décembre 2020, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il faisait valoir que l'OAI n'avait pas procédé à une mise en valeur concrète de sa (prétendue) capacité résiduelle de travail et n'avait pas examiné si l'activité était réellement exigible. Il était surprenant, voire absurde, que l'OAI ait estimé qu'il pouvait exercer une activité dans le domaine de la construction avec autant de limitations fonctionnelles incompatibles avec de telles activités. Les activités retenues par l'OAI ne pouvaient être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existaient pas sur le marché du travail, encore moins dans le domaine de la construction, au vu de son âge (57 ans). Sa capacité de gain devait donc être considérée comme nulle dès le mois de mars 2021. Dans une motivation subsidiaire, il remettait en cause la valeur probante de l'expertise. En particulier, l'OAI n'avait pas indiqué en quoi les diagnostics divergents mentionnés par les Drs U.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 22 mars et 28 août 2023 étaient sans conséquence sur sa capacité de gain, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 15 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise. L'assuré était capable, nonobstant ses limitations fonctionnelles, d'exercer une activité dans l'industrie légère, où nombre de postes de travail adaptés à ces limitations étaient disponibles, lesquelles ne nécessitaient pas de qualifications particulières. Etaient également envisageables dans son domaine d'activité, des activités de facturation, de réalisation de devis et de métrés.

Dans sa réplique du 17 juillet 2024, l'assuré a indiqué qu'il avait fait l'objet d'investigations complémentaires, lesquelles avaient mis

en évidence une cervicobrachialgie gauche type C6-C7 dans le cadre d'une sténose foraminale bilatérale plus à gauche qu'à droite en C3-C6 et en C5-C6 et C7 à gauche, des troubles dégénératifs au niveau des deux genoux ainsi qu'une hépatite B. Selon lui, ces nouveaux éléments, non pris en considération par les experts, pouvaient influencer son invalidité, si bien qu'un complément d'expertise était nécessaire. Il a produit un rapport du 7 juin 2024 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un rapport du 2 juillet 2024 du Prof. D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en gastroentérologie et en hépatologie.

Par duplique du 15 août 2024, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Se fondant sur un avis du 12 août 2024 du SMR, l'OAI a estimé que les éléments apportés par l'assuré n'étaient pas de nature à faire douter des conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles à retenir.

Le 8 novembre 2024, l'assuré a produit un rapport du 29 octobre 2024 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel attestait notamment qu'il ne pouvait plus effectuer aucune activité sollicitant ses membres supérieurs, ni aucune activité de bureau prolongée.

Par pli du 28 novembre 2024, l'OAI a confirmé ses précédentes écritures.

Par déterminations spontanées du 16 décembre 2024, l'assuré a notamment produit un rapport du 15 novembre 2024 de la Dre Y.\_\_\_\_\_, lequel attestait la persistance d'une atteinte myélinique modérée aux carpes, justifiant selon lui l'impossibilité de reprendre une activité lucrative, quelle qu'elle soit.

**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, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

**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<sup>er</sup> 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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, si la demande de prestations a été déposée le 16 décembre 2020, aussi bien la décision litigieuse que le droit potentiel à une rente (cf. *infra* consid. 8) sont postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit. Partant, le droit à la rente doit être examiné d'après les dispositions en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**c)** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une

rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

**d)** L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**aa)** L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-veillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

**bb)** Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté 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 8C\_659/2022 & 8C\_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

**cc)** Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26<sup>bis</sup> al. 1 et 2 RAI). 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).

**dd)** Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C\_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

**5. 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 1<sup>er</sup> janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**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).

**6. 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**7.** En l'espèce, il s'agit pour la Cour de céans de comparer les circonstances qui ont prévalu au moment de la décision du 17 août 2018 octroyant au recourant une rente limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2017 avec celles existant au moment de la nouvelle demande déposée le 16 décembre 2020 par le recourant.

**a)** Dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 17 août 2018, les rapports médicaux au dossier faisaient essentiellement état d'une atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, avec une déchirure complète du tendon supra-épineux et des deux tiers supérieurs de l'infra-épineux et d'une capsulite rétractile (cf. notamment rapports du 7 juin 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_ et du 17 octobre 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_). Le tableau clinique était complété notamment par une obésité, une hypertension artérielle, un diabète et des calculs rénaux (cf. rapport du 18 juillet 2014 de la [...]).

**b)** Dans le cadre de la présente procédure, les éléments médicaux versés au dossier font état, en sus des atteintes précitées, d'une gonarthrose débutante au genou droit (cf. rapport du 22 septembre 2021 du Dr M.\_\_\_\_\_, relatif à une consultation du 12 juillet 2017), d'un discret débord discal circonférentiel sans hernie en L4-S1, d'un discret pincement discal avec petite hernie discale paramédiane droite luxée caudalement et d'altération dégénératives en D12-L1, L4-L5 et L5-S1 avec surcharge facettaire, sans sténose canalaire ou foraminale (cf. rapport d'IRM de la colonne lombaire de mars 2018 mentionné par l'experte F.\_\_\_\_\_), d'une rupture partielle du ligament interne intérieur, d'une déchirure postérieure du ménisque interne et d'une lésion du cartilage fémoro-tibial interne avec œdème sous chondral fémoral au niveau du genou gauche (cf. rapport du 2 août 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_), de troubles dégénératifs débutants au niveau de la cheville gauche avec un kyste arthro-synovial naissant de l'articulation entre le cunéiforme médial et moyen (cf. IRM de la cheville gauche du 2 août 2019), et d'une lésion à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. rapport du 16 décembre 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_. Le recourant présentait par ailleurs un hyperaldostérionisme primaire, un syndrome d'apnées du sommeil (cf. rapport du 10 octobre 2022 du Dr L.\_\_\_\_\_), une cardiopathie hypertensive dans le cadre d'une haute tension artérielle, normalisée à la suite d'une surrénalectomie, une dyspnée importante en amélioration (cf. rapport du 14 octobre 2022 du Dr S.\_\_\_\_\_), ainsi que des céphalées, des douleurs articulaires nouvelles et des coliques néphrétiques (cf. rapport du 9 décembre 2022 du Dr K.\_\_\_\_\_).

**c)** Au vu de l'aggravation manifeste de l'état de santé du recourant, c'est par conséquent à bon droit que l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande et qu'il a ordonné, compte tenu de la complexité de la situation médicale, la réalisation d'une expertise.

**aa)** Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise réalisée par le [...], selon lesquelles le recourant dispose, dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles (sur le plan rhumatologique : activité sédentaire permettant des changements de position ; pas de mouvement en élévation ou en abduction au-delà de 60°, si possible avant-bras posé dans le plan horizontal, pas de port de charge [membre supérieur gauche] ; pas de travail au-dessus de 90° [membre supérieur droit] ; pas d'efforts/mouvements répétitifs en abduction/antéimpulsion, pas de port de charge itératif de plus de 5 kg ; pas de station debout prolongée ; pas de déplacement itératif ou de long déplacement ; éviter les mouvements en porte-à-faux du rachis ; pas de travail en hauteur [échelle, échafaudage] ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence ; sur le plan de la médecine interne générale : fatigabilité, somnolence diurne [pas de travail comme chauffeur et pas de travail nocturne]), d'une capacité résiduelle de travail de 100 % avec, depuis le mois de mars 2021, une diminution de rendement de 20 % dans le cadre d'un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé.

**bb)** D'un point de vue formel, il y a lieu de constater que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que de ses antécédents. Chacun des experts a personnellement rencontré le recourant et procédé à un examen clinique détaillé. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Ils ont par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, d'abord dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

**cc)** Sur le plan matériel, il sied de relever que les experts ont examiné de manière détaillée l'ensemble des problématiques évoquées, que ce soit sur le plan rhumatologique ou celui de la médecine interne générale.

**aaa)** Selon l'expert rhumatologue, il n'y avait pas lieu de s'écarter des constatations effectuées par les différents médecins consultés par le recourant. A l'examen clinique, il a mis en évidence la présence d'un syndrome musculosquelettique douloureux diffus à prédominance gauche, tout en excluant un diagnostic de syndrome fibromyalgique, l'ensemble des critères anamnestiques (arthralgies migrantes, myalgies, troubles fonctionnels d'autres systèmes que l'ostéo-articulaire, etc.) n'étant pas rempli. Hormis les atteintes à la coiffe des rotateurs à gauche, liés aux accidents des 25 juin 2013 et 28 mai 2016, le recourant présentait également une lésion à la coiffe des rotateurs à droite, une gonarthrose bilatérale et des lombalgies sur troubles dégénératifs, lesquelles ne l'empêchaient toutefois pas d'exercer une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient à mettre en relation avec les atteintes aux épaules, importantes à l'épaule gauche, et, partiellement, avec les gonalgies sur troubles dégénératifs débutants. L'expert a également relevé que le recourant n'était pas limité dans ses activités quotidiennes : il pouvait notamment prendre les transports publics, partir en vacances et rencontrer des amis ; s'il ne s'occupait pas des tâches ménagères, c'était uniquement pour des raisons culturelles. L'expert rhumatologue en a conclu que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de technicien plâtrier-peintre était totale depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, précisant que, selon la description du poste de travail, il s'agissait d'une activité sédentaire qui permettait de travailler les membres supérieurs dans le plan horizontal, de se mouvoir et qui n'impliquait pas de port de charge et de mouvements en porte-à-faux du rachis.

**bbb)** Sur le plan de la médecine interne générale, l'expert a posé les diagnostics d'obésité exogène, de syndrome d'apnée du sommeil modéré à 20 IAH / heure, (surtout au niveau du décubitus dorsal, non appareillé depuis mars 2021), d'hypertension artérielle traitée, de diabète insulino-requérant, d'*helicobacter pylori* positif, de cardiopathie hypertensive, d'hyperaldostéronisme primaire sur adénome surrénalien gauche avec surrénalectomie gauche en 2021, de néphropathie mixte avec protéinurie glomérulaire et hypercalciurie (avec une fonction rénale

normale), et de néphrolithiases avec antécédents de coliques néphrétiques récurrentes. S'agissant du syndrome d'apnée du sommeil, il était considéré comme modéré, avec un score d'Epworth pathologique ; un appareillage CPAP avait été mis en place de mars à juillet 2021 mais arrêté par la suite car mal toléré par le recourant qui, par ailleurs, enlevait le masque la nuit en raison de crises de panique. L'hypertension artérielle avec hypertrophie du ventricule gauche connue depuis l'âge de 30 ans, s'était normalisée avec un traitement antihypertenseur. Le diabète de type insulino-requérant, connu depuis 2014 et traité par insuline, était bien équilibré au moment de l'expertise (glycémies et hémoglobine glyquée dans la norme). La bactérie *helicobacter pylori* était en cours d'éradication. Malgré la présence d'une néphropathie mixte avec protéinurie glomérulaire et hypercalciurie, la fonction rénale était normale. Quant à la maladie lithiasique chronique bilatérale, elle était calme au moment de l'expertise, avec seulement la persistance d'une microhématurie, les lithiases rénales étant par ailleurs expulsées spontanément. Le recourant était du reste autonome dans les gestes de la vie quotidienne. L'expert en a conclu que la capacité de travail du recourant était totale dans son activité habituelle, avec toutefois une diminution de rendement de 20 % depuis le mois de mars 2021, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles liées à l'apnée obstructive du sommeil non appareillée (fatigabilité et sommeil diurne). L'expert a précisé que la mise en place d'un appareillage CPAP ou d'une prothèse d'avancement mandibulaire devait permettre au recourant de recouvrer une capacité totale de travail [sans diminution de rendement], dans un délai de trois à six mois.

**dd)** Les différents rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours ne permettent pas de susciter des doutes quant au bien-fondé des conclusions rendues par les experts. S'agissant des rapports médicaux établis les 28 août 2023 et 15 novembre 2024 par la Dre Y.\_\_\_\_\_, s'ils mettent en évidence la présence de douleurs neuropathiques (compatibles avec une polyneuropathie diabétique), ils ne sont pas suffisamment étayés pour établir une incapacité de travail à long terme liée à la problématique diabétologique ;

ce médecin invitait au contraire le recourant à contrôler strictement son diabète, à perdre du poids et à avoir une activité sportive régulière. En ce qui concerne le Prof. D.\_\_\_\_\_, il ne fait pas état, dans son rapport du 2 juillet 2024, d'incapacité de travail en lien avec les problèmes hépatiques mis en évidence. Quant aux Drs U.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, ils ont simplement indiqué, dans leur rapport respectif des 22 mars 2023 et 7 juin 2024, que le recourant n'était plus en mesure d'exercer une activité de plâtrier-peintre, sans se prononcer toutefois sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. Si une péjoration de l'état de santé du recourant ne peut être exclue à plus ou moins long terme, il n'y a pas lieu de la prendre en considération de façon anticipée dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, ce d'autant plus qu'elle n'est ni prévisible ni quantifiable (cf. TF 9C\_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 4.3.2.).

**8. a)** Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles retenues par les experts (sur le plan rhumatologique : activité sédentaire permettant des changements de position ; pas de mouvement en élévation ou en abduction au-delà de 60°, si possible avant-bras posé dans le plan horizontal, pas de port de charge [membre supérieur gauche] ; pas de travail au-dessus de 90° [membre supérieur droit] ; pas d'efforts/mouvements répétitifs en abduction/antépulsion, pas de port de charge itératif de plus de 5 kg ; pas de station debout prolongée ; pas de déplacement itératif ou de long déplacement ; éviter les mouvements en porte-à-faux du rachis ; pas de travail en hauteur [échelle, échafaudage] ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence ; sur le plan de la médecine interne générale : fatigabilité, somnolence diurne [pas de travail comme chauffeur et pas de travail nocturne]) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient totalement illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail (sur cette notion : ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2) offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. L'office intimé a notamment mis en évidence que le

recourant serait en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail dans le domaine industriel léger (par exemple : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrier à l'établi dans des activités simples ou légères ; ouvrier dans le conditionnement ; contrôle qualité).

**b)** Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée apparaît également exigible. Agé de 56 ans à la date de la décision litigieuse, il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; cf. également TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2).

**9.** Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que le recourant présente.

**a)** S'agissant du revenu de valide, il y a lieu de se référer au contrat de travail conclu avec E.\_\_\_\_\_ Sàrl, dernier employeur du recourant, lequel prévoyait, pour l'année 2019, un salaire annuel de 71'500 fr., 13<sup>ème</sup> salaire compris. Après indexation de ce montant à l'année 2022 (+ 0,8 % [2020] ; - 0,2 % [2021] ; + 0,9 % [2022] ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2022 »), année déterminante pour la comparaison des revenus (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C\_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1), le revenu de valide s'élève à 72'575 fr. 21.

**b)** Quant au revenu d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son dernier accident, le choix de l'intimé de se référer au salaire statistique prévu par le tableau ESS 2020 (TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1, total, homme) n'est pas critiquable. Ainsi, compte tenu d'un montant mensuel de 5'261 fr., d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures durant l'année 2020 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la

division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et de la diminution de rendement de 20 %, le revenu annuel avec invalidité, indexé à 2022 (- 0,2 % [2021] ; + 0,9 % [2022]), se monte à 53'019 fr. 70.

**c)** Cela étant, il se justifie dans le cas d'espèce de procéder à un abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé, étant précisé que la diminution de rendement de 20 % retenue est liée uniquement à la fatigue engendrée par le syndrome d'apnée du sommeil.

Dans ce contexte, il sied de préciser qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023). Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc).

En l'occurrence, le recourant présente un nombre important de limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, lesquelles, combinées à l'âge du recourant - 54 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus - sont de nature à sérieusement entraver la capacité de gain de l'intéressé sur un marché du travail équilibré, même dans le niveau de compétence 1, ce d'autant plus qu'elles ne sont pas compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle et que le recourant est absent du marché

depuis un certain nombre d'années. Ainsi, au vu des circonstances concrètes, il se justifie de procéder à un abattement de 20 %.

**d)** Ainsi, compte tenu d'un revenu de valide 72'575 fr. 21 et d'un revenu d'invalidé après abattement de 42'415 fr. 76, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 41,56 % (arrondi à 42 % ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), si bien qu'il peut prétendre à une rente d'invalidité de 30 % à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

**10.** Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C\_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

**11. a)** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision du 20 février 2024 en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 30 % à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé. Cette indemnité

couvre le montant qui pourrait être alloué au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 20 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que G. \_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de 30 % à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Benoît Morzier (pour G. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :