

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 septembre 2025

---

Composition : M. TINGUELY, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière : Mme Matthey

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Florian Monnier, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 16 LPG.**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, [...] de profession, a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 janvier 2003, faisant état de deux hernies discales survenues en 1988 et 1997, ainsi que de maux de dos et à la jambe gauche l'empêchant de travailler debout ou assis pendant plusieurs heures ou de faire des flexions en avant et le bloquant souvent complètement.

Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, se fondant principalement sur un rapport d'expertise rhumatologique du 18 avril 2005, lequel retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port répétitif de charges de plus de vingt kilos, activité sans charge avec alternance des positions assis et debout), avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20 %.

Par décision sur opposition du 6 novembre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré, relevant que l'expertise rhumatologique était probante et que le stage effectué au centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) ensuite de son opposition avait mis en évidence des capacités d'adaptation et d'apprentissage compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif.

Statuant sur le recours interjeté par l'assuré le 10 décembre 2007, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté et a confirmé la décision sur opposition litigieuse par arrêt du 26 mars 2009 (CASSO AI 517/07 - 78/2009).

Par arrêt du 2 décembre 2009 (TF 9C\_462/2009), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal précité.

**B.** Le 7 avril 2014, l'assuré, qui avait repris une activité d'[...] à 100 % du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 mars 2014, a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de deux hernies discales et de trois disques usés entraînant des blocages du dos et « l'endormissement » de ses deux jambes.

Sur demande de son assureur perte de gain, l'assuré a été examiné le 16 janvier 2015 par la Dre [...], spécialiste en rhumatologie œuvrant au Centre [...]. Par rapport y relatif du 29 janvier 2015, la médecin précitée a posé les diagnostics d'hémangiome bénin du corps de L1, en phase stable, de dégénérescence discale L3 à L4, de type MODIC II, en phase stable, de dégénérescence discale L4 à L5, en phase stable, de dégénérescence discale et hernie médiane L5 à S1, en phase de rémission retardée, de dégénérescence zygapophysaire postérieure L5 à S1 et S1 à S2, en phase stable, de lombalisation de S1, en phase stable et de possible dégénérescence axonale (neuropathie), d'origine toxique, des membres inférieurs. Elle a estimé que l'assuré était capable de travailler dans son activité habituelle à 100 %, avec une baisse de rendement de 50 % tenant compte du déconditionnement de l'intéressé. La capacité de travail serait cependant entière dès le 1<sup>er</sup> février 2015, après mise en place du traitement par prégabaline ou par tractions vertébrales pour traiter les algies.

Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2016, confirmant un projet de décision du 18 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 avril 2015.

**C.** Le 12 août 2019, l'assuré, qui travaillait en qualité de [...] pour le compte de S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, évoquant une opération de l'épaule droite le 7 mars 2019.

Aux termes d'un « questionnaire pour l'employeur » rempli le 30 septembre 2019, celui-ci a noté que le salaire annuel actuel de l'assuré s'élevait à 60'684 francs.

Par décision du 25 mai 2020, confirmant un projet de décision du 11 mars 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au vu de la reprise de l'activité habituelle à 100 % le 4 novembre 2019 et de la durée de l'incapacité de travail inférieure à un an.

**D.** À la suite d'une procédure de détection précoce introduite le 8 octobre 2020 par son employeur, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations à l'OAI le 7 décembre 2020, indiquant à titre d'atteinte à la santé une opération à l'épaule droite et une opération au coude gauche engendrant une nouvelle incapacité de travail depuis le 5 mai 2020, en sus de ses atteintes au rachis.

Il ressort du « questionnaire pour l'employeur » rempli par celui-ci le 7 janvier 2021 que le salaire annuel de l'assuré était de 62'063 fr. 95 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, soit 4'774 fr. 15 par mois.

Aux termes d'un rapport adressé à l'OAI le 9 juin 2021, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a exposé que l'assuré avait souffert de douleurs de l'avant-bras gauche avec atteintes neurologiques par compression au coude gauche du nerf cubital et qu'il avait ainsi subi une transposition cutanée du nerf cubital le 11 juin 2020. L'intéressé avait toutefois éprouvé des difficultés à reprendre son travail de [...]. A la fin de l'année 2020, il avait présenté des lombalgies avec des épisodes de sciatalgie, des douleurs mécaniques de son épaule droite et une tuméfaction du coude gauche qui persistait avec des douleurs en flexion-extension qui lui déclenchaient des paresthésies cubitales, ainsi qu'une atrophie musculaire du premier espace interosseux de la main gauche. Un traitement par hypovitaminose B12 avait été instauré par injections dès 2020 et le patient avait subi une infiltration lombaire épидurale et facettaire postérieure L5-S1 le 19 avril 2021. Le rhumatologue a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status post-transplantation du nerf cubital au coude gauche depuis le 11 juin 2020, de lombalgies et lombosciatalgies droite L5 réitératives secondaires à des discopathies étagées et une arthrose

facettaire postérieure, de coxarthrose droite, de cervicalgies et uncarthroses étagées C4-C7, sténose foraminale C5-C6 droite, de gonarthrose bilatérale discrète et de chondropathie rotulienne. Il a également fait état d'une hémochromatose en traitement et d'une gynécomastie unilatérale du sein droit à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Selon lui, la capacité de travail de son patient était de 20 à 30 % actuellement, puisque celui-ci éprouvait des difficultés à se pencher et à effectuer des mouvements répétitifs du dos et de l'épaule gauche. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a évalué à une à deux heures par jour le nombre d'heures de travail que l'on pouvait raisonnable attendre de son patient dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée.

Le contrat de travail de l'assuré avec S. \_\_\_\_\_, a été résilié par courrier du 11 juin 2021, avec effet au 30 septembre 2021.

Par rapport du 3 novembre 2021 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics incapacitants de douleur acromio-claviculaire à droite, d'arthrose acromio-claviculaire à droite et de status post transposition en cubital gauche. Selon lui, l'activité de [...] de son patient était relativement lourde, avec des ports de charge et une mobilisation fréquente des membres supérieurs ; l'on pouvait toutefois raisonnablement attendre de lui qu'il travaille à 100 % dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé.

Aux termes d'un rapport établi le 9 novembre 2021, la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué suivre l'assuré depuis le 14 mai 2020 à raison d'une fois tous les huit mois environ. Elle a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de paralysie du nerf ulnaire sensitivo-moteur gauche opéré le 11 juin 2020, de lombalgies, de conflit sous acromial de l'épaule droite opéré en 2020 et d'hémochromatose. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : perte de force et de dextérité importante de la main gauche. A son avis, l'on pouvait attendre de son patient qu'il travaille dix heures par jour dans une activité qui tenait compte de l'atteinte à la santé.

Le 24 novembre 2021, le Dr G. \_\_\_\_\_ a exposé à l'OAI avoir revu l'assuré le jour-même, en raison d'une douleur élective de la région acromio-claviculaire à droite, sans irradiation, sans limitation de la mobilité autrement que par la douleur. Au vu de la persistance de la symptomatologie, le médecin précité a réalisé une arthro-IRM de l'épaule droite, qui montrait, d'une part, la présence d'un éperon de type exostose dans la partie supéro-postérieure de la zone de résection de la clavicule apparu nouvellement, créant un conflit au niveau de la musculature en regard, et, d'autre part, une minime lésion de la face profonde du tendon sus-épineux dans la zone antérieure, non chirurgicale et non symptomatique clinique. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a proposé à son patient une résection par voie ouverte de l'éperon osseux, ou une solution transitoire consistant en une infiltration locale si nécessaire par corticostéroïde.

Dans un rapport du 24 novembre 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale et en médecine interne générale, a expliqué suivre l'assuré pour une hémochromatose/surcharge en fer, pour laquelle il procédait à des saignées tous les trois mois. Il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le mois de février 2021 en raison d'une atteinte ostéo-articulaire et a estimé que son patient était totalement incapable de travailler, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a également mentionné une hépatopathie secondaire, une paralysie sensitivomotrice du nerf ulnaire du coude gauche et des lombosciatalgies.

Par avis du 8 février 2022, la médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a pour l'essentiel demandé à actualiser le dossier ostéo-articulaire et à réinterroger les Drs C. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ avant de prendre des décisions plus avancées.

Répondant aux questions soumises par l'OAI le 1<sup>er</sup> mars 2022, le Dr G. \_\_\_\_\_ a noté à titre de diagnostics orthopédiques ayant une répercussion sur la capacité de travail une spicule osseuse à l'extrémité résiduelle de la clavicule à droite pointant dans le muscle deltoïde droit,

une arthrose acromio-claviculaire droite et un status après arthroscopie mini-open, résection du centimètre externe de la clavicule droite, révision du tendon sus-épineux droite sans lésion appréciable datant du 11 mars 2019. Il a indiqué ne pas avoir revu son patient depuis le 24 novembre 2021, de sorte qu'il ne pouvait se prononcer sur l'évolution de son état de santé. Lors du dernier contrôle, le patient était en bon état général, l'acromio-clavicule était électivement sensible ; il n'y avait pas d'instabilité de la clavicule au niveau de la mobilité. Il a précisé ne pas avoir attesté d'arrêt de travail pour « ce problème », ayant uniquement délivré des arrêts de travail à 100 % du 5 septembre 2018 au 8 septembre 2019 et à 50 % du 9 septembre 2019 au 3 novembre 2019, avec reprise d'activité à 100 % le 4 novembre 2019.

Dans un rapport du 22 avril 2022 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ostéo-articulaires ayant une répercussion sur la capacité de travail de douleurs et limitations fonctionnelles du coude gauche avec participation irritative et sensitive du nerf cubital, de douleurs de l'articulation acromio-claviculaire droite (status après résection du centimètre externe de la clavicule pour arthrose acromio-claviculaire sévère) et de lombalgies mécaniques et sciatalgies intermittentes à gauche, coxarthrose gauche. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : douleurs mécaniques de l'épaule droite, lombalgies mécaniques et sciatalgie du membre inférieur gauche, difficultés à maintenir une position assise prolongée, difficultés sur les lieux de travail comme [...] à tenir de lourdes [...] en raison de troubles sensitifs liés à la neuropathie du nerf cubital gauche et coxarthrose gauche entraînant une limitation dans les flexions, montée d'escaliers, station debout ou assise prolongée. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il lui semblait difficile de justifier une capacité de travail avec un certain rendement avec les problèmes ostéo-articulaires dont souffrait son patient actuellement. A son avis, ce dernier était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> février 2021 et une reprise de l'activité de [...] lui semblait difficile, surtout s'il fallait maintenir une certaine cadence au travail, l'intéressé souffrant de lombalgies aggravées par la position debout prolongée, de troubles sensitifs de la main gauche, de douleurs au coude

et d'arthralgies de l'épaule droite, ces dernières pouvant cependant être améliorées par une intervention peu importante.

Par rapport du 11 juillet 2022 à l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'hyperferritinémie, stabilisée sous saignées, en cours d'adaptation. Il a également mentionné une « artériosclérose diffuse, artérielle et gros tronc, avec une atteinte coronarienne motivant une prise en charge cardiologique et un suivi », un status après iléocoloscopie et œsophago-gastro-duodéoscopie le 26 novembre 2020, « avec un adénome tubuleux en dysplasie de bas grade, polype du côlon transverse, adénome tubuleux en dysplasie de bas grade, polype du sigmoïde, adénome tubuleux en dysplasie de bas grade pédiculé, réséqué en totalité, pédiculaire, polype à pédicule court du sigmoïde, 3+3 polypes hyperplasiques du rectum, motivant un suivi endoscopique en 2022 », ainsi qu'une pangastrite chronique motivant un suivi par gastroscopie en 2022. Le médecin précité a en particulier exposé que son patient présentait une prise de force diminuée, quatre kilos préopératoire, évoluant non favorablement, évaluée à douze kilos à gauche, trente kilos du côté opposé, le patient étant indisposé actuellement pour les activités quotidiennes de la vie, y compris pour la toilette lors de l'utilisation par exemple d'une pince pour couper les ongles du côté droit.

Par avis du 11 juillet 2022, la médecin du SMR a relevé que, sur le plan ostéoarticulaire, malgré ses douleurs multiples et aggravées, l'assuré ne prenait que des antalgiques « à la demande » et était capable de voyager, ce qui semblait incohérent avec une atteinte ostéoarticulaire douloureuse, en aggravation, et jugée durablement incapacitante. Concernant l'atteinte à l'épaule droite, l'assuré n'a plus été revu par son orthopédiste depuis novembre 2021 et aucune incapacité de travail n'avait été attestée par ce dernier. A son avis, il n'existait donc pas d'élément médical ou médico-descriptif objectif justifiant objectivement une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 20 à 30 %. Sur le plan de la médecine interne, la médecin du SMR a exposé que le Dr L. \_\_\_\_\_ avait répertorié de nombreuses atteintes, notamment hématologiques, gastroentérologiques, endocrinologiques et

cardiovasculaires. Elle a requis que le dossier soit complété sur ces aspects.

Aux termes d'un rapport du 19 juillet 2022 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que son patient était totalement incapable d'exercer « son activité d'aide-soignant dans un EMS » (sic) en raison des affections et des limitations fonctionnelles objectives de médecine interne, de rhumatologie et de la chirurgie de la main. Une activité adaptée, soit une activité de [...] ou d'aide-soignant, n'était pas non plus envisageable.

Par rapport du 22 juillet 2022 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein du Service de chirurgie de la main de la Clinique [...], a indiqué ne pas avoir revu le patient depuis la dernière consultation du 8 novembre 2021 et a attesté une perte de force et de dextérité importante de la main gauche et une capacité de travail de dix heures par jour dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé.

Le 22 août 2022, la Dre [...], spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, a expliqué à l'OAI avoir rencontré l'assuré en 2020 pour la réalisation des examens endoscopiques et que celui-ci n'était pas suivi régulièrement à sa consultation. Elle a prié l'OAI d'adresser ses questions aux autres médecins de l'intéressé.

Le 21 septembre 2022, le Dr [...], spécialiste en cardiologie, en médecin intensive et en médecine interne générale, a indiqué avoir rencontré une seule fois le patient le 31 mai 2021 pour une échocardiographie, laquelle avait montré une bonne fonction du ventricule gauche. Le cardiologue a également mentionné que l'assuré était « à la limite de l'hypertension ».

Par avis du 7 décembre 2022, la médecin du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en orthopédie, rhumatologie, neurologie et en médecine interne, au vu de la situation médicale complexe qui restait, malgré une instruction médicale intense, toujours peu claire et surtout peu cohérente.

L'OAI a conséquemment confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre [...] R.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. L'assuré y a été examiné les 14, 28 et 31 juillet 2023 par la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par rapport d'expertise du 11 septembre 2023, les experts ont en particulier émis l'appréciation consensuelle suivante :

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

- Lombalgies chroniques mécaniques sur atteinte dégénérative, M545 et ME84. 2Z, avec sciatalgie à prédominance gauche, ME84.3, de topographie L5, versus S1 selon la sémiologie, non déficitaire sur le plan moteur et sensitif
- Omalgie droite, M79.61, avec
  - o arthroscopie mini open le 11.03.2019 : résection du centimètre externe de la clavicule et révision du tendon sus épineux sans franche lésion appréciable
- Neuropathie cubitale gauche, 8C10.1, opérée en 2020 (transposition sous-cutanée) avec évolution partiellement favorable, persistance d'un déficit sensitif et moteur cubital gauche avec amyotrophie, fasciculation, parésie interosseuse avec moindre abduction, abduction des doigts et forte sensibilité persistante interne au coude avec Tinel positif
- Hypertension artérielle traitée, 110
- Pangastrite chronique avec reflux gastro-oesophagien, K21.9
- Gynécomastie bénigne, N62
- Hémochromatose, R79.0. Traitement par saignées actuellement mis en suspens
- Stéatose hépatique sans signe d'insuffisance hépatique, K76.8
- Obésité exogène classe I OMS, E66.9
- Kyste thyroïdien en euthyroïdie E04. 1, diagnostiqué en novembre 2020
- Status après ablation de polype en dysplasie de bas grade réséqué en novembre 2020 sans signe de malignité

Les atteintes de Monsieur V.\_\_\_\_\_ sont à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes :

Les positions debout-statique, assise, accroupi, à genoux sont limitées dans le temps.

La marche est limitée dans le temps, ordre de grandeur 20 minutes.

Pas de position en porte à faux du buste.

Pas de mouvement de rotation du buste.

Efforts de soulèvement limité à 5kg.  
Pas de manutention et d'efforts répétitifs avec le membre supérieur gauche, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit.  
Pas d'utilisation d'outils vibrants.  
Pas d'effort en bras de levier.  
Pas d'utilisation d'échelle.

#### **4. 4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources**

Il n'y a pas d'aspects liés à la personnalité, qui pourraient avoir une incidence sur les facteurs pesants et les ressources.

#### **4. 5. Motivation de la capacité de travail globale**

##### Activité exercée jusqu'ici

Les expertises d'orthopédie et de rhumatologie évaluent la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici à 0% depuis le 11.03.2019.

L'expertise neurologique évalue la capacité de travail habituelle à 0% depuis juin 2021.

L'expertise de médecine interne évalue la capacité de travail habituelle à 100% depuis toujours.

##### Activité adaptée

L'expertise orthopédique évalue cette capacité à 100% sans baisse de rendement, en respectant les limitations fonctionnelles à 100% depuis le 01.10.2019, soit depuis le début du mois post 6 mois post arthroscopie de l'épaule droite.

L'expertise rhumatologique évalue cette capacité de travail à 100% avec une diminution de 20% de rendement dès le 11.12.2020 soit 6 mois post neurolyse ulnaire au coude gauche (opération du 11.06.2020).

Du point de vue neurologique, cette capacité est évaluée à un taux de 80% avec 10% de diminution de rendement donc à 72% depuis 6 mois après la neurolyse ulnaire au coude gauche du 11.06. 2020.

Pour la médecine interne, la capacité de travail est de 100% depuis toujours.

#### **4. 6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Du point de vue consensuel, cette capacité de travail est de 0% depuis le 11.03.2019.

#### **4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée**

Du point de vue consensuel, cette capacité de travail est évaluée à un taux horaire de 80% avec une diminution de rendement de 20% soit une capacité de 64% depuis le 11.12.2020, soit 6 mois post-op du coude gauche.

#### **4.8. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Concernant l'atteinte rachidienne lombaire, l'expertise rhumatologique propose un séjour en centre de réadaptations, ainsi qu'un nouvel avis neurochirurgical, avec, potentiellement, une réduction de la perte de rendement.

S'il y a opération et si la réadaptation stationnaire est prise en compte, une réévaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être faite.

Nos propositions seraient alors les suivantes :

Si une opération rachidienne lombaire était décidée, une réévaluation de la capacité de travail adaptée pourrait être faite à 6 mois post-op.

S'il n'y avait pas eu d'opération, mais un séjour de réadaptation, une réévaluation de la capacité de travail adaptée pourrait être faite à 3 mois post-début de séjour de réadaptation. »

Par rapport d'examen du 2 octobre 2023, le médecin du SMR a estimé que l'expertise pluridisciplinaire du 11 septembre 2023 était concluante, de telle sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être qualifiée de nulle depuis le 11 mars 2019 (date de l'arthroscopie de l'épaule droite) pour des raisons orthopédiques, et que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été de 100 % depuis toujours jusqu'au 11 mars 2019, qu'elle avait été nulle du 11 mars 2019 au 11 novembre 2019, qu'elle avait été de 100 % du 12 novembre 2019 au 11 juin 2020 (date de la neurolyse du coude gauche), qu'elle avait été nulle du 11 juin 2020 au 11 décembre 2020, et, enfin, qu'elle était de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % (soit de 64 %) dès le 11 décembre 2020 pour des raisons rhumatologiques-neurologiques, en respectant les limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, rhumatologique et neurologique. Il n'y avait, du reste, aucune atteinte durablement incapacitante et aucune limitation fonctionnelle au plan internistique.

Il ressort du rapport final du Service de réadaptation de l'AI du 12 octobre 2023 que l'assuré n'est au bénéfice d'aucune formation et qu'il maîtrise mal le français à l'écrit ; d'importantes mises à niveau devraient ainsi être entreprises afin qu'il ait les compétences nécessaires pour suivre une formation qualifiante. Ces démarches ne seraient ni simples, ni adéquates. Le spécialiste en réinsertion professionnelle a également

estimé qu'une formation qualifiante de type CFC était inenvisageable avec une capacité de travail globale de 64 %. A son sens, aucune mesure simple et adéquate ne pouvait objectivement et subjectivement réduire le préjudice économique encouru par l'assuré. Il n'a pas non plus proposé d'aide au placement, l'assuré ayant indiqué aux experts de R. \_\_\_\_\_ SA ne pas souhaiter reprendre d'activité.

Par projet de décision du 10 novembre 2023, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles. L'office a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 5 mai 2020. Le droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2021, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. L'OAI a constaté qu'à cette date, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'une capacité de travail de 80 % avec une baisse de rendement de 20 % pouvait raisonnablement être exigible dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (les positions debout-statique, assise, accroupie ou à genoux sont limitées dans le temps, pas de marche supérieure à vingt minutes, pas de position en porte-à-faux du buste, efforts de soulèvement limité à cinq kilos, pas de manutention et d'efforts répétitifs des membres supérieurs, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'utilisation d'outils vibrants, pas d'effort en bras de levier, pas d'utilisation d'échelle, alterner les positions, pas de contraintes rachidiennes notamment en antéflexion, rotation du buste, pas d'utilisation d'outils vibrants, pas se baisser, pas monter sur une échelle, pas d'activité bimanuelle exigeante et précise), et ce depuis le 11 décembre 2020. Sur le plan économique, l'office a retenu que le revenu sans invalidité s'élevait à 62'063 fr. 95 selon le rapport qui lui avait été adressé par le dernier employeur. S'agissant du revenu avec invalidité et étant donné que l'assuré n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI s'est fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 39'935 fr. 56 en tenant compte d'un taux d'activité de 80 %, d'une baisse de rendement de 20 %

et d'un abattement de 5 % en lien avec son taux d'occupation. Il a donc estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 35.65 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. L'office a en outre relevé qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique. Enfin, il a expliqué que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dès lors que ce dernier était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique ; toutefois, dans la situation de l'assuré, la prise en compte d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dans le calcul de son degré d'invalidité n'influençait pas son droit à la rente et aux mesures professionnelles.

Le 8 décembre 2023, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Pour l'essentiel, il a fait valoir que son incapacité de travail était bien antérieure au 5 mai 2020, mais qu'elle avait été entrecoupée de périodes de capacité de travail. Il a également soutenu que l'appréciation des experts relative à sa capacité de travail dans une activité adaptée était contredite par les avis de ses médecins traitants, en particulier par les Drs C. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, qui renaient un taux d'activité maximal de 30 %. L'assuré était d'avis qu'il était incapable de reprendre une activité à 80 % au vu du nombre important de limitations fonctionnelles à respecter, étant précisé que le Dr N. \_\_\_\_\_ avait émis des retenues quant à la possibilité d'exercer une activité nécessitant un port d'une charge maximale de quatre kilos. L'assuré a également soutenu que le revenu sans invalidité calculé était incorrect, puisqu'il tenait compte des mois au cours desquels il avait perçu des indemnités pour maladie ; son revenu n'avait en outre pas augmenté entre 2015 et 2021 en raison de ses nombreux arrêts maladie, de sorte qu'il convenait d'adapter le montant de son salaire à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux. S'agissant du revenu d'invalidé, l'assuré a soutenu qu'il convenait de se fonder sur l'échelle statistique du secteur des services, au vu de ses limitations fonctionnelles. Il estimait également qu'un abattement de 20 % devait s'appliquer étant donné son âge, ses limitations fonctionnelles, son taux d'occupation, son manque de

connaissance de la langue française à l'écrit et son niveau de formation, et que le salaire statistique devait être adapté à l'évolution des salaires. En définitive, l'assuré a conclu à ce qu'une rente complète lui soit allouée, subsidiairement à ce qu'une rente partielle se basant sur un degré d'invalidité d'au minimum 40 % lui soit octroyée.

Le 16 janvier 2024, l'assuré a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du 4 décembre 2023, par lequel le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'examen clinique restait inchangé par rapport aux constatations du 8 novembre 2021 avec une amélioration partielle sur la motricité ulnaire et une persistance de paresthésies intéressant le quatrième et le cinquième doigts ; selon lui « il fallait statuer sur une invalidité permanente sachant qu'un reclassement professionnel comme [il l'avait imaginé] au début avec une charge de quatre kilos maximum au niveau du coude ne [lui] semblait pas raisonnable » ;

- un rapport du 19 décembre 2023, dans lequel le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'expertise pluridisciplinaire réalisée en septembre 2023 « mettait bien en lumière les nombreuses difficultés dont souffrait le patient », la capacité de travail de 80 % étant toutefois nettement surestimée ; il était d'avis que son patient présentait une incapacité de travail de 50 % en raison de ses problèmes rachidiens, d'une coxarthrose bilatérale, d'une gonarthrose bilatérale de l'épaule droite et de l'atteinte résiduelle au coude droit (*recte* : gauche) ;

- un rapport établi le 10 janvier 2024 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont les conclusions étaient les suivantes (sic) :

« La situation neurologique clinique, électrophysiologique, mais également neurosonologique de Monsieur V.\_\_\_\_\_ est compatible avec une neuropathie médiane motrice et sensitive avec une persistance d'une **perte axonale sensitive d'un ralentissement**

**sensitivomoteur de la conduction du nerf médian à gauche (demyélinisante)**, générant une perte de force et de sensibilité dans le territoire de ce nerf périphérique. Ceci engendre notamment des difficultés pour la supination, la préhension de la main, la motilité fine, ainsi que des douleurs locales neuropathiques chroniques jour et nuit, ayant de manière certain un impact dans la réalisation d'un travail de manipulation en dépit de la force demandée. Pour objectiver la persistance de la souffrance locale du coude dans les parties molles, mais également du nerf, je propose la réalisation d'une IRM locale du coude, j'ai également proposé au patient la demande une contre-expertise comprenant un ENMG [électro-neuromyogramme] dans un centre universitaire. D'un point de vue thérapeutique, des séances d'ergothérapie, mais également un avis chez un chirurgien des nerfs pour l'indication à une éventuelle neurolyse locale (je recommande le Docteur Q. \_\_\_\_\_ au [...]) serait tout à fait adéquat à mon avis. Je n'ai pas prévu de revoir le patient à consultation mais reste à disposition pour tout complément d'information. »

- un rapport établi le 15 janvier 2024, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_ à requis de l'OAI qu'il réévalue la situation de son patient, celui-ci étant totalement incapable de travailler dans son activité d'aide-soignant (sic), ainsi que dans une activité adaptée de [...] (sic), en raison des diagnostics suivants : perte axonale sensitive, ralentissement sensitivomoteur de la conduction du nerf médian à gauche, maladie démyélinisante générant une perte de force, de la sensibilité, dans le territoire du nerfs médian, difficulté à la supination, préhension de la main, motricité fine, douleurs neuropathiques chroniques nuit et jour.

Une IRM du coude gauche a été réalisée le 18 janvier 2024, laquelle a révélé un status après transposition chirurgicale du nerf ulnaire, une persistance d'une neuropathie inflammatoire focale dans sa zone transposée à hauteur de l'épicondyle huméral et une absence de discontinuité ou d'effet de masse extrinsèque.

Le rapport relatif à une IRM réalisée le 19 février 2024 concluait quant à lui à une cervicodiscuncarhrose étagée associée à une extrusion discale C5-C6 luxée inférieurement responsable d'un effacement complet du récessus à droite et à des sténoses significatives d'origine

discuncarthrosique C5-C6 et C6-C7 susceptibles d'entraîner la symptomatologie présentée par le patient.

Aux termes d'un rapport adressé le 21 février 2024 au Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics de persistance de syndrome canalaire du coude gauche après transposition antérieure (retour partiel du nerf sur la pointe de l'épitrôchlée, possible constriction par lambeau fascial) et d'anesthésie de l'olécrane gauche par section de branches postérieures du nerf cutané médial de l'avant-bras gauche (absence de névrome douloureux). Le médecin précité a noté que l'hypoesthésie D4r et la parésie EIP et EPL pouvaient évoquer une radiculopathie C8 D. Il n'existait toutefois pas de cervicovrachalgies gauches et l'imagerie était négative pour une radiculopathie C8 à gauche. L'intéressé avait refusé une infiltration périnerveuse échoguidée du nerf ulnaire du coude gauche, mais une révision de transposition antérieure de celui-ci avait été planifiée.

Par avis du 23 février 2024, la médecin du SMR a pris note du désaccord du Dr C.\_\_\_\_\_ avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré de 80 %, avec baisse de rendement de 20 %, relevant toutefois que celui-ci n'amenait aucun élément médical objectif nouveau qui n'ait déjà été décrit et largement discuté dans l'expertise. Elle a noté que toutes les pièces médicales versées au dossier depuis son rapport du 2 octobre 2023, respectivement depuis le projet de décision du 10 novembre 2023, ne fournissaient aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective d'ordre orthopédique, neurologique, rhumatologique, internistique ou autrement médical, qui n'aurait déjà été décrit et largement discuté dans l'expertise du R.\_\_\_\_\_ SA. La médecin du SMR a considéré que les conclusions de cette expertise n'étaient pas mises en doute et qu'elles devaient donc être suivies.

Le 16 avril 2024, l'assuré a subi une « révision de la transposition antérieure avec ouverte du fascia brachial sur 10 cm », une

résection du septum intermusculaire et une décompression du nerf sous une cicatrice de lambeau du fascia musculaire fléchisseur ulnaire du carpe et fixation antérieure (cf. protocole opératoire du Dr Q.\_\_\_\_\_).

Selon un compte-rendu de la permanence du SMR du 26 avril 2024, l'opération réalisée le 16 avril 2024 constituait une aggravation transitoire d'une atteinte déjà connue, pour laquelle elle admettait une incapacité de travail totale de trois semaines. Ainsi, dès le 1<sup>er</sup> mai 2024, la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée avec diminution de rendement de 20 % était à nouveau exigible.

Par décision du 29 avril 2024, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 10 novembre 2023. Dans un courrier daté du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a expliqué que l'incapacité de travail de janvier 2019 n'était pas durable et avait fait l'objet d'une décision le 25 mai 2020, entrée en force. Il a relevé que l'assuré avait repris son activité habituelle à plein temps entre le 4 novembre 2019 et le 4 mai 2020, de sorte que c'était à juste titre qu'il avait retenu la date du 5 mai 2020 à titre de début d'incapacité de travail. Concernant l'exigibilité médicale, le SMR estimait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis des experts, l'avis des médecins traitants pouvant être considéré comme une appréciation différente d'une même situation. Sur le plan économique, l'OAI a relevé que la comparaison des rapports fournis par l'employeur de l'intéressé en 2019 et 2021 montrait une augmentation de salaire et que le revenu sans invalidité retenu par son service de réadaptation correspondait au revenu que l'employeur indiquait comme salaire sans invalidité, étant précisé qu'il n'y avait pas lieu de l'indexer du fait de l'évolution négative des salaires. S'agissant du revenu d'invalidité, le service de réadaptation considérait qu'il existait des activités simples et répétitives adaptées à ses limitations fonctionnelles dans le domaine industriel léger (par exemple opérateur de production, monteur à l'établi, préparateur de commandes, contrôleur qualité). Compte tenu de ces éléments, il a rejeté les griefs de l'assuré.

**E.**           **a)** Par acte du 30 mai 2024, V.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Florian Monnier, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité pleine et entière à compter du 1<sup>er</sup> juin 2021, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité d'au minimum 37,5 % à compter de la même date, et encore plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant a également requis à titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et l'audition des Drs N.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, ???\_\_\_\_\_, et C.\_\_\_\_\_, ainsi que la tenue d'une audience de débats publics afin que les parties soient auditionnées.

Le recourant a fait valoir que l'expertise diligentée par R.\_\_\_\_\_ SA n'était pas convaincante, les experts n'ayant que peu justifié les taux d'occupation retenus dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles. Il a également souligné la durée « excessivement » courte de ses entretiens avec les experts, de cinquante minutes à deux heures et quinze minutes. A cela s'ajoutait que ses médecins spécialistes traitants, les Drs C.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui le suivaient depuis de nombreuses années, attestaient une capacité de travail bien moindre que les 80 % retenus dans l'expertise. Le recourant a également allégué que l'expertise ne tenait pas compte de nouveaux éléments survenus depuis, à savoir qu'il avait dû subir deux nouvelles opérations en raison de douleurs prononcées au bras gauche, à l'épaule et au dos. Ces éléments remettraient pourtant sérieusement en doute les conclusions prises par l'autorité intimée. En ce qui concernait son revenu sans invalidité, le recourant a soutenu qu'il convenait de prendre en compte uniquement les mois où il avait perçu un salaire « complet », sans indemnités maladie, de sorte que ce revenu s'élèverait en réalité à 62'334 fr. 35. Il convenait également de tenir compte du fait que ce salaire n'avait pas évolué depuis 2015 en raison de ses arrêts de travail liés à ses atteintes à la santé, et, partant, d'appliquer une évolution du salaire de 2,8 % *a minima* depuis 2019. Quant à son revenu d'invalidité, le recourant a relevé qu'il avait

toujours travaillé dans le domaine des services, qu'il n'avait aucune expérience, ni aucune formation dans le domaine de la production et que son âge avancé ne lui offrait aucune possibilité de se réinsérer dans un domaine où il ne possédait aucune compétence ni expérience. Ses limitations fonctionnelles seraient en outre incompatibles avec un travail dans le secteur de la production. Il s'agirait donc de retenir le salaire de l'ESS lié au domaine des services en 2020, à indexer à 2021, soit un revenu de 59'438 fr. 05 à 100 %. Un abattement de 20 % devait en outre être opéré sur son revenu, lié à son âge avancé, ses limitations fonctionnelles drastiques, son taux d'occupation, son manque de connaissance de la langue française à l'écrit, ainsi que son niveau de formation.

Enfin, le recourant a allégué que, si seule une rente partielle devait lui être accordée, des mesures d'ordre professionnel devraient lui être octroyées pour qu'il se réinsère à temps partiel dans le monde professionnel.

Pour étayer ses dires, le recourant a produit des pièces figurant déjà au dossier et, notamment, un rapport du 23 mars 2024, par lequel le Dr ???., \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de syndrome radiculaire C6 et C7 droit sur une sténose foraminale C6-C7 bilatérale sur une hernie discale C5-C6 paramédiane et foraminale droite. Il a rapporté la persistance de douleurs à l'épaule droite qui irradiaient au niveau du bras du côté droit avec l'apparition de paresthésies aux trois premiers rayons de la main droite. Le patient ne souffrait cependant pas de troubles moteurs, ni d'atteinte à la marche. Le Dr ???., \_\_\_\_\_ a convenu avec son patient d'essayer des séances de physiothérapie à but antalgique et de traction cervicale, étant précisé qu'un nouveau contrôle clinique aurait lieu dans deux mois et, si l'évolution n'était pas favorable, une intervention chirurgicale pourrait être proposée.

**b)** Par réponse du 5 août 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a maintenu sa position et a produit le dossier de la cause, dont il ressortait les nouvelles pièces suivantes :

- un rapport du 24 juin 2024, par lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'intervention subie le 16 avril 2024 était un échec, le patient ne signalant aucun changement ni des paresthésies, ni de la sensibilité ;

- un avis établi le 5 juillet 2024, dans lequel la médecin du SMR a relevé que la situation restait inchangée au niveau du coude gauche et des doigts de la main gauche malgré l'opération subie, sans aggravation de la situation. Sur le plan neurochirurgical, le nouveau diagnostic de syndrome radiculaire C6 et C7 à droite posé par le Dr ???\_.\_\_\_\_\_ sans déficit moteur au membre supérieur droit mais avec hypoesthésie tacto-algique au niveau des trois premiers rayons de la main droite méritait une limitation fonctionnelle supplémentaire d'ordre rachidien cervical, à savoir pas de rotation/extension/flexion répétée de la nuque. Ce syndrome radiculaire C6 et C7 à droite n'avait toutefois aucun impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par les experts, si toutes les limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, rhumatologique et neurologique étaient bien respectées.

**c)** Par réplique du 16 août 2024, le recourant, sous la plume de son conseil, a confirmé ses conclusions et contesté le contenu de l'avis établi le 5 juillet 2024 par la médecin du SMR.

Il a produit à l'appui de son écriture un courrier électronique adressé à son conseil le 15 août 2024, dans lequel le Dr C.\_\_\_\_\_ a noté l'avoir vu à sa consultation les 29 mai et 14 août 2024 et a rapporté qu'il souffrait de manière constante d'une douleur à la face interne du coude gauche, région postopératoire ou avait eu lieu la transplantation antérieure du nerf ulnaire avec persistance du syndrome canalaire du coude gauche présente depuis janvier 2020. L'intéressé souffrait de troubles neurologiques sensitifs avec des fourmillements permanents des doigts 4 et 5 de la main gauche, de la paume et d'une hypersensibilité à

l'effleurement cutané de cette région, ce qui avait été mis en évidence par l'électromyogramme de janvier 2024. L'extension du coude gauche provoquait quant à lui des douleurs à la face interne du coude et déclenchait également des fourmillements au bord externe de la main gauche, reproduit par les mouvements de pronation et de supination. A l'examen du 14 août 2024, le médecin traitant avait noté une diminution de la force de fermeture des doigts d'environ 50 % liée à l'atteinte neurologique chronique, contrairement à ce que relevait le rapport du SMR de mars 2024 concluant à une absence de déficit moteur. Il existait également des troubles de la proprioception, encore confirmés par l'électromyogramme de janvier 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_. Tous ces éléments entraînaient une diminution de sa capacité à différencier les objets dans sa main gauche et limitaient sa force, le contact sur la peau déclenchant en outre une hypersensibilité douloureuse très gênante pour un quelconque travail. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a également rapporté un syndrome radiculaire irritatif modérément déficitaire C6 et C7 droit secondaire à une hernie discale C5-C6 et paramédiane droite et une sténose foraminale C6-C7 bilatérale, ces atteintes limitant le port de charges. La sténose foraminale C6-C7 avait une incidence sur la capacité de travail car elle était présente dès que l'assuré effectuait un mouvement du bras ou de la nuque, mouvement nécessaire s'il devait effectuer un quelconque travail, puisqu'il était impossible d'éviter les mouvements de flexion, rotation ou extension répétés de la nuque ou les mouvements du bras ; la douleur entraînait aussi une diminution de ses capacités physiques, pouvant provoquer des lâchages soudains. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a également indiqué que les lombalgies mécaniques et la sciatalgie du membre inférieur gauche entraînaient des difficultés à rester debout, aggravées par les flexions antérieures et la position assise prolongée ; le patient ressentait également une douleur chronique majorée par des épisodes de sciatique de la jambe gauche en raison de l'importante discopathie L5-S1 avec des remaniements inflammatoires associée à une sténose sévère du foramen L5 et une inflammation radiculaire gauche. De plus, la coxarthrose gauche, la tendinite secondaire du muscle moyen du fessier et périrochantérienne gauche causaient une boiterie de la jambe gauche, des difficultés à la montée d'escaliers et des douleurs nocturnes en

décubitus latéral gauche, ce qui limitait le temps en position debout, la marche et les mouvements de rotation du tronc en appui sur les membres inférieurs. Il existait également des troubles du sommeil associés réduisant la résistance physique diurne. Selon le médecin, tous ces éléments influaient défavorablement les activités quotidiennes du recourant. Ce dernier a encore assuré que son patient présentait une forte résistance à la douleur expliquant en partie le fait qu'il ne souhaitait pas utiliser de médication analgésique supérieure au paracétamol ou d'AINS par crainte d'effets secondaires ; il présentait également une intolérance aux infiltrations de corticoïdes. Il était ainsi d'avis que l'incapacité de travail avait été sous-estimée par les experts et évaluait celle-ci à plus de 60 %.

**d)** Par duplique du 26 août 2024, l'intimé a maintenu sa position et transmis un avis SMR établi le 22 août 2024, selon lequel les atteintes et limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr C.\_\_\_\_\_ avaient dûment été prises en considération par l'OAI. Dès lors, la capacité de travail dans l'activité habituelle restait nulle depuis mars 2019 et la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % dès décembre 2020 en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : positions debout statique, assise, accroupie ou à genoux limitées dans le temps, pas de marche de plus de vingt minutes, pas de position en porte-à-faux du buste, efforts de soulèvement limité à cinq kilos, pas de manutention et d'efforts répétitifs des membres supérieurs (donc droite et gauche) au-delà de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'utilisation d'outils vibrants, pas d'effort en bras de levier, pas d'utilisation d'échelle, alterner les positions, pas de contrainte rachidienne, notamment en antéflexion, rotations du buste, ne pas se baisser, pas d'activité bimanuelle exigeante et précise, et pas de rotation/extension/flexion répétée de la nuque.

**e)** Le 5 septembre 2024, le recourant a produit un rapport non daté relatif à une consultation du 4 septembre 2024, dans lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_ a noté que son patient ne rapportait pas d'amélioration subjective des douleurs, de la sensibilité et de la force. Il a indiqué que son

patient souffrait de fourmillements permanents du doigt 4 au doigt 5 et à la paume ulnaire et qu'il devait bouger les doigts pour éviter l'engourdissement. Il souffrait également d'importantes douleurs à l'épaule droite. A cinq mois de l'opération, il était encore trop tôt pour conclure à l'absence de progression de régénération nerveuse depuis le coude gauche vers la main, mais les douleurs du coude et les fourmillements permanents étaient de mauvais pronostic.

Le 9 septembre 2024, il a encore produit un rapport établi le 28 mai 2024 par le Dr ???, \_\_\_\_\_, selon lequel les séances de physiothérapie n'avaient pas permis d'améliorer les douleurs liées à son syndrome radiculaire C6-C7 gauche. Le patient était réfractaire à un traitement par infiltration mais était plutôt favorable à une prise en charge chirurgicale. Les douleurs étant gérables, un point de situation devait être effectué d'ici un à deux mois, afin de fixer une date opératoire si la situation ne s'améliorait pas.

**f)** Par courrier du 12 septembre 2024, l'intimé a à nouveau préavisé le rejet du recours. Il a en outre produit un avis SMR du 10 septembre 2024, selon lequel le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ relatif à la consultation du 4 septembre 2024 ne fournissait aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective d'ordre neurologique, orthopédique, rhumatologique, internistique ou autrement médical qui n'aurait déjà été décrit dans l'expertise et largement discutés à cette occasion ou déjà pris entièrement en considération par le SMR.

**g)** Le 5 mars 2025, le recourant a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 18 décembre 2024, dans lequel le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'à huit mois de l'opération, la situation restait inchangée subjectivement. Un électroneuromyogramme et un ultra-son avaient été réalisés le 12 décembre 2024, lesquels révélaient une neuropathie ulnaire avec ralentissement au coude et disparition du

potentiel sensitif. La prédominance sensitive de l'atteinte était bien confirmée par la myographie du premier interosseux dorsal, qui démontrait de discrets signes de dénervation chronique, avec réinnervation partiellement efficace, sans souffrance active, en amélioration par le comparatif myographique de 2020. Selon le médecin, il pourrait y avoir une amélioration dans les six prochains mois par repousse axonale de 1mm par jour. Le prochain contrôle était prévu dans six mois ;

- un rapport relatif à un scanner de la colonne lombaire réalisé le 3 février 2025, concluant à des discopathies étagées de L3 à S1 avec un aspect de canal étroit de grade équivalent C selon la classification de Lausanne et rétrécissement du trou de conjugaison gauche L4-L5, ainsi qu'à une arthrose interfaccettaire postérieure de L3 à S1 prédominant en L4-L5 à gauche et en L5-S1 à droite ;

- un rapport relatif à une IRM de l'épaule droite du 3 février 2025, concluant à une tendinopathie du tendon supraépineux associée à une déchirure partielle non transfixiante intéressant 50 % de son épaisseur à sa face bursale et interstitielle, stable par rapport à 2023, et à la résolution de la bursite sous acromiodeltoïdienne précédemment visible.

**h)** Le 12 mars 2025, l'intimé a maintenu sa position. Il a produit un avis du 11 mars 2025 du SMR relevant que la situation sur le plan de la chirurgie de la main restait inchangée, l'ENMG de décembre 2024 démontrant même une amélioration au comparatif myographique de 2020. Quant aux atteintes au rachis cervical et lombaire, elles avaient été prises en compte dans l'expertise et le nouveau scanner lombaire de février 2025 n'objectivait aucune aggravation significative sur le plan radiologique, les atteintes dégénératives lombaires restant radiologiquement d'allure banale. Sur le plan orthopédique (épaule droite), la nouvelle IRM mettait en évidence une tendinopathie associée à une déchirure tendineuse partielle non transfixiante, stable par rapport à l'IRM précédente de l'épaule droite de juillet 2023. Selon la médecin du SMR, il s'agissait d'altérations dégénératives n'ayant aucun impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée résiduelle retenue par l'expertise, en

respectant les limitations fonctionnelles déjà définies par l'expertise. Il n'y avait donc aucun élément mettant en doute les conclusions convaincantes de l'expertise pluridisciplinaire.

**i)** Le 30 juin 2025, le recourant a produit un rapport établi à la suite d'une consultation du 18 juin 2025, par lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_ a déclaré que la situation était stable et définitive en ce sens que les séquelles neurologiques étaient irréversibles sur le nerf ulnaire, sans aucun changement subjectif et objectif après l'opération du 11 avril 2024.

**j)** Le 4 août 2025, l'intimé a maintenu sa position et transmis à la Cour de céans un rapport du SMR du 21 juillet 2025, dont il ressort en substance que l'atteinte au nerf cubital était connue et avait largement été prise en considération par l'expertise pluridisciplinaire du R.\_\_\_\_\_. La médecin du SMR a relevé que l'évolution de cette neuropathie cubitale, malgré la reprise chirurgicale du 11 avril 2024, restait parfaitement inchangée, sans amélioration post-opératoire, mais également sans aggravation post-opératoire notable et durable. Elle ne constatait donc aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif ni aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective qui justifierait une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis le rapport établi le 2 octobre 2023 par le SMR, voire depuis l'expertise pluridisciplinaire du 11 septembre 2023, ou qui mettrait en doute les conclusions convaincantes de cette expertise.

**k)** Par décision incidente du 22 août 2025, le juge instructeur a indiqué qu'après appréciation anticipée des preuves, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que l'audition des Drs N.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et ???\_\_\_\_\_, en qualité de témoins, ne paraissent pas s'imposer au regard des différents documents médicaux déjà produits. Il a estimé qu'à l'issue de l'audience appointée, il pourrait être passé au jugement de la cause sur la base des pièces au dossier, sous réserve de l'appréciation de la Cour dans le cadre de la décision finale à intervenir.

**I)** Une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) a eu lieu le 4 septembre 2025, à laquelle l'intimé a été dispensé de comparution personnelle. A cette occasion, Me Monnier a renouvelé ses réquisitions visant à l'audition en qualité de témoin des médecins cités dans le cadre du recours ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Après suspension de la cause, la Cour de céans a retenu, par appréciation anticipée des preuves, que ces mesures d'instruction n'apparaissaient pas indispensables et en a prononcé le rejet, pour les motifs exposés dans l'arrêt à intervenir. Le conseil du recourant a plaidé la cause de son client et celui-ci s'est brièvement exprimé, avant la clôture des débats.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son degré d'invalidité.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI 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, le recourant a déposé sa nouvelle demande en décembre 2020 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1<sup>er</sup> juin 2021. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir

l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, l'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise établi le 11 septembre 2023 par R.\_\_\_\_\_ SA, comportant des volets en orthopédie et traumatologie, en médecine interne générale, en neurologie et en rhumatologie, ainsi que de l'avis du SMR du 2 octobre 2023, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 5 mai 2020, mais qu'une capacité de travail de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 % (soit une capacité de 64 %) était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 11 décembre 2020.

Le recourant remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise.

**b)** À titre liminaire, il convient de relever que, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise du 11 septembre 2023 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant les 14, 28 et 31 juillet 2023 et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus, tenue par échange de courriels, à partir du 27 août 2023. Les experts ont établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des

éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 1992 (expertise R. \_\_\_\_\_ SA, pp. 45 ss).

Contrairement à ce que soutient le recourant, le temps consacré par chacun des experts aux entretiens – qui ont duré entre 50 minutes et 2 heures 15 – n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour exercer une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TF 9C\_210/2007 du 21 février 2008 ; TF I 719/06 du 4 juillet 2007). A cela s'ajoute que les experts ont également fondé leur appréciation sur le dossier médical qui leur avait été soumis par l'OAI, dont le recourant ne prétend pas qu'il aurait été incomplet au regard des données médicales à disposition à la date de l'expertise. Il ne soutient pas non plus avoir été empêché d'exposer sa situation de manière complète aux experts qui l'ont examiné, pas plus qu'il ne précise concrètement sur quels points les entretiens menés par les experts auraient été lacunaires. Cela étant, cette circonstance ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

**c)** S'agissant du volet de chirurgie orthopédique et traumatologie, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies sur atteinte dégénérative (M54.47) et d'omalgie droite (M79.61) avec arthroscopie mini-open le 11 mars 2019 (résection du centimètre externe de la clavicule et révision du tendon sus-épineux sans franche lésion appréciable). L'examen de la colonne cervicale s'était révélé normal. A l'examen du rachis lombaire, il avait été noté une palpation douloureuse des apophyses épineuses du segment L4-S1 ainsi que des articulations sacro-iliaques, et une douleur à la palpation de la région para-grand trochantérienne postérosupérieure. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a constaté que les inclinaisons étaient légèrement déficitaires mais que les rotations et les inclinaisons étaient indolores. Quant à l'examen de l'épaule droite, il avait montré un déficit de l'antépulsion, de l'abduction et de la rotation interne.

Par ailleurs, les tests de la coiffe des rotateurs s'étaient révélés négatifs et l'examen clinique des membres inférieurs était normal. Les atteintes orthopédiques étaient donc à son sens à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : la position debout, la marche, la position à genou, la position accroupie ainsi que la position en porte-à-faux étaient limitées dans le temps ; les activités en hauteur étaient limitées avec le membre supérieur droit au-delà de 90° d'élévation. Le port de charge était également limité mais était en relation principale avec l'atteinte du coude gauche, atteinte concernant l'expertise neurologique. Compte tenu de ces éléments, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était en incapacité totale définitive dans son activité habituelle depuis le 11 mars 2019, soit la date de l'arthroscopie de l'épaule droite. Il a toutefois estimé qu'une capacité de travail résiduelle de 100 %, sans baisse de rendement et en respectant les limitations fonctionnelles était exigible à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, soit six mois après l'arthroscopie.

Sur le plan de la médecine interne, la Dre D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hypertension artérielle traitée, de pangastrite chronique avec reflux gastro-œsophagien, de gynécomastie bénigne, d'hémochromatose traitée par saignées actuellement mis en suspens, de stéatose hépatique sans signe d'insuffisance hépatique, d'obésité exogène, classe 1 OMS, de kyste thyroïdien en euthyroïdie, diagnostiqué en novembre 2020, et de status après ablation de polypes en dysplasie de bas grade réséqué en novembre 2020, sans signe de malignité. Selon elle, les comorbidités retenues n'étaient pas incapacitantes. La capacité de travail de l'expertisé était donc entière et il n'existait pas de limitations fonctionnelles. Le pronostic était par ailleurs favorable, le recourant étant suivi très régulièrement. La Dre D. \_\_\_\_\_ a toutefois recommandé un suivi régulier des tests hépatiques avec sevrage des agents hépatotoxiques (alcool) afin d'améliorer le pronostic hépatique à long terme.

Sur le plan neurologique, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de « lombalgies chroniques avec sciatalgies à prédominance gauche de topographie L5 versus S1 selon la sémiologie, non déficitaires

sur le plan moteur et sensitif, impulsivité présente à la toux et Lasègue positif à 40° à gauche, sciatalgies moins prononcées du côté droit, lombopygialgies droites ? Lasègue à 45° jusqu'à la fesse, moindre prévalence relativement au côté gauche, non déficitaires également sur le plan moteur et sensitif », ainsi que de neuropathie cubitale gauche au coude opérée en 2020, évolution partiellement favorable, persistance d'un déficit sensitif et moteur cubital gauche avec amyotrophie fasciculations, parésie interosseuse avec moindre abduction et adduction des doigts, forte sensibilité persistante interne du coude avec Tinel positif. Le médecin précité n'a pas retenu de diagnostic neurologique pour l'épaule droite. Il a relevé que les lombalgies récidivantes avec irritation sciatalgique non déficitaire avaient toujours été traitées conservativement, sans chirurgie, avec des infiltrations multiples et de la physiothérapie ; la clinique demeurait non déficitaire sur le plan moteur et sensitif aux membres inférieurs des deux côtés, l'état algique persistant avec des phases d'exacerbation et la prise de médicaments antalgiques en réserve. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle n'était pas conseillée et a retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité ne nécessitant pas de port de charge au-delà de dix kilos, de position de porte-à-faux, de se baisser, de monter sur une échelle, d'activité bimanuelle exigeante et précise et de marcher au-delà de vingt minutes. A ses yeux, une légère perte de rendement de 10 % devait toutefois être retenue en relation avec l'atteinte cubitale gauche. Il a également noté qu'en phase d'exacerbation des douleurs lombaires, pour des raisons non neurologiques, la capacité de travail pourrait être partiellement altérée.

Sur le plan rhumatologique, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée, de lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée, de lombosciatique gauche chronique avec atteinte dégénérative lombaire concordante, de coxarthrose bilatérale débutante, de gonarthrose bilatérale débutante, de status post arthroscopie de l'épaule droite avec résection externe claviculaire et révision du sus-épineux sans rupture transfixiante en mars 2019, ainsi que de status post neurolyse du nerf ulnaire gauche en juin 2020, avec persistance de

paresthésies des quatrième et cinquième rayons de la main gauche. Elle a relevé que le recourant avait bénéficié d'un traitement médical rééducatif et infiltratif pour ses lombalgies mécaniques, mais qu'il ne bénéficiait d'aucune démarche de soin active depuis 2021 ; le traitement par Paracétamol était indiqué pour les douleurs dégénératives chroniques mais les AINS étaient pris trop régulièrement et devaient être limités aux poussées douloureuses sur quelques jours ; une nouvelle prise en charge infiltrative pouvait être discutée, de même qu'un avis neurochirurgical du fait du caractère hyperalgique et chronique de la radiculalgie L5 gauche sans caractère déficitaire. Du reste, la Dre K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une réduction pondérale par mesures hygiéno-diététiques et un sevrage tabagique complet amélioreraient les capacités fonctionnelles globales. La prise en charge rééducatrice de l'épaule droite pouvait également être poursuivie à visée antalgique et pour une récupération optimale des mobilités, puisqu'il n'existait pas de lésion transfixiante de coiffe. Sur le plan de la neurapraxie ulnaire gauche opérée, la situation était stabilisée, mais des séances d'ergothérapie pouvaient être proposées.

L'experte rhumatologue a en définitive retenu que les atteintes dont souffrait l'expertisé justifiaient les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'une activité à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout avec réalisation de courtes pauses, absences de contraintes rachidiennes notamment en antéflexion, rotations et mouvements en porte-à-faux du buste, absence d'efforts de soulèvement depuis le sol au-delà de cinq kilos, absence de manutention, efforts répétitifs des membres supérieurs, utilisation d'outils vibrants, pas d'efforts en bras de levier, absence de station accroupie ou à genoux prolongée. La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 11 mars 2019, mais elle était de 100 % dans une activité correspondant à ses aptitudes et respectant ses limitations fonctionnelles, depuis toujours avec une période d'incapacité totale de huit mois après l'arthroscopie de l'épaule droite le 11 mars 2019 et de six mois après la neurolyse du coude gauche en date du 11 juin 2020. La Dre K. \_\_\_\_\_ a toutefois estimé qu'une perte de rendement de 20 % devait

être retenue dès le 11 décembre 2020 compte tenu de l'intensité des douleurs et du manque d'endurance.

D'un point de vue consensuel, les experts ont en définitive retenu les limitations fonctionnelles suivantes : les positions debout-statique, assise, accroupi, à genoux sont limitées dans le temps, la marche est limitée à vingt minutes, pas de position en porte-à-faux du buste, pas de mouvement de rotation du buste, efforts de soulèvement limité à cinq kilos, pas de manutention et d'efforts répétitifs avec le membre supérieur gauche, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'utilisation d'outils vibrants, pas d'effort en bras de levier et pas d'utilisation d'échelle. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 11 mars 2019 et de 80 %, avec une diminution de rendement de 20 % (c'est-à-dire une capacité de 64 %) dans une activité adaptée depuis le 11 décembre 2020, soit six mois après l'opération du coude gauche.

Comme l'a expliqué le SMR dans son avis du 2 octobre 2023, il convient toutefois d'ajouter aux diagnostics listés dans l'évaluation consensuelle les pathologies rhumatologiques retenues par la Dre K.\_\_\_\_\_ de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative, de lombosciatique gauche chronique avec atteinte dégénérative lombaire concordante, de coxarthrose bilatérale débutante et de gonarthrose bilatérale débutante, ainsi que les limitations fonctionnelles mises en exergue par l'experte rhumatologue et l'expert neurologue, à savoir alterner les positions, pas de contrainte rachidienne notamment en antéflexion, pas se baisser, pas d'activité bimanuelle exigeante et précise et pas de manutention et d'effort répétitif des membres supérieurs (gauche et droit).

On relèvera que ces omissions des experts dans la partie consensuelle n'entachent pas la force probante de leur rapport, qui est tout à fait compréhensible en le lisant dans son entier et donc les conclusions sont motivées et convaincantes. L'appréciation définitive sur la capacité de travail de l'expertisé dans une activité adaptée prend en effet en compte l'avis exprimé par chaque expert dans son volet respectif.

**d)** Les conclusions des experts ne sont en outre pas sérieusement mises en doute par les rapports établis par les médecins traitants du recourant, contrairement à ce que celui-ci allègue.

**aa)** On observera en premier lieu, en tant que le recourant invoque des rapports médicaux faisant état d'atteintes – ou d'une aggravation de celles-ci – survenues ultérieurement à la décision attaquée, que la Cour de céans se doit d'apprécier la légalité de cette dernière d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Cela posé, on se limitera, dans l'examen à suivre, à prendre en considération les rapports médicaux qui sont de nature à remettre en cause la situation factuelle telle qu'elle se présentait au 29 avril 2024, date à laquelle la décision attaquée a été rendue. Partant, les rapports des 3 février 2025 relatifs à une IRM de l'épaule droit et à un scanner de la colonne lombaire doivent être écartés de la présente appréciation.

**bb)** Sur le plan de la chirurgie de la main, le recourant indique avoir subi le 11 avril 2024 une intervention chirurgicale au coude gauche (révision de transposition antérieure du nerf ulnaire) à laquelle avait procédé le Dr Q.\_\_\_\_\_ à la suite d'examens complémentaires qu'il avait réalisés dès le début de l'année 2024, en raison de ses douleurs croissantes au bras et à la main gauches.

Il est cependant constant que cette opération s'inscrivait dans le cadre du traitement de la neuropathie cubitale gauche, diagnostiquée par l'expert neurologue, et pour laquelle le recourant avait déjà subi une première opération en juin 2020, l'expert ayant alors mis en lumière le fait que cette atteinte le limitait dans la manipulation d'objets avec la main gauche, en raison de fourmillements persistants dans les deux derniers doigts de la main, d'un manque de force et d'une sensibilité accrue au

coude (cf. rapport d'expertise neurologique, ch. 3.2 p. 26), ce dont il avait été tenu compte au moment de définir les limitations fonctionnelles. Cela étant, il ne saurait être déduit des rapports médicaux produits à cet égard que l'opération réalisée en avril 2024 devait être mise en lien avec une aggravation objective significative de la neuropathie depuis la réalisation de l'expertise, pas plus qu'elle n'avait occasionné une aggravation du déficit sensitivo-moteur de la main gauche causé par cette atteinte et reconnu par l'expert. Au contraire, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 24 juin 2024 qu'à deux mois de l'opération, le patient ne signalait aucun changement des paresthésies ni de la sensibilité. A cela s'ajoute que le chirurgien a attesté une incapacité de travail liée à cette opération d'un mois, soit du 11 avril au 11 mai 2024, ce qui signifie, à l'instar de ce qu'a relevé le SMR dans son avis du 26 avril 2024, que cette opération constituait une aggravation transitoire d'une atteinte déjà connue et que la capacité de travail telle que retenue par les experts était à nouveau exigible à compter du 12 mai 2024.

On observera d'ailleurs que les rapports subséquents du Dr Q.\_\_\_\_\_ des 4 septembre 2024, 18 décembre 2024 et 18 juin 2025, bien que postérieurs à la décision attaquée et ne devant, en soi, pas être pris en compte dans la présente analyse font état d'une situation stationnaire, sans aucun changement subjectif et objectif après l'opération du 11 avril 2024, voire d'une amélioration par rapport aux données myographiques de 2020.

**cc)** Sur le plan neurochirurgical, s'agissant de ses atteintes au rachis cervical, le recourant se prévaut d'un rapport du 23 mars 2024, par lequel le Dr ???\_.\_\_\_\_\_ a posé, à la suite d'une IRM cervicale passée le 19 février 2024, le diagnostic, non retenu par les experts, de « syndrome radiculaire C6 et C7 droit sur une hernie discale C5-C6 foraminale et paramédiane droite et une sténose foraminale C6-C7 bilatérale ».

Dans son avis du 5 juillet 2024, le SMR a estimé que ce nouveau diagnostic, dans la mesure où il impliquait une hypoesthésie tacto-algique au niveau des trois premiers rayons de la main droite,

justifiait la prise en compte d'une limitation fonctionnelle supplémentaire, en ce sens que, dans le cadre d'une activité adaptée, les mouvements répétés de la nuque (« rotation/extension/flexion ») étaient également à éviter. Cela étant, comme l'a également observé le SMR de manière convaincante, il n'apparaît pas pour autant que cette atteinte soit susceptible à elle seule de remettre en cause le constat des experts selon lequel une capacité de travail de 80 % (avec diminution de rendement de 20 %) demeurait exigible dans le cadre d'une activité, à prédominance sédentaire, respectant les autres limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, rhumatologique et neurologique ; à cet égard, il fallait en particulier prendre en considération que les limitations fonctionnelles mises en exergue par les experts (« Efforts de soulèvement limités à 5 kg » ; « Pas de manutention et d'efforts répétitifs avec les membres supérieurs, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit », « Pas d'utilisation d'outils vibrants », « Pas d'effort en bras de levier », « Alternner les positions », « Pas d'utilisation d'échelle », « Pas d'activité bimanuelle exigeante et précise ») devaient être respectées de la même manière en présence d'atteintes au niveau cervical et de la main droite.

Pour le surplus, le diagnostic posé par le Dr ??? \_\_\_\_\_ en mars 2024 n'impliquait aucun déficit moteur aux membres supérieurs et, à cette date, aucune intervention chirurgicale n'était encore proposée. Le rapport du 23 mars 2024 du médecin susmentionné ne permet donc pas de remettre sérieusement en cause l'évaluation des experts de R. \_\_\_\_\_ SA.

**dd)** Pour le surplus, le recourant reproche d'une manière générale aux experts de ne pas avoir suffisamment justifié les motifs pour lesquels ils avaient retenu une capacité de travail conservée à 80 % dans une activité adaptée, alors que, selon ses médecins traitants, les nombreuses atteintes et limitations fonctionnelles mis en exergue étaient en soi de nature à exclure toute capacité de travail, ou à tout le moins à remettre en cause le fait qu'il soit en mesure d'exercer une activité professionnelle à un taux de 80 % avec diminution de rendement de 20 %.

Il est néanmoins clairement déduit du rapport d'expertise qu'en dépit de ses plaintes quant à ses nombreuses douleurs – qui ne se retrouvent pas entièrement en cohérence avec les atteintes constatées objectivement –, le recourant demeure physiquement en mesure de reprendre une activité professionnelle, à prédominance sédentaire, respectant ses limitations fonctionnelles. On comprend en particulier que, pour les experts, il appartient essentiellement au recourant de fournir les efforts nécessaires pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle adaptée à son état de santé, alors qu'il a jusque-là démontré un manque de volonté, découragé par ses périodes d'incapacité de travail successives et s'estimant incompetent, ne parvenant pas à se projeter vers l'avenir (cf. en ce sens : rapport d'évaluation consensuelle, ch. 4.2 p. 3 ; expertise orthopédie et traumatologie : ch. 6.2 p. 15 et ch. 7.2 p. 16 ; expertise médecine générale interne : ch. 7.2 p. 29 ; expertise rhumatologie : ch. 6.2 p. 41 ; ch. 7.2 p. 42).

Certes, comme le souligne le recourant, quelques-uns de ses médecins traitants ont fait état d'appréciations divergentes quant à sa capacité de travail résiduelle.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a en particulier évalué la capacité de travail résiduelle de son patient à 20 % voire 30 %, en raison des difficultés qu'il présentait à se pencher et effectuer des mouvements répétitifs du dos et de l'épaule gauche (cf. rapport du 9 juin 2021 à l'OAI), avant de l'évaluer à 50 % en raison des problèmes rachidiens, d'une coxarthrose bilatérale, d'une gonarthrose bilatérale de l'épaule droite et d'une atteinte résiduelle au coude gauche (cf. rapport du 19 décembre 2023 à l'OAI), puis à 40 % selon son courrier électronique du 15 août 2024. Ce faisant, le médecin précité n'a toutefois pas fait état de diagnostics distincts de ceux mis en lumière dans l'expertise et évoqués ci-avant, ni de limitations fonctionnelles supplémentaires, pas plus qu'il n'a amené d'éléments objectifs propres à remettre en cause l'appréciation des experts quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle, si bien que la position exprimée par ce médecin s'apparente essentiellement à une appréciation différente d'un état de fait identique et est ainsi impropre à

remettre en cause les constats opérés de manière probante par les experts.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a quant à lui fait état d'une incapacité de travail totale depuis le mois de février 2021, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée au vu des affections et limitations fonctionnelles objectives de médecine interne, de rhumatologie et de chirurgie de la main (cf. rapports des 24 novembre 2021, 19 juillet 2022 et 15 janvier 2024). Aux termes de son dernier rapport, ce médecin a estimé que la perte axonale sensitive, le ralentissement sensitivomoteur de la conduction du nerf médiant à gauche, la maladie démyélinisante générant une perte de force et de la sensibilité dans le territoire du nerf médiant, des difficultés à la supination et à la préhension de la main et à la motilité fine, ainsi que les douleurs neuropathique chroniques empêchaient l'assuré d'effectuer une activité adaptée. Il apparaît toutefois que ce médecin se méprend sur la notion d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles, puisqu'il se réfère à cet égard à l'activité habituelle de [...] ainsi qu'à celle d'aide-soignant, lesquelles ne sont évidemment pas compatibles avec les atteintes dont souffre le recourant. Dès lors, son appréciation, qui ne fait au demeurant pas état d'atteintes ou de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport aux constats des experts, n'est pas non plus susceptible de mettre en doute ceux-ci.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, indiqué dans son rapport du 4 décembre 2023 qu'il « fallait statuer sur une invalidité permanente sachant qu'un reclassement professionnel comme il l'avait imaginé au début, avec une charge de quatre kilos maximum au niveau du coude, ne lui semblait pas raisonnable ». Cet avis n'est toutefois pas susceptible d'amoindrir l'évaluation des experts s'agissant de la capacité de travail médico-théorique du recourant, puisqu'il a trait aux possibilités effectives de ce dernier de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, que l'on examinera plus tard (cf. consid. 9 *infra*). Il sied également de relever que la limitation fonctionnelle retenue par le Dr N.\_\_\_\_\_ correspond quasiment à celle retenue par les experts, soit un effort de soulèvement limité à cinq kilos.

Pour le surplus, les Drs G.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées notamment à la perte de dextérité et de force importante de la main gauche et au fait qu'il ne devait pas porter de charges lourdes, ni mobiliser de manière fréquente les membres supérieurs, ce qui rejoint globalement l'appréciation des experts.

**e)** Enfin, s'il est constant que le recourant a été mis au bénéfice, par le passé, d'une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 avril 2015 selon la décision rendue par l'OAI le 30 mars 2016, cette circonstance, même couplée à une évolution négative de son état de santé constatée depuis lors, n'est pas en tant que telle de nature à influencer sur les constats opérés lors de l'expertise réalisée le 11 septembre 2023, dont on rappelle qu'elle tient compte de l'ensemble du dossier médical constitué à cette date par l'office intimé.

**f)** Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, l'appréciation des experts du R.\_\_\_\_\_, dont les conclusions sont motivées et convaincantes, doit être entièrement suivie, sous réserve du début de l'incapacité de travail durable et ininterrompue, fixée au 11 mars 2019. Comme l'a relevé l'OAI dans son courrier du 29 avril 2024, le recourant a en effet été capable de reprendre son activité habituelle du 4 novembre 2019 au 4 mai 2020, de sorte que l'incapacité de travail durable au sens de l'AI a débuté le 5 mai 2020.

**8.** Il reste à procéder à l'évaluation du taux d'invalidité du recourant eu égard aux revenus qu'il est susceptible de réaliser avec et sans invalidité.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)**

**aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** 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).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

En ce qui concerne la fixation du revenu d'invalidé (cf. art. 16 LPGA) sur la base des statistiques salariales, il est notoire, selon la jurisprudence, que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**cc)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du

travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer, dans un cas concret, les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C\_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C\_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2).

**9. a)** En l'espèce, l'office intimé a considéré à juste titre que l'année déterminante pour le calcul des revenus avec et sans invalidité était l'année 2021, soit l'année à partir de laquelle est né le droit éventuel à la rente.

**b)** L'intimé, observant que le recourant s'était trouvé en incapacité de travail durable depuis le 5 mai 2020, a pris en considération, à titre de revenu sans invalidité, le revenu annoncé par son employeur pour l'année 2020 - dernière année durant laquelle le recourant a effectivement travaillé -, à savoir un montant de 62'063 fr. 95 (cf. questionnaire pour l'employeur du 7 janvier 2021), sans procéder pour le

surplus à une indexation pour l'année 2021, du fait de l'évolution statistique négative des salaires entre les années 2020 et 2021.

Cette approche doit être suivie, en tant qu'elle se fonde de manière concrète sur le salaire effectivement réalisé par le recourant, et sur lequel étaient perçues les cotisations en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), avant la survenance de son incapacité de travail durable. En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'est nullement rendu vraisemblable qu'il aurait perçu un salaire supérieur en 2021 si, depuis 2015 - début de son activité auprès de l'S. \_\_\_\_\_ -, il n'avait pas été atteint dans sa santé, étant encore rappelé que les nombreuses périodes d'incapacité de travail subies jusqu'en mai 2020 n'avaient pas été durables, mais seulement temporaires. A cela s'ajoute qu'entre 2019 et 2020, le salaire du recourant a bel et bien subi une augmentation, puisqu'il s'élevait à 60'684 fr. selon le questionnaire rempli par l'employeur le 30 septembre 2019.

**c)**

**aa)** En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'OAI a estimé que le recourant pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, tel que par exemple opérateur de production, monteur à l'établi, préparateur de commande ou contrôleur qualité. Il s'est ainsi basé sur la base des données statistiques de l'ESS 2020 pour un homme sans formation (niveau de compétence 1), tous secteurs confondus, indexé pour l'année 2021, tout en tenant compte du taux exigible de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 %, et d'un abattement de 5 % lié au taux d'activité.

Le recourant fait quant à lui valoir que son âge avancé ne lui offrirait aucune possibilité de se réinsérer dans le domaine de la production, où il ne possède aucune compétence ni aucune expérience, et que ses limitations fonctionnelles seraient incompatibles avec un travail dans le secteur de la production. Il conviendrait selon lui de se baser sur le salaire de l'ESS lié au secteur des services. Un abattement de 20 %

devrait en outre être opéré sur son revenu, lié à son âge avancé, ses limitations fonctionnelles drastiques, son taux d'occupation, son manque de connaissance de la langue française à l'écrit, ainsi que son niveau de formation.

**bb)** En l'espèce, le recourant était âgé de 53 ans au moment où il a été constaté qu'il était médicalement exigible qu'il exerce une activité lucrative (cf. TF 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3), de sorte qu'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, à savoir autour des 60 ans (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C\_774/2017 consid. 5.3).

Cela dit, les limitations fonctionnelles décrites par les experts du R. \_\_\_\_\_ SA (les positions debout statique, assise, accroupie ou à genoux sont limitées dans le temps, pas de marche de plus de vingt minutes, pas de position en porte-à-faux du buste, efforts de soulèvement limité à cinq kilos, pas de manutention et d'efforts répétitifs des membres supérieures, au-delà de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'utilisation d'outil vibrant, pas d'effort en bras de levier, pas d'utilisation d'échelle, alterner les positions, pas de contrainte rachidienne notamment en antéflexion/rotations du buste, pas se baisser, pas d'activité bimanuelle exigeante et précise), ainsi que la limitation fonctionnelle supplémentaire admise par l'OAI aux termes d'un avis SMR du 5 juillet 2024 (pas de rotation/extension/flexion répétée de la nuque), sont nombreuses et relativement importantes. Si celles-ci n'empêchent pas totalement l'assuré de retrouver un emploi adapté dans le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services (cf. notamment TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), force est de constater qu'elles restreignent considérablement le genre d'activités envisageables. En particulier, les activités proposées par l'OAI d'opérateur de production, de monteur à l'établi et de préparateur de commande ne semblent pas indiquées, eu égard aux difficultés de manutention et à la

limitation des efforts répétitifs des membres supérieurs du recourant. Certaines activités semblent toutefois adaptées, comme des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking.

Ces éléments conduiront vraisemblablement à des désavantages salariaux qui ne sauraient être ignorés. Les experts du R. \_\_\_\_\_ SA ont certes estimé qu'une baisse de rendement de 20 % devait être retenue sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée en lien avec l'atteinte cubitale gauche, l'intensité des douleurs et le manque d'endurance. L'incapacité de travail de 20 % était, quant à elle, liée à un déconditionnement (cf. rapport d'expertise R. \_\_\_\_\_ SA, p. 30). Les très nombreuses autres limitations fonctionnelles n'ont toutefois pas été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de l'exigibilité, de sorte qu'elles peuvent l'être au stade de l'abattement (voir à cet égard TF 9C\_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.2). La Cour de céans retiendra donc un abattement supplémentaire de 10 % à cet égard, à ajouter aux 5 % d'abattement déjà accordés par l'OAI au vu du taux d'occupation de l'intéressé de 64 %.

Il n'y a pour le surplus pas lieu de prendre en considération les faibles connaissances en langue française écrite, ni le niveau de formation du recourant, les activités envisagées ne requérant pas de compétence ni d'expérience particulière.

Par ailleurs, c'est à bon droit que l'office intimé a fixé le revenu avec invalidité sur la base des données statistiques de l'ESS 2020 pour un homme sans formation (niveau de compétences 1), tous secteurs confondus. Contrairement à ce dont se prévaut le recourant - qui explique avoir toujours travaillé dans le secteur des services, de sorte qu'il conviendrait selon lui de tenir compte uniquement des données relatives à ce secteur, d'un montant moins élevé -, il n'y a pas de raison de s'écarter du principe selon lequel, s'agissant d'un assuré ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, les données à

prendre en considération doivent être celles mentionnées dans l'ESS à titre général (« total », « tous secteurs confondus »).

Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2020, de 5'261 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2020, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 65'815 fr. 10 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné l'indexation de -0,2 % en 2021 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2023 »), on aboutit à un revenu de 65'683 fr. 50 pour une activité exercée à 100 %. Il s'ensuit que le salaire d'invalidé doit être fixé à 35'731 fr. 80 pour une activité exercée à 80 %, avec une baisse de rendement de 20 % et un abattement de 15 %.

La comparaison d'un revenu sans invalidité de 62'063 fr. 95 avec un revenu d'invalidé de 35'731 fr. 80 aboutit à un degré d'invalidité de 42 %, qui ouvre le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2021 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI).

**10.** Le recourant reproche enfin à l'office intimé de lui avoir refusé toute mesure d'ordre professionnel visant à favoriser sa réinsertion.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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 (art. 16 LAI).

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 réf. cit.), 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 réf. cit.).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 ad art. 8 LAI, p. 102 et référence citée).

**b)** Sur ce point, l'office intimé pouvait valablement se fonder sur les constats opérés dans le rapport final établi le 12 octobre 2023 par son spécialiste en réinsertion professionnelle et considérer, sur cette base, qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.

En effet, comme l'a observé le spécialiste en réinsertion professionnelle, le recourant - qui avait notamment affirmé dans le cadre de l'expertise « n'avoir aucun projet professionnel, ni volonté de reprendre

une activité » (cf. rapport d'expertise, ch. 7.2 p. 42) – ne se trouvait pas dans une dynamique de retour à l'emploi. À cela s'ajoutait que, pour diminuer le préjudice économique et obtenir un revenu avec invalidité sensiblement supérieur à celui déduit de l'ESS, il fallait nécessairement que le recourant entreprenne une formation donnant accès à un poste de niveau de compétence 2 (selon le tableau TA1\_skill\_level). Or une formation qualifiante, de type CFC, n'était pas envisageable, dès lors que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle globale de 64 % et qu'il maîtrisait mal le français à l'écrit. Dans ce contexte, il n'existait donc pas de démarche simple et adéquate qui était de nature à réduire le préjudice économique encouru par le recourant.

**11.** Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni de procéder à l'audition des médecins que le recourant propose comme témoins. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

On rappellera, par ailleurs, qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

**12. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision querellée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis

LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à charge de l'office intimé, qui succombe.

**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 la partie intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 29 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2021.
- 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 V. \_\_\_\_\_ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florian Monnier (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :