

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Peris et Boesch, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17, 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après, également : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, travaillait depuis le 7 février 2011 comme « ouvrier de tri, département du broyeur automobiles » pour l'entreprise J._____ SA.

Le 5 janvier 2018, alors qu'il accomplissait des travaux de nettoyage, l'assuré a chuté dans les escaliers du broyeur et son épaule gauche a heurté la structure en acier. En raison de douleurs persistantes, l'assuré s'est retrouvé en arrêt de travail à compter du 12 janvier 2018.

Souffrant d'une lésion de la coiffe des rotateurs et d'une luxation intra-articulaire du long chef du biceps (rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule gauche du 7 février 2018 de la Dre H._____, spécialiste en radiologie ; rapport du 16 février 2018 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), l'assuré a été opéré le 1^{er} mars 2018 (arthroscopie de l'épaule gauche avec débridement, ténotomie du long chef du biceps, réparation de la coiffe des rotateurs, bursectomie sous-acromiale et acromioplastie).

Dans un rapport du 31 octobre 2018, le Dr A._____ a fait part de bonnes suites immédiates de l'intervention chirurgicale avec une reprise du travail à 50 % le 11 août 2018. L'assuré s'étant toutefois plaint de la réapparition progressive d'une douleur antérolatérale de l'épaule, il a été procédé à une IRM de contrôle, laquelle a montré une rupture partielle de la coiffe des rotateurs intéressant la partie antérieure du supra-épineux, avec une dégénérescence graisseuse importante. Le traitement de physiothérapie devait être poursuivi afin de renforcer le reste des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule atteinte. L'assuré était en arrêt de travail à 50 % jusqu'au 31 janvier 2019.

Le 20 décembre 2018, l'assuré a, avec l'aide de son médecin traitant, déposé une première demande de prestations de l'assurance-

invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des séquelles traumatiques de l'accident professionnel.

Dans un rapport du 31 janvier 2019, le Dr A. _____ a fait part d'une bonne récupération de la mobilité et de la force de l'épaule gauche ; la gêne ressentie par l'assuré était donc principalement subjective. Il avait été convenu de la reprise du travail à 100 % à compter du 11 février 2019.

Le 12 mars 2019, l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assuré avec effet au 12 mai 2019.

Dans un rapport du 8 avril 2019, le Dr R. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics de status après canaloplastie droite, exérèse d'un cholestéatome droite et tympanoplastie de type III (cartilage sur étrier) le 30 avril 2013, de status après exérèse d'une cholestéatome gauche par mastoïdectomie radicale modifiée gauche et tympanoplastie de type I sans reconstruction columellaire le 8 novembre 2016, de status après tympanoplastie gauche en 1989 et de surdité mixte bilatérale de degré moyen à sévère droite et de degré sévère à gauche (status après appareillage acoustique binaural en 2005 [cas de rigueur AI]). Malgré les appareils auditifs dont il bénéficiait au titre de moyens auxiliaires, l'assuré présentait des difficultés de communication en rapport avec la perte auditive et, depuis l'intervention du 8 novembre 2016, des douleurs chroniques dans la région temporale gauche probablement d'origine cicatricielle. En dehors de signes inflammatoires de la sphère oto-rhino-laryngologique en rapport avec un tabagisme, il n'y avait pas d'autre problème.

Dans un rapport du 19 juillet 2019 des Drs C. _____, médecin associé et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. _____, médecin-assistant, consécutif au séjour de l'assuré après du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation du 28 mai au 2 juillet 2019, il a été retenu que l'évolution

était favorable avec une stabilisation médicale attendue dans un délai d'environ trois mois. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles définitives dans toute activité nécessitant le maintien des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules, le port répété de charges supérieures à cinq-dix kilos et le port occasionnel à quinze kilos au maximum. Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, une pleine capacité de travail était attendue de l'assuré dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, celui-ci étant uniquement limité par les troubles auditifs et par des facteurs contextuels (patient non qualifié de cinquante-cinq ans maîtrisant mal le français).

Dans un rapport du 1^{er} août 2019, le Dr T._____, médecin traitant, a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleurs et impotence fonctionnelle de l'épaule gauche et évalué la capacité de travail de l'assuré comme étant nulle depuis lors dans toute activité.

Dans un rapport du 26 novembre 2019, la Dre M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a, en l'absence de traitement chirurgical ou médical susceptible de soulager l'assuré, constaté la stabilisation du cas sur le plan médical. De son point de vue, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle ; en revanche, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant des mouvements répétés et prolongés avec le membre supérieur gauche, pas d'activité nécessitant des mouvements répétés et prolongés avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé supérieures à dix kilos du sol à la taille, supérieures à cinq kilos de la taille aux épaules et supérieures à deux kilos au-dessus des épaules), la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement.

Après avoir soumis le cas au SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité] ; avis du 22 janvier 2020), l'OAI a, par projet de décision du 4 février 2020, fait part à l'assuré de son intention de rejeter

sa demande de prestations, au motif qu'il disposait, au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité excluant le membre supérieur gauche, pas d'activités nécessitant le maintien des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules, pas de port de charges répété supérieures à cinq-dix kilos et port occasionnel de quinze kilos) et qu'il ne présentait pas de préjudice économique.

Le 9 mars 2020, l'assuré, par le biais de son médecin traitant, a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision précité.

Malgré les objections formulées, l'OAI a, par décision du 26 mars 2020, confirmé la teneur de son projet de décision du 4 février 2020.

b) Le 17 janvier 2022, S._____, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI en faisant valoir une aggravation de son état de santé. Il a remis un rapport du 9 décembre 2021 du Prof. I._____, médecin-chef de la Consultation épaule-coude du CHUV, lequel a posé les diagnostics de lésion itérative du sous-scapulaire gauche, chronique, avec involution graisseuse stade IV et de status après arthroscopie de l'épaule gauche avec débridement, tenotomie du long chef du biceps, suture du sous-scapulaire et du sus-épineux, buresctomie sous-acromiale et acromioplastie le 1^{er} mars 2018. Chez un assuré qui présentait un syndrome douloureux chronique, avec des signes de décompensation, en partie d'origine non orthopédique, ce médecin proposait la poursuite d'une prise en charge conservatrice.

A la demande de l'OAI, l'assuré a remis, le 29 avril 2022, les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 2 septembre 2021 du Prof. F._____, spécialiste en radiologie, lequel concluait à une large déchirure transfixiante des deux tiers supérieurs du sous-scapulaire, à un status après réparation du tiers antérieur du tendon supra-épineux, à un status après ténotomie du biceps, à une amyotrophie du muscle sous-scapulaire et à une absence de lésion cartilagineuse ;

- un rapport du 31 mars 2022 du Prof. X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel retenait les diagnostics de re-rupture du tendon sous-scapulaire de l'épaule gauche, de suspicion de syndrome du sillon ulnaire (diagnostic différentiel : suspicion de radiculopathie douloureuse C8 gauche) et de troubles de l'audition, et estimait que l'exercice d'un travail de force était compromis.

Le SMR, dans un avis du 1^{er} juin 2022, a proposé à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et d'interroger le Dr X._____ sur l'évolution de la situation médicale de l'assuré.

A la demande de l'OAI, S._____ a formalisé sa nouvelle demande de prestations en déposant le formulaire *ad hoc* le 4 juillet 2022.

Dans un rapport du 28 juin 2022, la Dre K._____, médecin-assistante à la Clinique Universitaire de [...], a, en réponse à un questionnaire du 1^{er} juin 2022 de l'OAI, évalué l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % dans l'activité habituelle, sans toutefois être en mesure de se prononcer dans une activité adaptée. En annexe à ce rapport, était joint en particulier un rapport du 23 mars 2022 du DrZ._____, spécialiste en radiologie, lequel mettait en évidence, au niveau de l'épaule gauche de l'assuré, une petite omarthrose légèrement croissante, une articulation gléno-humérale régulière, une faible arthrose de l'acromio-claviculaire, une distance acromio-humérale de douze millimètres, une configuration de l'acromion de type II selon Bigliani, une multi-sclérose sous-corticale et un kyste sous-cortical unique au niveau du tubercule majeur dans le cadre d'une tendinopathie d'insertion des tendons rotateurs, sans calcification de la partie supérieure.

Par avis du 23 août 2022, le SMR a, à la lecture du dossier médical, retenu que, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle et que les limitations fonctionnelles présentées au membre supérieur gauche restaient d'actualité. Une capacité de travail dans une activité adaptée semblait envisageable. Au vu de la difficulté à déterminer la prise en charge de

l'assuré depuis le mois de mars 2022, il était suggéré à l'OAI de compléter l'instruction en obtenant les rapports des divers médecins consultés et d'actualiser le dossier de la CNA.

Dans un rapport du 13 septembre 2022, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - de cervico-omo-brachialgie chronique sur discopathie dégénérative pluri-étagée (déjà avant 2021) et de probable lésion du nerf cubital au coude gauche (depuis 2021). Au vu de la longue durée des symptômes et de la profession de l'assuré, la probabilité d'une reprise à 100 % était faible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail pouvait probablement être supérieure à 50 %, avec la précision qu'une réadaptation était susceptible d'être limitée par des facteurs non médicaux (difficulté de la compréhension et de l'expression écrite). En annexe à ce rapport figurait un rapport de consultation du 23 mars 2021 du Dr N._____ qui se terminait comme suit :

Synthèse et conclusion

Ce patient de 55 ans, ancien maçon d'origine portugaise, a été opéré après un accident à l'épaule à gauche pour un problème de déchirure des ligaments en mars 2018. Dès lors, les dysesthésies distales au membre supérieur gauche prenant les doigts 3, 4 et 5 sont apparues d'une manière intermittente. Le patient se plaint également d'une cervicobrachialgie et d'une limitation de la mobilité cervicale.

À l'examen neurologique, on constate des réflexes inhabituellement vifs aux deux membres supérieurs, une légère diminution pour la force au niveau du nerf cubital à gauche, et une diminution de la sensibilité dans les 3 derniers doigts de la main à gauche. La mobilité de la colonne cervicale est restreinte en rotation vers la gauche.

À l'examen électroneurophysiologique, on obtient des résultats parlant pour un syndrome du tunnel carpien bilatéral et également des lésions du nerf cubital au coude des deux côtés, ainsi que des baisses des vitesses de conduction sensitivomotrice, aussi en dehors des passages anatomiques.

Résumé et proposition : les symptômes du patient pourraient correspondre à une lésion sensitivomotrice du nerf cubital au coude à gauche. Par contre, la même atteinte se laisse également détectée à droite où le patient est asymptomatique.

Du fait que les réflexes sont inhabituellement vifs aux deux membres supérieurs et à la colonne cervicale limitée en rotation à

gauche, j'ai demandé une IRM cervicale au centre de radiologie de [...]. Le patient souffre probablement également d'une polyneuropathie.

Le patient a reçu une ordonnance pour une coudière à porter pendant les 3 prochains mois après lesquels un contrôle est prévu.

Dans un rapport du 3 mai 2023, le Centre de psychiatrie et psychothérapie Q._____ a retenu le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, et indiqué que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle en raison de l'état douloureux permanent de son épaule gauche. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, il faisait état d'un pronostic réservé sur le potentiel de réadaptation professionnelle au regard des limitations motrices accentuées, de la non-maîtrise du français, de la symptomatologie dépressive et de l'état douloureux chronique.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 21 juin 2023), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, orthopédie et psychiatrie) à D._____ Sàrl. Dans son rapport du 20 janvier 2024, celui-ci a retenu les diagnostics de syndrome du canal carpien bilatéral, surtout gauche, avec acroparesthésies, sans limitation fonctionnelle en dehors d'une gêne à la flexion des doigts, de rupture de la coiffe de l'épaule droite [recte : gauche], de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques, de Dupuytren gauche, de surdité de transmission bilatérale importante (mastoïdectomie bilatérale sur otite moyenne chronique cholestéatomateuse, appareillé depuis 2005), d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie et d'épigastralgies traitées. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans l'activité habituelle et à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, depuis le mois de mars 2021 dans une activité adaptée.

Dans un avis du 1^{er} février 2024, le SMR a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité et relevé que la seule aggravation dont il pouvait tenir compte était le syndrome du tunnel carpien détecté en mars 2021. Les autres atteintes à la santé étaient déjà connues et impliquaient les mêmes

limitations fonctionnelles que celles mises en évidence lors de la précédente demande de prestations.

Par projet de décision du 7 février 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il présentait, au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de geste répétitif au-delà du plan de l'horizontal, pas de conduite automobile professionnelle ni d'activité en milieu bruyant nécessitant de la communication orale entre collègues [travail en milieu bruyant avec protection auditive et sans communication]), ce qui excluait l'ouverture d'un droit à la rente. Le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert étant donné l'absence de possibilité de réduire le préjudice économique, sous réserve d'une mesure d'aide au placement.

Les 13 mars et 19 juillet 2024, l'assuré, par son représentant, a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision précité, estimant qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de celui-ci, il a produit un rapport d'expertise privée du 13 mai 2024 du Prof. W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un avis du 19 août 2024, le SMR s'est déterminé de la manière suivante sur ledit rapport d'expertise :

Discussion :

Relevons que, malgré les trois erreurs mentionnées ci-dessus par le PrW._____ sur l'épaule atteinte, c'est bien la gauche qui est mentionnée et examinée par les différents experts somaticiens. Une recherche détaillée dans le corps de l'expertise montre que l'épaule gauche est mentionnée correctement à plus de 30 reprises sans compter le résumé des pièces fournies aux experts. Il n'y a donc aucune confusion ni erreur possible chez les experts sur le membre atteint.

Concernant le commentaire sur la physiopathologie du Dup[uy]tren gauche, elle est effectivement erronée dans le commentaire du neurologue. En revanche, les limitations que cette pathologie entraîne ont bien été prises en compte par les experts.

L'hypoacousie existe depuis 2005 et fait l'objet de contrôles réguliers. Elle n'a jamais posé problème dans l'activité professionnelle et nous n'avons aucun élément médical objectif qui puisse nous inciter à instruire ce volet afin de déterminer s'il y a un impact sur la CT [capacité de travail].

L'examen clinique objectif du Pr W. _____ est superposable à celui de l'expert orthopédiste en termes d'amplitudes articulaires et de force au membre supérieur G [gauche] et au rachis. Les diagnostics retenus sont les mêmes. Les LF [limitations fonctionnelles] sont les mêmes. L'appréciation de CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] est la même. Seule l'appréciation de la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] diffère. Dans la mesure où tant les experts que le Pr W. _____ se basent sur les mêmes observations cliniques et paracliniques objectives, nous n'avons donc pas d'arguments médicaux nouveaux ou qui auraient été ignorés par les experts. Cette opposition n'avance pas d'éléments médicaux susceptibles de nous écarter de leurs avis et de modifier notre rapport du 01.02.24.

Par décision du 19 août 2024, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 7 février 2024.

B. a) Par acte du 20 septembre 2024, S. _____, toujours représenté par Me Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant, principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est condamné à allouer à S. _____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, opposant les constatations du Prof. W. _____ au rapport d'expertise pluridisciplinaire de D. _____ Sàrl, respectivement à l'avis SMR du 19 août 2024. Par ailleurs, il soutenait qu'un changement d'activité dans un milieu professionnel inconnu nécessitant l'utilisation d'un ordinateur et des nouvelles technologies, domaines auxquels il n'a pas été familiarisé au vu de sa formation et de son âge, était inexigible de sa part. Enfin, le calcul de son degré d'invalidité était erroné, un abattement de 10 % au moins

devant être opéré sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

b) Dans sa réponse du 27 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il estimait que l'expertise privée du Prof. W. _____ ne l'emportait pas sur celle de D. _____ Sàrl, renvoyant aux explications contenues dans l'avis SMR du 19 août 2024. De plus, la prise en compte d'un abattement de 10 % sur le salaire statistique ne permettrait pas d'atteindre le seuil des 40 % ouvrant droit à la rente d'invalidité. S'agissant de la question de l'exigibilité, il apparaissait que l'assuré n'était pas cantonné à des activités nécessitant l'utilisation d'un ordinateur et des nouvelles technologies, domaines dans lesquels il n'avait effectivement pas été familiarisé, mais pouvait mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif, notamment dans le domaine industriel léger, adapté à ses limitations fonctionnelles.

c) Dans sa réplique du 7 janvier 2025, l'assuré a confirmé ses précédentes conclusions et formellement requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il reprochait en particulier aux experts ainsi qu'à l'OAI de ne pas avoir procédé selon une approche holistique, si bien que ses limitations fonctionnelles auraient été sous-évaluées et ses capacités résiduelles surestimées, ceci en contradiction avec les éléments du dossier.

d) Dans sa duplique du 29 janvier 2025, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions en renvoyant à son écriture du 27 novembre 2024.

e) Une audience de débats publics a eu lieu le 3 novembre 2025, lors de laquelle la partie recourante a été entendue dans ses explications.

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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la nouvelle demande d'octroi d'une rente a été déposée le 17 janvier 2022 par le recourant. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. a) Au moment de la décision du 26 mars 2020, le recourant présentait un status post-réparation d'une rupture accidentelle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, opérée en mars 2018. Souffrant en outre

des séquelles d'une otite chronique opérée des deux côtés (tympoplastie) avec une surdité bilatérale mixte (de degré moyen à sévère à droite et de degré sévère à gauche), le recourant bénéficiait d'un appareillage acoustique binaural depuis 2005. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident en 2018, mais entière depuis l'année suivante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas d'activité nécessitant l'utilisation du membre supérieur gauche ; pas d'activité nécessitant le maintien des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules ; pas de port répété de charges supérieures à cinq-dix kilos ; port occasionnel de charges de quinze kilos).

b) Sur la base de l'ensemble des pièces médicales recueillies en cours de procédure, il sied de mettre en évidence que le recourant présente actuellement, en sus d'une hypoacousie appareillée, des douleurs à l'épaule gauche et au bras gauche. Ainsi, dans son rapport d'arthro-IRM du 2 septembre 2021, le Prof. F. _____ a notamment mis en évidence chez le recourant une large déchirure transfixiante des deux tiers supérieurs du sous-scapulaire et une amyotrophie de ce muscle, le tout sur une épaule déjà opérée au tiers inférieur du tendon supra-épineux et par une ténotomie du biceps. Cette situation a été confirmée par le Prof. I. _____ le 9 décembre 2021, lequel a préconisé une prise en charge conservatrice. Dans son rapport du 23 mars 2022, le Dr Z. _____ a, pour sa part, relevé une petite omarthrose de l'épaule gauche en légère croissance depuis un examen précédent du 31 mai 2019, avec une faible arthrose de l'acromio-claviculaire et une multi-sclérose sous-corticale avec un kyste sous-cortical unique au niveau du tubercule majeur dans le cadre d'une tendinopathie d'insertion des tendons rotateurs. Les médecins de la Clinique Universitaire de [...] ont estimé qu'en raison de l'état déficient de l'épaule gauche, un travail de force n'était plus exigible de la part du recourant (rapport du 31 mars 2022 du Dr X. _____ ; rapport du 28 juin 2022 de la Dre K. _____). Dans son rapport du 30 mai 2023, le Dr G. _____ a, quant à lui, fait part de la nécessité d'obtenir l'avis spécialisé d'un chirurgien rompu aux pathologies de l'épaule s'agissant des répercussions fonctionnelles de cette épaule et sur la capacité de travail. Des rapports des 23 mars 2021 et 13 septembre

2022 du DrN._____ et du rapport d'expertise du 20 janvier 2024 de D._____ Sàrl, il ressort par ailleurs que le recourant souffre également de lombalgies en barre ainsi que de phénomènes de lâchages et de fourmillements aux mains dans le contexte d'un syndrome du canal carpien bilatéral, surtout du côté gauche. Enfin, le recourant fait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie Q._____.

c) Les avis divergent essentiellement sur la question de la capacité de travail que l'on peut exiger du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles entre, d'une part, ceux qui considèrent que la capacité de travail est actuellement de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % (à savoir les experts de D._____ Sàrl [rapport du 20 janvier 2024]), et, d'autre part, celui qui considère qu'elle est désormais nulle (à savoir le Prof. W._____ [rapport du 13 mai 2024]).

d) aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, orthopédie et psychiatrie) établi par D._____ Sàrl remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6b supra). S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les quatre experts de la totalité du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées, relate le status, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs, conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas.

bb) Sur le plan de la médecine interne, la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de surdité de transmission bilatérale importante, d'hypertension artérielle,

d'hypercholestérolémie, de Dupuytren de la main gauche et d'épigastalgies. L'examen clinique en médecine interne était globalement dans la norme chez le recourant dont l'hypertension était traitée par bithérapie, l'hypercholestérolémie par statine et le reflux gastro-œsophagien par inhibiteur de la pompe à protons et dont l'hypoacousie était appareillée et suivie. Malgré ces atteintes, la capacité de travail était entière depuis toujours dans toute activité ne nécessitant pas la conduite automobile professionnelle vu la surdité, ni exercée en milieu bruyant impliquant la communication entre collègues (travail en milieu bruyant avec protection auditive et sans communication possible).

cc) Sur le plan de la neurologie, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de syndrome du canal carpien bilatéral, surtout gauche, avec acroparesthésies, sans limitation fonctionnelle en dehors d'une gêne à la flexion des doigts, et estimé la capacité de travail à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, depuis mars 2021 dans toute activité, en raison des acroparesthésies de la main gauche et des doigts à ressaut dans le contexte d'une tendinopathie des fléchisseurs des doigts. Sur le plan thérapeutique, il convenait de faire réaliser, par un chirurgien de la main, une décompression du nerf médian gauche et un traitement des doigts à ressaut.

dd) Sur le plan de l'orthopédie, la Dre A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de rupture de la coiffe de l'épaule droite [recte : gauche], de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques, de canal carpien de la main gauche et de Dupuytren de la main gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du 12 janvier au 3 juin 2018, de 50 % du 4 juin 2018 au 9 février 2019, puis à nouveau nulle dès le 10 février 2019 ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis le 4 juin 2018. A terme, la pose d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche pourrait être envisagée à titre antalgique et fonctionnel, moyennant le respect des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de cinq kilos, ni de geste répétitif au-delà du plan de l'horizontal).

ee) Sur le plan psychiatrique, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic incapacitant et estimé la capacité de travail comme entière depuis toujours. Au jour de l'examen, seuls des symptômes mineurs avec un « moral un peu bas », fluctuant, et une fatigue, sans critères cardinaux d'un épisode dépressif ou anxieux, étaient constatés (cf. expertise, pp. 64 et 65). Le recourant, dont le suivi psychiatrique s'était interrompu en janvier 2023, ne prenait plus de médicament psychotrope. L'examen des ressources mettait en évidence qu'elles étaient conséquentes (capacité d'adaptation aux règles et routine ; capacité à structurer les tâches ; flexibilité et capacité d'adaptation ; capacité à faire usage de compétences spécifiques ; capacité de jugement et prise de décisions ; capacité d'endurance ; capacité à s'affirmer ; contact envers des tiers efficient ; capacité à évoluer au sein d'un groupe ; capacité à des relations proches ; capacité à avoir des activités spontanées ; hygiène et soins corporels sans particularité ; capacité de déplacement). En l'absence de troubles fonctionnels et d'une éventuelle atteinte spécifique de la personnalité, les principaux écueils étaient constitués par l'absence de formation professionnelle spécifique et les difficultés scapulaires gauches.

e) La situation médicale du recourant a fait l'objet d'une évaluation exhaustive et pluridisciplinaire qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans ce contexte, le rapport du Prof. W._____, ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise de D._____ Sàrl. Il convient de constater que les critiques émises à son encontre n'apparaissent guère décisives, dès lors que les experts n'ont, en réalité, pas ignoré les différentes limitations engendrées par les atteintes à la santé présentées par le recourant. En ce qui concerne plus particulièrement la question de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, le Prof. W._____ se limite à affirmer péremptoirement que celle-ci est désormais nulle, compte tenu du nombre de diagnostics retenus, sans expliquer en quoi le tableau clinique aurait

objectivement un impact majeur sur la capacité du recourant à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

f) La Cour de céans s'estimant suffisamment renseignée en l'état du dossier pour trancher la présente cause, il n'y a pas lieu de compléter le dossier par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (à propos de la notion d'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir considéré qu'il serait en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, respectivement d'avoir retenu qu'il pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur, notamment dans le domaine industriel léger. Au vu des circonstances, il soutient qu'il ne peut pas être exigé de lui qu'il mette en œuvre sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi.

b) En l'occurrence, il n'est pas contestable que le recourant présente un certain nombre de limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de geste répétitif au-delà du plan de l'horizontal, pas de conduite automobile professionnelle ni d'activité en milieu bruyant nécessitant de la communication orale entre collègues). Ces restrictions ne présentent toutefois pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoirs l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités suffisamment légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (voir par exemple, TF 8C_497/2024 du 8 avril 2025 consid. 4.2 ; TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées). Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée du domaine industriel léger apparaît également exigible. Âgé de soixante ans à la date de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un

marché du travail supposé équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; voir également TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2).

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

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

b) aa) En l'occurrence, le recourant ne remet pas en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, mais uniquement l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

bb) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit,

n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

cc) Il se justifie, dans le cas particulier, de procéder à un abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, afin de tenir compte des multiples limitations fonctionnelles présentées par le recourant, étant précisé à cet égard que la diminution de rendement de 20 % est liée uniquement aux troubles touchant les mains du recourant. Un abattement de 10 % semble se justifier dans le cas d'espèce, au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant. Dans ce contexte, il sied de préciser qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 ; ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

dd) Ainsi, compte tenu d'un revenu de valide de 64'418 fr. 30 et d'un revenu d'invalidé, après abattement, de 47'524 fr. 85, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 26 %, ce qui ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

c) Cela étant, il n'y a pas lieu de procéder à une seconde comparaison des revenus afin de tenir compte de l'art. 26^{bis} RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024, dès lors qu'une nouvelle pratique administrative ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 147 V 234 consid. 5.2 et les références citées) et que les conditions fixées dans les dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635) ne sont pas réalisées.

d) Au final, il convient de constater que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la précédente demande de prestations, toutefois pas dans une mesure suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

10. Le recourant requiert pour finir la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport d'expertise du 13 mai 2024 du Prof. W._____.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 9C_533/2023 du 14 novembre 2024 consid. 6.2). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 *in fine* ; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, *in SVR UV n° 24 p. 75*).

b) Contrairement à ce que voudrait le recourant, la mise à la charge de l'office intimé des frais du rapport d'expertise du Prof. W._____ ne se justifie pas en l'espèce. D'une part, les frais d'établissement de ce rapport n'ont pas été chiffrés au cours de la présente procédure de recours et, d'autre part, ledit rapport n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'intimé, si bien que ce rapport n'était pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA.

11. **a)** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour S. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :