

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 - 3 LAI ; 26bis al. 1 - 3 et 29ter RAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1969, marié, est père de deux enfants nés en [...] et [...]. En dernier lieu, il travaillait depuis le mois de janvier 2001 comme manœuvre au service de la société A._____ SA (ci-après : l'employeur).

Le 12 avril 2021, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité. En date du 17 septembre 2020, il s'était bloqué le dos durant son travail sur un chantier en manipulant des sacs de ciment et souffrait depuis lors de « hernie discale, mal au dos, côté droit bloqué (pied et bras) ». Il a déclaré avoir présenté des incapacités de travail totales du 21 septembre 2020 au 18 décembre 2020, puis dès le 15 mars 2021.

Le 27 avril 2021, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré (K._____ Générale Compagnie d'Assurances SA). Il en ressort en particulier un rapport du 21 avril 2021 du DrM._____, médecin praticien et médecin traitant, attestant que l'assuré était atteint de lombalgies invalidantes.

Dans un rapport du 28 avril 2021, l'employeur a indiqué que dans son activité de manœuvre sur les chantiers, l'assuré cassait des murs à la masse (souvent), qu'il manutentionnait du matériel (souvent), qu'il portait des charges (parfois), qu'il piquait au marteau-piqueur (parfois) et qu'il se déplaçait à plat/dans les escaliers (souvent). A compter du 1^{er} janvier 2021, le salaire mensuel de l'intéressé était de 5'700 francs.

Le 17 mai 2021, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'employeur de l'assuré (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]). Il en ressort notamment un rapport d'infiltration de la colonne lombaire sous scanner du 3 novembre 2020 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie, relatif à

une infiltration dans l'espace épidural en L4-L5 d'une ampoule de Mephamesone et à une infiltration interfacettaire postérieure droite en L4-L5 et L3-L4 respectivement d'une ampoule de Dépo-Médrol et de deux centimètres cubes de Bupivacaïne sous guidage scanographique, sans complication.

Dans un rapport initial LAA non daté, le Dr G._____, médecin praticien ayant prodigué les premiers soins à l'assuré le 18 septembre 2020, a diagnostiqué une lombalgie avec hernie discale.

Dans un rapport du 13 janvier 2022, le Dr M._____ a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies invalidantes avec hernie discale (2020), d'apnées du sommeil (2021) et d'insuffisance respiratoire hypoxémique post Covid (2021). Le médecin traitant a retenu une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle depuis mars 2021 de même que dans une activité adaptée à compter de novembre 2021.

Le 27 janvier 2022, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur perte de gain. Il en ressort en particulier les pièces médicales suivantes :

- des comptes rendus opératoires des 7 avril et 26 mai 2021 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concernant des infiltrations de l'articulation sacro-iliaque droite et inter facettaires réalisées auprès du Centre neuro-orthopédique à la Clinique de J._____, sans complication ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire de la Dre O._____, spécialiste en radiologie, montrant chez l'assuré un rétrécissement des trous de conjugaison en L5-S1 bilatéral à prédominance gauche avec probable conflit L5 gauche, sans exclure un conflit à droite, et un rétrécissement modéré également en L4-L5 gauche, avec persistance néanmoins de la graisse autour des racines. Il n'était pas détecté de liquide sur les images effectuées au niveau du petit bassin ;

- un rapport du 23 novembre 2021 du Dr Y._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne, qui a attesté d'un séjour effectué par l'assuré du 27 septembre au 17 octobre 2021 auprès du Service de pneumologie à l'Hôpital de S._____ en raison d'une pneumonie organisée post pneumonie à SARS-CoV-2 traitée par Prednisone ;

- des rapports de consultations des 8 juillet et 3 décembre 2021 du Dr F._____ qui, dans le second document, a fait part d'une situation peu satisfaisante et en aggravation relative par rapport au dernier contrôle, sans toutefois relever la nécessité d'entreprendre de nouvelles investigations. Au vu des épreuves traversées par l'assuré en conséquence de son infection au Covid et du long alitement qui avaient provoqué un déconditionnement ultérieur ainsi que des difficultés respiratoires de l'intéressé qui présentait une assez grande labilité émotionnelle, une réadaptation musculosquelettique intensive n'était pas d'actualité ; il convenait au préalable de régler ses problèmes respiratoires avant de songer à d'autres traitements ; des exercices de condition physique, de même qu'une surveillance attentive du poids corporel, étaient toutefois vivement conseillés.

Dans un rapport du 16 février 2022, le Dr C._____, spécialiste en pneumologie, a indiqué que l'assuré avait totalement récupéré sur le plan respiratoire depuis son infection au Covid, avec une absence de limitation fonctionnelle sur ce plan.

Dans un rapport du 18 juillet 2022 adressé à l'OAI, le Dr M._____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies chroniques et a confirmé sa précédente évaluation de la capacité de travail. Ce médecin a également fait part d'une insuffisance respiratoire ajoutée aux problèmes articulaires de l'assuré.

Dans un rapport du 10 mai 2023, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a fait part d'un bilan fonctionnel pneumologique normal avec une possible composante asthmatique chez

un patient atteint d'une obésité morbide (BMI [Body Mass Index] à 45 kg/m²).

Dans un rapport du 23 mai 2023 consécutif à un CT-thorax du 19 mai 2023, la Dre U._____, spécialiste en radiologie, a conclu chez l'assuré à une atteinte parenchymateuse pulmonaire bilatérale, sous forme d'aspect en verre dépoli diffus de gradient apico-basal, d'une majoration de l'interstice pulmonaire et des zones de piégeage, touchant notamment les apex pulmonaires. En comparaison avec une imagerie du 25 janvier 2021, cette atteinte pleuro-parenchymateuse était en diminution. L'examen n'était pas optimal en raison de la difficulté de l'assuré à l'effectuer correctement en *expirium*.

Dans un rapport du 7 juin 2023, le Dr I._____ a décelé, à un test de provocation à la Méthacholine du 23 mai 2023, une hyperréactivité bronchique et a confirmé que l'assuré souffrait d'un asthme bronchique. Il lui a prescrit un traitement à base de Vannair 200/6 avec deux inhalations deux fois par jour, plus en réserve selon le schéma SMART, à utiliser avec une chambre d'inhalation.

Dans un rapport du 26 juin 2023, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 14 mars 2023 à une fréquence mensuelle, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation (F43.2). Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ce médecin a mentionné un pronostic réservé et indiqué que le potentiel de réadaptation était très limité en raison des « plaintes somatiques importante[s] ». Concernant la description des limitations fonctionnelles, le Dr B._____ renvoyait auprès du médecin traitant.

Dans un rapport du 19 juillet 2023, le Dr I._____ a indiqué que, du point de vue strictement pneumologique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire de type travail de bureau, sans port de charges lourdes, ni marche prolongée. Il devait éviter

toute profession qui comportait une exposition aux irritants respiratoires et aux intempéries.

Le 12 septembre 2023, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent, indiquant avoir besoin d'aide pour accomplir les actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il annonçait encore avoir besoin d'une surveillance personnelle, car il ne pouvait pas rester seul la nuit, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport du 23 octobre 2023, le Dr I. _____ a, sur la base de sa consultation du 21 septembre 2023, constaté un bilan fonctionnel pneumologique dans les limites de la norme et a proposé la poursuite du traitement en cours. Selon ce pneumologue, il était souhaitable pour l'assuré de perdre du poids et de reprendre une activité physique régulière si ses douleurs articulaires multiples le permettaient.

Dans ce cadre, l'OAI a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré auprès du W. _____ SA de [...]. Dans leur rapport du 15 janvier 2024, les Drs P. _____, spécialiste en pneumologie, H. _____, spécialiste en médecine interne, X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D. _____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics de syndrome post-Covid (respiration dysfonctionnelle avec tendance à l'hyperventilation) (U09.9), de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, appareillé (G47.3), de tachycardie (R00.0), de douleurs lombaires sans conflit disco-radulaire, sur arthrose postérieure (M54.5), d'obésité morbide (E66.9), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'anxiété généralisée (F41.1). Ils ont conclu à une capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle depuis le 18 septembre 2020 (avec une période de capacité de travail temporaire du 1^{er} janvier 2021 au 14 mars 2021), puis à nouveau nulle depuis le 15 mars 2021. Ils ont estimé la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée comme nulle du 1^{er} septembre 2021 au 16 février 2022, de 50 % du 17 février 2022 au

10 mai 2023, puis de 100 % depuis le 11 mai 2023. Les limitations fonctionnelles d'origine rhumatologique et pneumologique étaient les efforts physiques et le stress susceptibles de déclencher des crises d'hyperventilation ainsi que l'exposition aux irritants respiratoires, les efforts de soulèvement au-delà de cinq kilos à partir du sol, le porte-à-faux du buste et le port de charges proche du corps limité à dix kilos.

Par décision du 16 mai 2024, confirmant un projet de décision du 19 février 2024, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré.

Saisie d'un recours de l'assuré du 17 juin 2024 contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a enregistré sous le numéro de cause AI 177/24.

Par projet de décision du 1^{er} novembre 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité s'élevant à 58 % d'une rente entière du 1^{er} mars 2022 au 31 août 2023, ensuite de quoi son préjudice économique s'élevait à 10 %, puis dès le 1^{er} janvier 2024 à 15 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité et octroyer des mesures de réadaptation professionnelle.

Par communication séparée du 1^{er} novembre 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, en l'invitant à prendre connaissance de la vidéo explicative concernant cette mesure et, à l'issue de ce visionnage, à compléter et retourner le document signé dans un délai de trente jours, à défaut de quoi l'OAI mettrait un terme à la mesure d'aide au placement proposée. Aucune suite utile n'a été donnée à cette communication.

L'assuré a présenté ses objections à l'encontre du projet de décision du 1^{er} novembre 2024 par courrier de son avocat du 9 décembre 2024, complété le 27 janvier 2025, et a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 11 décembre 2024 adressé au fils cadet de l'assuré, dans lequel le Dr I. _____ a notamment écrit ce qui suit [sic] :

“[...] Dans les différents courriers que j'ai adressés aux médecins de l'Assurance-invalidité, je les ai informés que votre père souffre de séquelles pulmonaires liées à l'infection à SARS-CoV-2 et à une pneumonie organisante secondaire. Je les ai informés qu'il souffre aussi d'un asthme bronchique suggéré par une hyperréactivité bronchique décelée au test de provocation à la Méthacholine, ceci malgré une mécanique respiratoire normale. Son obésité, son relatif déconditionnement et respiratoire dysfonctionnelle participent à l'intense dyspnée dont il se plaint. Du point de vue strictement pneumologique, je retiens que votre père ne puisse exercer qu'une activité professionnelle uniquement sédentaire, sans port de charges lourdes et qu'il ne doit pas être exposé à des irritants respiratoires et aux intempéries.

J'ai fait la connaissance de votre père la première fois le 05.05.2023. Je ne peux malheureusement pas me prononcer par rapport aux années précédentes. Je vous laisse le soin de discuter avec l'avocat afin d'évaluer si les périodes d'incapacité de travail peuvent être contestées. [...]” ;

- un rapport du 8 janvier 2025 adressé au Prof. B. _____ par la Dre Z. _____, spécialiste en anesthésiologie, auquel était joint un rapport CT thoraco-abdominal du 10 décembre 2024 du Dr N. _____, spécialiste en radiologie. La Dre Z. _____ a écrit ce qui suit [sic] :

“Je souhaite solliciter une hospitalisation pour Monsieur E. _____. Ce séjour serait à visée d'investigations pour un patient qui développe un syndrome douloureux chronique diffus secondaire. Travaillant sur les chantiers, Monsieur E. _____ est une sorte de force de la nature qui n'a jamais été malade jusqu'au moment où il a été atteint du Covid nécessitant une hospitalisation et une intubation.

La situation est inquiétante avec une impossibilité de reprise professionnelle si bien que son médecin traitant nous l'a adressé pour la prise en charge de lombosciatalgies non déficitaires qui ne répondent pas au traitement conservateur.

Depuis cette infection Covid, un diagnostic de stress post-traumatique est probablement à mettre en lien avec la situation persistante. Parmi les comorbidités Monsieur E. _____ a un syndrome d'apnée obstructive du sommeil sous CPAP [*Continuous Positive Airway Pressure*], une hypertension artérielle ainsi qu'un BMI [*Body Mass Index*] à 46. Le patient a également un suivi auprès d'un psychiatre, le Docteur B. _____.

Un dernier scanner montre aussi une pneumopathie en augmentation pour cela une évaluation pneumologique est prévue auprès du Dr I. _____. Une demande AI n'a pas encore été faite d'après le patient.

Cela fait maintenant plus d'une année qu'il est suivi dans notre institut et j'avoue que je rencontre beaucoup de difficultés à soulager ce patient.

Le diagnostic est un syndrome douloureux chronique lombaire non déficitaire d'allure musculosquelettique sur déconditionnement et une discopathie lombaire pour lesquels il a bénéficié de plusieurs infiltrations sacro-iliaques, facettaires lombaires, de la jonction thoracolombaire ainsi qu'une péridurale qui sont restées sans effet. Je vais encore effectuer une transformainale L5 droite pour écarter l'irritation radiculaire sur sa discopathie.

J'ai effectué des perfusions de lidocaïne en intraveineuse qui ont eu un effet modéré puis introduit des perfusions de kétamine qui ont un effet modeste de réduction antalgique pendant 5 jours.

Sur le plan des traitements médicamenteux, le Lyrica, le Saroten 50 mg, le Sirdalud, les patchs de Fentanyl et le Tramadol n'ont eu que peu d'effets. L'usage d'un TENS semble apporter un léger bénéfice.

Nous nous retrouvons face à un problème de syndrome douloureux chronique diffus secondaire avec certainement un phénomène nociplastique.

Monsieur E. _____ a un important déconditionnement présent maintenant depuis 2021 pour lequel j'ai demandé une évaluation au Docteur XX. _____ qui n'a proposé qu'une réadaptation comme autre alternative.

Suite à la discussion que j'ai eu ce jour avec son médecin traitant, je me permets de solliciter une évaluation dans votre service ; en effet, il me semble que vous avez des évaluations multimodales pour des douloureux chroniques. Dans l'attente d'une prise en charge de votre part, son médecin traitant va faire une demande de réadaptation à [...]. Je profite aussi de faire pour le suivi COVID long également au [...] car le suivi ne semble pas avoir été maintenu malgré le fort impact qu'a eu son hospitalisation."

Dans un avis médical du 3 mars 2025, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a fait le point de situation final de la manière suivante :

“Conclusion

Il n'est pas apporté d'éléments médicaux nouveaux non pris en compte lors de la mesure expertale.

Le changement de jurisprudence concernant l'obésité ne change rien à notre évaluation, puisque cette dernière a déjà été prise en compte dans l'analyse consensuelle et la définition des limitations fonctionnelles, comme l'ensemble des autres atteintes que présente notre assuré."

Par décision du 2 mai 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2024.

B. Par acte du 4 juin 2025, E._____, représenté par Me Jeton Kryeziu, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée depuis le 1^{er} janvier 2023 et que dès cette date, toutes les prestations d'assurance-invalidité reconnues sont versées avec intérêt à 5 % l'an en sus. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a contesté bénéficier d'une capacité de travail résiduelle. Ce faisant, il a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du W._____ en lui opposant les avis divergents de ses médecins figurant au dossier. S'agissant du versant économique, le recourant a contesté être en mesure de mettre en valeur sur le marché équilibré du travail une éventuelle capacité de travail résiduelle. Il a invoqué son état de santé défaillant, son âge, son absence de formation et son manque d'expérience professionnelle, ainsi que sa mauvaise maîtrise de la langue française. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis, si nécessaire, une nouvelle expertise médicale judiciaire. Sous bordereau de pièces joint à son mémoire de recours, il a notamment produit :

- un rapport du 17 juin 2024 du Dr M._____ rédigé en ces termes :

“Je soussigné Dr M._____ certifie que le patient cité en marge est actuellement dans l'incapacité de travailler dans son poste habituel mais aussi dans tout autre poste adapté. Il présente en effet des lombalgies invalidantes infiltrées à de nombreuses reprises, hélas sans succès. Il lui est totalement impossible de porter des charges de plus de 5 kilos, et sa formation limite fortement un reclassement professionnel. Pour rappel, ses antécédents:

[...]

Agoraphobie

Insuffisance respiratoire hypoxémique sur pneumopathie Covid (2021)

HTA [hypertension artérielle]

Obésité morbide

Tabac O

Alcool O

Allergie O

Profesion : Bâtiment.” ;

- un rapport du 25 février 2025 d'une consultation du 17 février 2025 pour le suivi du Covid long auprès du Centre universitaire de médecine générale et santé publique ZZ. _____ dont il ne ressort pas de nouveaux diagnostics, ni de traitements proposés ;
- un certificat du 26 mai 2025 du Dr M. _____ selon lequel en raison d'une aggravation de son état de santé, le recourant était incapable de travailler. Le médecin traitant demandait à l'OAI de réexaminer sa position en prenant en charge le cas.

Dans sa réponse du 7 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis médical SMR du 16 juin 2025, auquel il se ralliait, constatant que les pièces médicales produites par le recourant n'apportaient pas de nouveaux éléments objectifs susceptibles de modifier les conclusions médicales basées sur l'expertise pluridisciplinaire du W. _____.

Par arrêt de ce jour dans la cause AI 177/24, la Cour de céans a rejeté le recours formé contre la décision du 16 mai 2024 de l'office intimé refusant d'allouer une allocation pour impotent au recourant.

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 entière d'invalidité non limitée dans le temps.

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

b) En l'occurrence, la décision octroie une rente d'invalidité temporaire de 58 % à l'assuré du 1^{er} mars 2022 au 31 août 2023. De son côté, le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité uniquement à partir du 1^{er} janvier 2023. En conséquence, il n'est pas contesté par les parties que le recourant ne peut pas prétendre à une rente d'invalidité pour une période antérieure à l'année 2022. 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). A teneur de l'art. 29^{ter} RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Ce délai ne sera toutefois pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (VALTERIO, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 15 *ad* art. 28 LAI et la référence citée, p. 391).

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, les quotités de la rente sont les suivantes lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 % :

Taux d'invalidité	Quotité de la rente
49 %	47,5 %

48 %	45 %
47 %	42,5 %
46 %	40 %
45 %	37,5 %
44 %	35 %
43 %	32,5 %
42 %	30 %
41 %	27,5 %
40 %	25 %

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue,

avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

e) 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).

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 (cf. pour le nouveau droit l'art. 26 al. 1, première phrase, RAI), 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). Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 pour l'ancien droit ; art. 26 al. 4 RAI pour le nouveau droit en lien avec l'art. 25 al. 3 RAI).

bb) Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (ATF 143 V 295 consid. 2.2 pour l'ancien droit ; art. 26^{bis} al. 1 RAI pour le nouveau droit).

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec

invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques (art. 26^{bis} al. 1 et 2 RAI pour le nouveau droit).

cc) Les valeurs statistiques utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe ; elles sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 pour l'ancien droit ; art. 25 al. 3, troisième phrase, et al. 4 RAI pour le nouveau droit). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

dd) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

ee) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

5. a) 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) 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 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. S'agissant de l'obésité, dans un ATF 151 V 66 consid. 5, le Tribunal fédéral est revenu sur sa jurisprudence antérieure en vertu de laquelle cette maladie n'entraînait en principe pas d'invalidité donnant droit à une rente si elle ne causait pas de dommages physiques ou psychiques et n'était pas la conséquence de tels dommages ; si ces conditions n'étaient pas remplies, elle devait néanmoins être considérée comme invalidante, compte tenu des circonstances particulières du cas d'espèce, si elle ne pouvait être réduite, ni par un traitement approprié ni par une perte de poids raisonnable, à un niveau tel que le surpoids, associé à d'éventuelles séquelles, n'entraînait pas d'atteinte permanente ou prolongée. Dorénavant, comme pour toute atteinte à la santé physique, il convient d'examiner au cas par cas si et dans quelle mesure l'obésité et le déconditionnement physique qu'elle engendre impactent la capacité de travail et, cas échéant, si l'assuré peut réduire le dommage (par exemple par un traitement ou de l'activité physique).

8. **a)** En l'espèce, l'OAI a fondé sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du W._____ du 15 janvier 2024

laquelle comportait des volets en pneumologie, en médecine interne générale, en psychiatrie et en rhumatologie. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de syndrome post-Covid (respiration dysfonctionnelle avec tendance à l'hyperventilation) (U09.9), de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, appareillé (G47.3), de tachycardie (R00.0), de douleurs lombaires sans conflit discolaire, sur arthrose postérieure (M54.5), d'obésité morbide (E66.9), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'anxiété généralisée (F41.1). Ils ont estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 18 septembre 2020 (sous réserve d'une période de capacité de travail temporaire entre janvier et mars 2021), d'une capacité de travail nulle dans toute activité du 1^{er} septembre 2021 au 16 février 2022, d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du 17 février 2022 au 10 mai 2023, puis d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (d'ordre rhumatologique et pneumologique), à savoir excluant les efforts physiques et le stress susceptibles de déclencher des crises d'hyperventilation ainsi que l'exposition aux irritants respiratoires, les efforts de soulèvement au-delà de cinq kilos à partir du sol, le porte-à-faux du buste et le port de charges proche du corps limité à dix kilos. Le recourant conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire. Il estime que les atteintes dont il souffre l'empêchent d'exercer toute activité lucrative.

b) Il sied en premier lieu de relever que, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5c supra). Les experts se sont entretenus les 10 et 15 novembre 2023 avec l'assuré et ont eu accès à son dossier médical complet qui a été résumé. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et asséurologique déterminant, examine les plaintes exprimées par le recourant, relate le status avec également la description d'une journée-type, de même qu'il rend compte des observations cliniques. En outre, l'évaluation consensuelle fait une synthèse des constatations des

différents spécialistes et répond de manière ciblée aux questions de l'administration.

c) S'agissant du volet en pneumologie de l'expertise, après s'être entretenu avec les Drs M._____ et I._____, l'expert du W._____ (le Dr P._____) a retenu que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était nulle depuis le 1^{er} septembre 2021, en raison de l'insuffisance respiratoire occasionnée par la pneumonie liée au Covid, puis par la tendance à l'hyperventilation qui se manifeste au moindre effort. Dans une activité adaptée, l'expert a cependant estimé que la capacité de travail était nulle du 1^{er} septembre 2021 au 16 février 2022, de 50 % du 17 février 2022 au 10 mai 2023 et entière depuis lors. L'expert a retenu ces dates en se fondant sur le rapport du DrC._____ du 16 février 2022 qui indiquait que le recourant avait totalement récupéré sur le plan respiratoire depuis son infection au Covid, ainsi que sur le rapport du Dr I._____ du 10 mai 2023 qui faisait état d'un bilan fonctionnel pneumologique normal avec une possible composante asthmatique chez un patient atteint d'une obésité morbide. L'expert a retenu les diagnostics de syndrome post-Covid (respiration dysfonctionnelle avec tendance à l'hyperventilation), de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, appareillé, de tachycardie et d'obésité classe III, ce qui correspond aux constatations faites par le Dr I._____, pneumologue traitant. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert (à savoir, la tendance à l'hyperventilation déclenchée par les efforts physiques et par le stress, ainsi que l'exposition à des irritants respiratoires) sont, pour l'essentiel, superposables aux restrictions évoquées par le Dr I._____, lequel a indiqué, en dernier lieu dans son rapport du 11 décembre 2024, que l'assuré ne pouvait exercer qu'une activité professionnelle exclusivement sédentaire, sans port de charges lourdes, et qu'il ne devait pas être exposé à des irritants respiratoires ou aux intempéries.

A l'appui de son recours, le recourant fait valoir, en se fondant sur le rapport d'ZZ._____ du 25 février 2025, qu'il est constamment essoufflé et qu'il ne peut dès lors plus travailler « cela quel que soit ladite

activité, respectivement aussi adaptée soit-elle ». Or ce rapport de consultation, qui a trait uniquement au suivi du Covid long, ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, contrairement au rapport précité du Dr I. _____ qui reconnaît une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au vu de son contenu, le rapport d'ZZ. _____ est insuffisant pour instiller un doute quelconque sur le volet de pneumologie de l'expertise du W. _____, étant rappelé que parmi les limitations fonctionnelles retenues figurent les efforts physiques, ceci afin d'éviter que le recourant ne s'essouffle dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée.

d) S'agissant du volet de médecine interne de l'expertise, l'expert du W. _____ (le Dr H. _____) a retenu comme diagnostics non incapacitants une obésité morbide (classe III) et une hypertension artérielle traitée. S'agissant de l'obésité, l'expert relève qu'une importante diminution du poids serait « très souhaitable », mais qu'elle resterait sans effet significatif sur la capacité de travail. Ces diagnostics sont corroborés par plusieurs rapports médicaux et ne sont pas contestés. En revanche, le recourant soutient que son obésité serait une maladie chronique incapacitante. Force est cependant de constater que le caractère invalidant de son obésité en tant que telle n'est étayé par aucune pièce au dossier. Au contraire, alors que la prise de poids remonte à l'année 2015, le recourant a été en mesure de poursuivre normalement l'exercice de son activité habituelle de manœuvre sur les chantiers jusqu'à son accident le 17 septembre 2020. Pour le reste, les experts ont admis que l'obésité de classe III participe à aggraver les atteintes respiratoires (cf. évaluation interdisciplinaire de l'expertise, p. 4) et il en a été tenu compte pour fixer les limitations fonctionnelles rhumatologiques (cf. volet rhumatologique de l'expertise, p. 36). Une telle manière de procéder est corroborée par le Dr I. _____ qui, dans son rapport du 23 octobre 2023, retient que l'obésité participe à la limitation à l'effort.

e) Concernant le volet de psychiatrie, l'expert du W. _____ (le Dr X. _____) a, quant à lui, posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'anxiété généralisée. Ce

faisant, il a relevé qu'il n'était pas en mesure de retenir d'incapacité de travail dans sa spécialité médicale chez un expertisé dont le principal problème était l'hyperventilation en partie provoquée par lui-même, l'anxiété étant secondaire à l'hyperventilation. Selon ses propres constatations cliniques, il a également indiqué que le trouble somatoforme est d'un degré plutôt minimal, la difficulté principale étant l'anxiété qui est intriquée avec l'hyperventilation chez un expertisé démonstratif. En l'absence d'une autre maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité, il ne pouvait pas retenir des limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. Il convient de constater que le dossier constitué par l'OAI ne contient pas de rapport psychiatrique détaillé, les diagnostics d'anxiété épisodique paroxystique et de trouble de l'adaptation retenus, respectivement dans le rapport de sortie de l'Hôpital de S. _____ du 23 novembre 2021 et dans le rapport du Dr B. _____ du 26 juin 2023, n'étant nullement étayés sur la base d'éléments médicaux objectifs et ne se prononçant pas sur la capacité de travail du recourant. Quant au diagnostic d'agoraphobie posé par le Dr M. _____, dans son rapport du 17 juin 2024, celui-ci n'est également pas motivé par des éléments médicaux objectifs et ne saurait dès lors être pris en compte.

A l'appui de son recours, le recourant se prévaut du rapport d'ZZ. _____ du 25 février 2025 dont il ressort que, lors de la consultation du 17 février 2025, le recourant a pleuré plusieurs fois, qu'il se sent déprimé, qu'il pense à mettre fin à sa vie, mais qu'il ne fait pas de plans concrets et nie vouloir le faire. C'est le lieu de rappeler qu'au jour de l'expertise, le recourant s'était plaint d'une tristesse fluctuante avec parfois des pensées noires, mais sans aucune tentative de suicide, ni hospitalisation en milieu psychiatrique. Au vu du caractère très démonstratif, plaintif et parfois théâtral de celui-ci, relevé par l'ensemble des experts du W. _____, ces éléments n'ont pas été confirmés par l'expert psychiatre, lequel a retenu, sur le registre dépressif, une tristesse fluctuante, l'absence d'humeur dépressive et de signes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'infériorité, une tendance à la dévalorisation et un sentiment d'inutilité. Si l'élan vital est

relativement perturbé, il n'existe toutefois pas d'idées noires, ni de tentatives de suicide ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique, mais la présence de troubles du sommeil liés aux douleurs selon les dires de l'intéressé. L'expert a par ailleurs relevé que le recourant était suivi alors de manière irrégulière depuis un an par le Dr B._____, mais ne s'était pas vu prescrire de médication psychotrope. Partant, les éléments invoqués - qui se fondent exclusivement sur les déclarations du recourant effectuées durant un unique entretien de consultation pour le suivi du Covid - ne sont pas suffisants à eux seuls pour remettre en cause le bien-fondé du volet psychiatrique de l'expertise du W._____.

f) Pour ce qui concerne le volet rhumatologique de l'expertise, il convient de souligner que l'expert du W._____ (le Dr D._____) a relevé une grande incohérence entre l'importance des plaintes de l'expertisé et les constatations cliniques et radiologiques ne montrant finalement aucun signe de compression disco-radriculaire mais une simple arthrose postérieure, infiltrée sans succès. Il a noté que les douleurs sont très fortement ressenties alors que le traitement antalgique est plutôt pauvre. Sur la base de ses constatations cliniques, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de douleurs lombaires sans aucun conflit disco-radriculaire, avec normalité de l'examen neurologique, sur arthrose postérieure et d'obésité morbide. Ces diagnostics ne sont pas remis en cause par le recourant et sont corroborés par les pièces au dossier (rapport du Dr M._____ des 13 janvier 2022, 18 juillet 2022 et 27 novembre 2022, rapport d'IRM du 15 juillet 2022 du Dr L._____, spécialiste en radiologie à la Clinique de [...]). Si la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle depuis le 18 septembre 2020, sous réserve de la période du 1^{er} janvier au 14 mars 2021 au cours de laquelle le recourant a repris sa profession à 100 %, selon l'expert, il dispose en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement au-delà de cinq kilos à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste et port de charge proche du corps limité à dix kilos.

L'expert a souligné que l'expertisé se montrait extrêmement démonstratif et que si les limitations fonctionnelles annoncées paraissaient uniformes, elles n'étaient pas du tout cohérentes avec les diagnostics rhumatologiques posés. La capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues sous l'angle rhumatologique ne sont pas remises en cause par les rapports figurant au dossier constitué par l'OAI. Les médecins consultés estiment que ce sont avant tout les atteintes pneumologiques qui limitent le rendement produit par le recourant (rapport du 3 décembre 2021 du Dr F._____, rapports du Dr M._____ des 13 janvier 2022 et 18 juillet 2022, rapports du Dr I._____ des 23 octobre 2023 et 11 décembre 2024).

Dans le rapport d'ZZ._____ du 25 février 2025, il est certes fait mention d'une prise en charge de l'intéressé pour les douleurs qu'il ressent. Il apparaît cependant qu'aucun diagnostic n'est retenu en sorte que ces douleurs ne sont pas objectivées sur le plan médical. Ces douleurs reposent ainsi exclusivement sur les plaintes exprimées par le recourant. Il s'en suit que ce rapport de consultation n'apporte donc aucun nouvel élément en comparaison de l'expertise W._____.

Quant au rapport du 17 juin 2024 du Dr M._____ dont se prévaut également le recourant et qui retient une capacité de travail nulle de celui-ci dans toute activité, ce rapport est dépourvu de toute motivation, si bien qu'à son tour il n'apporte aucun élément susceptible d'ébranler le bien-fondé du volet rhumatologique du rapport d'expertise pluridisciplinaire figurant au dossier.

g) Compte tenu de ce qui précède, l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du W._____ du 15 janvier 2024, qui a pleine valeur probante, pour rendre sa décision.

h) Le recourant remet en cause l'indépendance du centre W._____ vis-à-vis de l'OAI, mais sans toutefois avancer de motifs concrets à l'appui de ce grief. Sous l'angle du lien de dépendance économique dont il se prévaut, il est constant que le fait qu'un expert,

médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 148 V 225 consid. 3.5 et les références). Aussi, le nombre de mandats d'expertise confiés par l'office AI intimé au W. _____ ou les paiements obtenus par ce centre d'expertises médicales de la part de l'OAI ne sont pas de nature à justifier, en tant que tels, la mise à néant de l'expertise. Aucun élément du rapport d'expertise ou du dossier ne laisse entrevoir un manque d'impartialité découlant des éléments tels qu'allégués par le recourant. Au contraire, il apparaît que les experts se sont prononcés de manière motivée et détaillée en tenant compte de l'ensemble de la situation médicale, raison pour laquelle une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise du W. _____.

Reste à examiner les prestations auxquelles le recourant peut prétendre sur cette base.

9. Le recourant s'est trouvé en incapacité de travail dans son activité habituelle du 18 septembre au 31 décembre 2020. Il a ensuite retrouvé une capacité de travail temporaire du 1^{er} janvier au 14 mars 2021 au cours de laquelle il a repris sa profession à 100 % avant d'être à nouveau en incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 15 mars 2021. Dans la mesure où le recourant a retrouvé durant plus de trente jours consécutifs une capacité de travail entière (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et 29^{ter} LAI), l'OAI a, à juste titre, considéré que le délai d'attente d'un an débutait en mars 2021, partant que le droit à la rente était ouvert dès le mois de mars 2022. Ce point n'est pas remis en cause par le recourant.

10. a) En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, le recourant ne revient pas sur la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité, ni sur les chiffres retenus à titre de revenus avec et sans invalidité qui peuvent être confirmés. En revanche, il estime qu'il est illusoire de retenir qu'il pourrait retrouver un emploi et

qu'il existe une activité adaptée à sa situation personnelle sur un marché du travail équilibré.

b) 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_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

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_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

c) En l'occurrence, l'OAI a retenu que le recourant pourrait mettre à profit sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (par exemple montage, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou comme ouvrier dans le conditionnement). Il a ainsi calculé son préjudice économique en se fondant sur les statistiques de l'ESS 2020 (TA1_skill_level, homme niveau de compétence 1), indexées à l'année 2022, respectivement 2023, étant précisé que l'OAI a appliqué, sur le revenu avec invalidité pour la période allant du 1^{er} mars 2022 au 31 août 2023, un abattement de 10 % compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 50 %, dès le 1^{er} septembre 2023, un abattement de 5 % afin de tenir compte de l'âge de l'assuré susceptible d'engendrer un désavantage salarial et, dès le 1^{er} janvier 2024, la déduction légale de 10 % en vigueur depuis lors. Un tel procédé n'apparaît pas critiquable et le recourant ne prétend pas avoir droit à des abattements supplémentaires à ceux appliqués par l'office intimé.

Dans ce contexte, l'argument du recourant selon lequel il serait irréaliste qu'il retrouve un emploi vu son âge, sa mauvaise maîtrise de la langue française et son manque d'expérience professionnelle doit être rejeté. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Il ne s'agit ainsi pas d'apprécier si un employeur est effectivement disposé à confier un travail au recourant, mais uniquement d'apprécier si, compte tenu de son état de santé, ce dernier est à même d'exercer une activité déterminée (MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, n° 65 *ad art.* 28a LAI).

11. **a)** Cela étant, il reste encore à examiner l'éventuel besoin du recourant à bénéficier de mesures de réadaptation pour lui permettre de

mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique reconnue (cf. consid. 8 supra).

b) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et les références citées).

La jurisprudence considère qu'il existe cependant des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (ATF 148 V 321 consid. 7.1.2 ; TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références citées). Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2 et les références citées). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement

professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (ATF 145 V 209 consid. 5.1 et 5.4 ; TF 9C_291/2023 *ibidem* et les références citées). Pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint, il convient de se fonder sur le prononcé de la décision, même en cas d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et avec effet rétroactif (ATF 148 V 321 consid. 7.3.2).

c) En l'occurrence, le recourant, né le [...] 1969, était âgé de plus de 55 ans au moment de la décision du 2 mai 2025 lui octroyant une rente d'invalidité de durée limitée dans le temps. Au vu des principes développés ci-avant, il appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre une réadaptation par eux-mêmes pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. Le recourant a donc théoriquement droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. Toutefois, il convient de constater qu'en raison de sa pleine capacité de travail médico-théorique, de son absence de formation, de sa mauvaise maîtrise du français et de son âge, les mesures de réadaptation susceptibles d'entrer en ligne de compte se limitent concrètement à celles pouvant être octroyées dans le cadre de l'aide au placement. Or le 1^{er} novembre 2024, l'office intimé a communiqué au recourant la possibilité qui lui était offerte de bénéficier d'une aide au placement, sur demande écrite et motivée, mais ce dernier n'y a pas donné suite.

12. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'apparaît donc pas nécessaire de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

13. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 2 mai 2025 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 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 2 mai 2025 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 E._____.
- 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 Jeton Kryeziu (pour E. _____),
- 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 :