

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 717 vom 27. August 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__717

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 717 du 27 août 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 717 del 27 agosto 2025

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE | 28 LAI, 16 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 717

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE | 28 LAI, 16 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 65/24 – 259/2025 ZD24.008573 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 27 août 2025 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente

Mme Berberat et M. Tinguely, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause

pendante entre : B. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après :

l'assuré ou le recourant), né en 1966, est marié et père de famille. Il a exercé une activité

non qualifiée de monteur en chauffage et sanitaire, interrompue en juin 2012 en raison

d'une incapacité totale de travail consécutive à un accident (chute dans les escaliers). Par

demande formelle déposée le 17 juin 2013, l'assuré a sollicité des 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 de lombalgies et d'une chondropathie

fémoropatellaire droite sévère. L'OAI a recueilli le dossier constitué par la Caisse nationale

suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et des rapports auprès des médecins traitants

de l'assuré, lesquels ont mis en évidence les diagnostics d'une obésité morbide, de

lombalgies chroniques post-traumatiques avec troubles dégénératifs, de gonalgies droites

chroniques post-traumatiques avec chondropathie fémoropatellaire, de syndrome d'apnées

du sommeil appareillé, d'amblyopie de l'œil gauche anisométrique, de diabète

insulino-requérant, d'hypertension artérielle avec rétinopathie de stade 1,

d'hypercholestérolémie et de trouble du comportement alimentaire (cf. notamment : avis du

Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] du 4 octobre 2013). Retenant que

l'assuré était doté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a

déterminé un degré d'invalidité de 17 % et nié son droit à une rente d'invalidité par décision

du 22 mai 2015. Statuant sur le recours de l'assuré, assisté de Me Flore Primault, la Cour

des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis, a annulé la décision précitée et

renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise sur les plans somatique et

psychique aux termes d'un arrêt du 29 mars 2016 (cause AI 179/15 – 80/2016). B. En

exécution de l'arrêt cantonal susmentionné, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre

d'expertises médicales H. _____. B. _____ a subi une intervention chirurgicale

consistant en une sleeve gastrectomie le 26 septembre 2016. Les Drs K. _____, spécialiste en médecine interne générale, M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N. _____, spécialiste en rhumatologie, ont procédé à l'expertise de l'assuré pour le compte du H. _____ et communiqué leur rapport le 14 mars 2018. Ils ont fait état des diagnostics incapacitants de diabète insulino-dépendant depuis l'âge de 34-35 ans, de gonarthrose du genou droit avec chondropathie fémoropatellaire marquée et de lombalgie commune avec dissécation des disques L3-S1. Une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, une amblyopie anisométrique congénitale de l'œil gauche, un syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2007, une hypertension artérielle avec rétinopathie, une hypothyroïdie substituée, une sleeve gastrectomie et une obésité constituaient des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur en chauffage et sanitaire, mais était en revanche susceptible d'exercer une activité adaptée à son état de santé à 100 % sous suite d'une baisse de rendement de 20 %. Cette baisse de rendement était prise en compte dès septembre 2016 du fait de la chirurgie subie par l'assuré. Les limitations fonctionnelles ressortaient uniquement aux domaines de la médecine interne générale (gestion du diabète) et de la rhumatologie (gonarthrose et lombalgies). L'assuré devait bénéficier d'horaires réguliers, de possibilités de faire des collations et des contrôles de sa glycémie, ainsi qu'éviter les travaux en hauteur et l'utilisation de machines susceptibles d'entraîner des blessures. Il convenait également de restreindre les activités en position debout prolongée, nécessitant de monter ou descendre les escaliers de façon répétée, de déambuler en position debout avec des charges, ainsi que les positions en porte-à-faux penché en avant et le port de charges de plus de 15 kg. Fondé sur les conclusions des experts du H. _____, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré par une comparaison des revenus sans et avec invalidité. Le revenu sans invalidité se montait à 68'553 fr. (valeur 2016) au vu des données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré. Quant au revenu d'invalidité, il était déterminé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et s'élevait à 45'570 fr. (valeur 2016), compte tenu de la baisse de rendement de 20 % et d'un abattement de 15 % destiné à prendre en compte les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré. Le degré d'invalidité de l'assuré était en définitive chiffré à 33,53 % (cf. fiche de calcul du 2 juillet 2018). Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, vu le taux d'invalidité précité. Saisie d'un recours de l'assuré, représenté par Me Primault, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a partiellement admis, annulé la décision du 31 octobre 2018 eu égard aux mesures professionnelles et renvoyé la cause à l'OAI pour examen concret du droit à de telles mesures dans un arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020). Le degré d'invalidité fixé à 33,53 % était en revanche confirmé, de même que le refus de rente d'invalidité. C. Se conformant aux termes de l'arrêt cantonal du 24 février 2020, l'OAI a mis B. _____ au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'I. _____ à compter du 6 juillet 2020, interrompue par l'intéressé en raison d'un voyage à l'étranger en août 2020 et de la planification d'une intervention chirurgicale en septembre 2020 (cf. communication de l'OAI et rapport de fin de mesure de l'I. _____ des 27 et 30 juillet 2020). L'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde, pour lequel il a été hospitalisé au sein du Centre hospitalier D. _____ du 11 au 14 septembre 2020. Après la mise en place d'un stent et de traitements médicamenteux, l'évolution clinique s'est avérée favorable, l'assuré ne présentant plus de douleurs thoraciques, ni d'anomalie rythmique (cf.

rapport du Service de cardiologie du Centre hospitalier D. _____ du 22 septembre 2020). Par rapport à l'OAI du 13 novembre 2020, le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué suivre l'assuré à raison de deux fois par année en raison de sa polyarthrose. Ce spécialiste posait les diagnostics incapacitants de gonarthrose interne, d'arthrose fémoro-rotulienne, de maladie coronarienne et de rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs sévères (surtout L3-L4 et L5-S1). De son point de vue, la capacité de travail dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions, sans position debout prolongée, sans marche, ni escaliers et sans port de charges supérieures à 5 kg, n'excédait pas 40 %. L'OAI a organisé une nouvelle mesure d'orientation professionnelle auprès de l'I. _____ dès le 1^{er} février 2021 (cf. communication de l'OAI du 18 janvier 2021). Le 2 mars 2021, le Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier D. _____ a fait parvenir à l'OAI les rapports de suivi de l'assuré en raison de la gonarthrose, datés des 14 février, 10 septembre 2018 et 19 mars 2020. Selon ce dernier document, l'évolution de la symptomatologie et de l'atteinte arthrosique demeurait stable. Un traitement conservateur était préconisé, ainsi que la poursuite du suivi auprès du Dr C. _____. Les spécialistes du Centre hospitalier D. _____ restaient à disposition pour réexaminer ultérieurement la pertinence d'une prise en charge chirurgicale. L'I. _____ a communiqué son rapport de fin de mesure le 4 mai 2021, relatant que l'assuré avait effectué un stage de deux jours à mi-temps en qualité de conducteur de balayeuse au sein de la commune de [...]. Il relevait que ce stage ne permettait pas d'offrir une estimation précise et complète de la capacité de travail de l'assuré. Un taux d'activité supérieur à 50 % paraissait irréaliste, tandis qu'une activité correspondant aux besoins et aux compétences de l'assuré semblait difficile à déterminer. Était recommandé un soutien de l'assuré pour ses futures recherches d'emploi. Le 4 mai 2021, est parvenu à l'OAI un rapport de consilium, rédigé le 27 avril 2021, par le Dr G. _____, spécialiste en cardiologie. Ce dernier faisait état d'une situation stable postérieurement à l'infarctus du myocarde, en dépit d'une dysfonction systolique modérée du ventricule gauche. L'assuré ne présentait pas d'angor résiduel, de troubles du rythme, ni de symptômes d'insuffisance cardiaque. Dès lors, son état de santé, sur le plan cardiologique, n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. Par avis du 10 mai 2021, le SMR a considéré que les nouvelles pièces médicales versées au dossier justifiaient la reconnaissance d'une incapacité de travail totale transitoire dès septembre 2020 en raison de l'infarctus du myocarde. L'assuré avait toutefois récupéré une capacité de travail de 80 %, telle que décrite par les experts du H. _____, en avril 2021 au plus tard. Le 22 juin 2021, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a réévalué le degré d'invalidité de l'assuré, désormais chiffré à 22,88 %. Il considérait que l'assuré était à même de mettre à profit sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive du domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), en tant qu'ouvrier à l'établi ou dans le conditionnement, en qualité d'opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), d'aide-administratif (réception, scannage et autres), ainsi que dans la vente simple (shop et autres). Le même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'aide au placement (cf. communication de l'OAI du 22 juin 2021), laquelle a été clôturée le 9 septembre 2021, l'assuré ayant manifesté son désaccord avec l'évaluation de sa capacité de travail. L'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle auprès d'U. _____ à partir du 1^{er} mars 2022, au cours de laquelle l'assuré a effectué un stage d'employé de voirie du 3 au 13 mai 2022 à 50 % auprès de la commune de [...]. Le rapport final d'U. _____, daté du 15 juin 2022, a mis en évidence un état de santé « complexe et multifactoriel » dont l'évolution était difficilement prévisible, Il était

recommandé à l'assuré de solliciter un soutien pluridisciplinaire (nutrition, activité physique et soutien psychologique) pour améliorer ses capacités sur le long terme. Une amélioration des capacités fonctionnelles sur le plan physique lui permettrait de retrouver une activité professionnelle adaptée. Le 24 novembre 2022, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis un terme à son intervention, retenant l'absence de mesures de réadaptation susceptibles de réduire le préjudice économique de l'assuré, notamment en raison de son faible niveau de français et de scolarité, ainsi que de son âge. L'assuré n'avait pas souhaité réaliser un stage d'employé d'usine, théoriquement adapté à ses restrictions fonctionnelles. Par projet de décision du 8 décembre 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a pris en compte le taux d'invalidité de 33,53 % fixé dans sa précédente décision du 31 octobre 2018. L'assuré, assisté de Me Primault, s'est opposé au projet précité par écriture du 30 janvier 2023, contestant la capacité résiduelle de travail retenue dans son cas et son employabilité sur le marché équilibré du travail au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il s'est prévalu d'un nouveau rapport établi le 6 décembre 2022 par le Dr C._____. Ce praticien faisait état d'une pan-gonarthrose sévère à droite et d'une arthrose fémoro-rotulienne sévère. Une inflammation du genou gauche entravait la marche, de sorte qu'une chirurgie orthopédique avec mise en place d'une prothèse totale des deux genoux était envisagée. La capacité de travail était estimée à 30 % au maximum. Il convenait, selon le spécialiste, d'annoncer une aggravation du cas à l'OAI. Sur questions du SMR, le Dr C._____ a indiqué, le 8 février 2023, que son patient souffrait d'une décompensation des deux genoux depuis environ trois mois, pour laquelle une opération devait être envisagée à court terme au vu de l'échec du traitement conservateur. Un avis avait été demandé au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie prothétique, vu que l'assuré ne pouvait plus marcher. Le Dr F._____ a communiqué à l'OAI un compte-rendu de consultation du 23 juin 2023, rappelant que l'assuré souffrait de gonalgies bilatérales. L'atteinte radiologique prédominait à droite, mais la symptomatologie était plus marquée à gauche. Une amélioration de la situation était rapportée grâce à l'évolution des conditions météorologiques, à la prise de glucosamine et à des efforts de réduction de la surcharge pondérale. Une intervention chirurgicale pouvait donc être différée. L'assuré était invité à poursuivre les mesures de diminution pondérale par des règles hygiéno-diététiques, ainsi qu'à pratiquer le vélo d'appartement et la natation. Dans un avis du 18 janvier 2024, le SMR a considéré que ses précédentes conclusions du 10 mai 2021 demeuraient valables, en présence d'une gonarthrose algique connue auprès de l'assuré, sans indication chirurgicale urgente. Le SMR soulignait que la pose d'une prothèse totale de genou était susceptible d'améliorer la situation clinique de l'assuré. Par décision du 19 janvier 2024, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision du 8 décembre 2022. Il a ajouté que l'application des modifications réglementaires en matière d'assurance-invalidité au cas particulier n'avaient pas d'incidence sur le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Le 23 janvier 2024, sont parvenus à l'OAI divers rapports médicaux, dont un rapport du 13 juin 2022 du DAL du Centre hospitalier D._____, lequel avait procédé à une mastectomie bilatérale, ainsi qu'à une lipoaspiration et une abdominoplastie. Était également fourni un rapport du Dr F._____ du 5 décembre 2023. Ce dernier observait que la symptomatologie douloureuse des genoux s'était aggravée, au point de justifier la pose de prothèses totales des genoux, cependant sans caractère d'urgence. L'assuré n'était toutefois « pas décidé pour une intervention ». Il lui était loisible de recontacter le

spécialiste à cette fin, tandis que ce dernier proposait un contrôle radioclinique à l'échéance d'une année. D. B. _____, toujours représenté par Me Primault, a déféré la décision de l'OAI du 19 janvier 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 26 février 2024. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité selon un taux d'invalidité fixé à dire de justice ; à titre subsidiaire, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il a, premièrement, contesté la capacité résiduelle de travail retenue dans son cas, mettant en évidence les conclusions des différents rapports de stage, ainsi que l'appréciation communiquée par le Dr C. _____. A son avis, les conclusions communiquées par les experts du H. _____ le 14 mars 2018 ne pouvaient plus être suivies vu leur ancienneté. Il considérait n'être pas à même d'exercer une activité lucrative adaptée à un taux supérieur à 50 %. Deuxièmement, il a fait grief à l'OAI d'avoir pris en considération un abattement trop faible (15 %) sur le revenu d'invalidité. De son point de vue, l'abattement devait tenir compte d'une réduction supplémentaire de 10 % conforme au nouveau droit. Son degré d'invalidité était ainsi supérieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Troisièmement, l'assuré a argumenté qu'un abattement de 25 % devait de toute façon être retenu dans son cas, vu la péjoration de ses limitations fonctionnelles et son avancement en âge. Enfin, il a estimé que l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative sur le marché ordinaire de l'emploi était compromise en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles et des contraintes que représenterait son engagement pour un potentiel employeur. L'OAI a répondu au recours le 25 avril 2024 et conclu à son rejet sur la base des pièces du dossier. Il a précisé qu'en cas d'application du nouveau droit de l'assurance-invalidité, une réduction du revenu d'invalidité de 10 % interviendrait en lieu et place de l'abattement de 15 %, de sorte que le degré d'invalidité de l'assuré serait de toute façon inférieur à 40 %. Par réplique du 30 mai 2024, l'assuré a maintenu ses conclusions. Retenant que l'ancien droit était applicable, il a fait valoir qu'un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité lui apparaissait justifié au vu des circonstances de son cas. Il a, au surplus, à nouveau souligné la dégradation de ses capacités fonctionnelles et réitéré que la reprise d'une activité lucrative n'apparaissait pas exigible au vu des contraintes engendrées par son état de santé. Dans une duplique du 11 juin 2024, l'OAI a confirmé sa position, soulignant que le degré d'invalidité de l'assuré ne pouvait être recalculé selon le nouveau droit de l'assurance-invalidité que si ce calcul devait aboutir à la reconnaissance d'un droit à la rente. Tel n'était pas le cas en l'occurrence. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la

LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) En l'occurrence, la demande de prestations du recourant a été déposée le 17 juin 2013 auprès de l'intimé. Le degré d'invalidité de 33,53 % mis en évidence par ce dernier à l'issue de la décision du 31 octobre 2018 a été confirmé par la Cour de céans par arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020), tandis que le renvoi de la cause contenu dans cet arrêt portait uniquement sur l'examen concret des mesures professionnelles. Le recourant a connu de nouveaux problèmes de santé en septembre 2020 (infarctus du myocarde). Il a suivi des mesures d'orientation professionnelle entre juillet 2020 et mai 2022. Les faits pertinents étant donc pour la plupart survenus avant le 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit au cas particulier. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) 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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. d) En l'espèce, il convient de faire application des règles précitées dans la mesure où le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé, respectivement de ses limitations fonctionnelles, postérieurement à l'arrêt de la Cour de céans du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020). Il s'agit par conséquent de déterminer si les pièces médicales versées à son dossier depuis lors font effectivement état d'une dégradation de la situation susceptible de constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. 5. a) Pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) Il appartient aux experts médicaux d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_441/2019 du 28 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées). Ces principes ne signifient cependant pas que le médecin a la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Son rôle consiste à prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir à procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise confiée au H. _____, dont la valeur probante a été confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020). Les experts retenaient, au titre de diagnostics incapacitants, un diabète insulino-dépendant, une gonarthrose avec chondropathie fémoropatellaire et une lombalgie commune avec dissécatation des disques L3-S1. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux contraintes engendrées par le diabète et aux mesures d'épargne du rachis. b) A la date de la décision querellée du 19 janvier 2024, le recourant se prévaut des rapports de ses médecins traitants, tout particulièrement du Dr C. _____, pour considérer que son état de santé se serait aggravé au point de justifier de nouvelles limitations fonctionnelles et de restreindre sa capacité de travail à un taux n'excédant pas 50 %. c) On ne saurait toutefois suivre le raisonnement du recourant à cet égard. On relève, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR, que le Dr C. _____ a pour l'essentiel fait état de diagnostics superposables à ceux retenus au sein du H. _____. Il a en effet rapporté une gonarthrose interne, une arthrose fémoro-rotulienne et des rachialgies chroniques en L3-S1, connues et investiguées par les experts dans leur rapport du 14 mars 2018 (cf. rapports du Dr C. _____ du 13 novembre 2020 et du DAL du Centre hospitalier D. _____ du 19 mars 2020). Ultérieurement, le Dr C. _____ a certes mentionné une péjoration de la situation en raison d'une décompensation des deux genoux (cf. rapports des 6 décembre 2022 et 8 février 2023). Dans ce contexte, le Dr F. _____ a envisagé la pose de prothèses totales des genoux, excluant toutefois qu'une telle intervention revête un caractère d'urgence, tandis que des mesures hygiéno-diététiques et du sport (vélo et natation) étaient recommandées. Le recourant a par ailleurs différé, de son propre chef, l'intervention chirurgicale envisagée, le Dr F. _____ s'étant dès lors limité à préconiser un contrôle à l'échéance d'une année (cf. rapports du Dr F. _____ des 23 juin et 5 décembre 2023). Ces pièces font donc état, pour l'essentiel, de l'aggravation temporaire des lésions dégénératives des genoux, ce qui constitue l'évolution naturelle de telles affections, et d'un traitement destiné à soulager la symptomatologie présentée par le recourant. On ne voit donc pas que ce dernier serait affecté de nouvelles atteintes à la santé, qui justifieraient une réduction de sa capacité de travail résiduelle ou de nouvelles limitations fonctionnelles. d) Il est établi que le recourant a été victime d'un infarctus du myocarde en septembre 2020, lequel a été responsable d'une incapacité totale de travail jusqu'en avril 2021 selon l'intimé,

respectivement le SMR (cf. avis du 10 mai 2021). Cette conclusion est fondée sur les éléments communiqués par le cardiologue traitant du recourant, le Dr G. _____. Ce dernier a en effet expressément indiqué, le 27 avril 2021, que son patient avait recouvré un état stable sans complications subséquentes et qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan cardiologique. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question l'appréciation de l'intimé de ce point de vue, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

e) Enfin, le recourant ne peut tirer aucune conclusion médicale des rapports consécutifs aux mesures d'orientation professionnelle, lesquels tiennent compte non seulement des limitations observées auprès du recourant, mais également de son niveau de compétences et de ses difficultés linguistiques, ainsi que de son déconditionnement (cf. notamment : rapport de l'I. _____ du 4 mai 2021 et d'U. _____ du 15 juin 2022).

f) Compte tenu des éléments qui précèdent, on ne voit aucune raison objective de se distancer de l'appréciation communiquée par le SMR dans ses avis des 10 mai 2021 et 18 janvier 2024. Force est donc de constater, avec l'intimé, qu'à la date de la décision litigieuse, le tableau clinique présenté par le recourant – en dépit d'une période d'incapacité totale de travail entre septembre 2020 et avril 2021 – ne justifie pas de conclure à une modification substantielle de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, il y a lieu de nier la réalisation d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA et de considérer que le recourant est toujours doté d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à son état de santé. Partant, il n'y a aucune raison de réévaluer le degré d'invalidité du recourant, chiffré à 33,53 %, lequel a été expressément confirmé par la Cour de céans dans son arrêt du 24 février 2020 (cause AI 382/18 – 63/2020 consid. 5). Un tel taux d'invalidité exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

7. a) A titre informatif, on rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) Les griefs du recourant en lien avec l'abattement de 15 % pris en compte par

l'intimé auraient dû être soulevés lors de la précédente procédure de recours. On peut néanmoins relever que dit abattement n'apparaît pas critiquable dans la mesure où il tient compte adéquatement de la situation personnelle du recourant, singulièrement de ses restrictions fonctionnelles et de son âge.

8. a) 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. 28 a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2 (revenu d'invalidé déterminé en fonction des valeurs statistiques). 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.

b) D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635), lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de cette modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26 bis al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2).

c) Ainsi que l'a relevé à juste titre l'intimé dans sa duplique du 11 juin 2024, l'application de l'art. 26 bis al. 3 RAI susmentionné ne modifierait pas le droit aux prestations du recourant, dans la mesure où l'abattement opéré sur le revenu d'invalidé n'excéderait pas 10 %. Son degré d'invalidité serait ainsi inférieur au taux reconnu en sa faveur de 33,53 % et n'atteindrait donc pas le seuil de 40 %.

d) On précisera, à l'attention du recourant, que l'abattement prévu par l'art. 26 bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024, ne saurait être additionné à celui prévu sous l'ancien droit, comme il le fait valoir dans son mémoire de recours du 26 février 2024.

9. a) 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 qu'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 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). 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 (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, quoi que soutienne le recourant, il dispose, en dépit de son âge, d'une capacité de travail entière et présente des limitations fonctionnelles – somme toute modestes – compatibles avec nombre d'activités légères sur le marché de l'emploi. Dans ce contexte, les activités mises en évidence par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé, à savoir dans le domaine industriel léger, dans le conditionnement, l'administration simple ou la vente, apparaissent compatibles avec l'état de santé du recourant et accessibles sans formation professionnelle certifiée (cf. à cet égard : rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 22 juin 2021). On ne saurait retenir qu'un potentiel employeur devrait faire des concessions irréalistes en cas

d'engagement du recourant. L'exigibilité de la mise à profit de la capacité de travail du recourant sur le marché ordinaire du travail n'apparaît par conséquent pas contestable. Les conclusions ressortant des mesures d'orientation professionnelle, dont se prévaut le recourant, ne légitiment pas une conclusion différente. En particulier, les stages mis en œuvre (en tant que conducteur de balayeuse et d'employé de voirie) ont eu lieu dans des domaines où les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas forcément respectées, alors que les activités légères retenues par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé n'ont pas été concrètement testées. 10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 19 janvier 2024 confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et 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 janvier 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 portés à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : ■ Me Flore Primault, à Lausanne (pour B. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, ■ Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.