

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S. _____, à R. _____, recourant, représenté par Me Lorenz Fivian, avocat
à Morat,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28b et 29 LAI ;
25, 26 et 26^{bis} RAI**

E n f a i t :

A. **a)** Entré en Suisse en 1992, S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1985, ressortissant kosovar, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Il n'a effectué aucune formation professionnelle. Après l'école obligatoire, il a successivement entrepris deux apprentissages, d'abord comme peintre en carrosserie puis comme ouvrier de la construction métallique, qu'il n'a pas menés à terme. Dès 2003, l'assuré a travaillé pour divers employeurs, dans le cadre de missions temporaires, en tant qu'aide-ouvrier dans le domaine de la construction métallique. En dernier lieu, il a œuvré comme monteur au sein de l'atelier de chromage dur pour le compte d'E._____ SA du 1^{er} février au 30 juin 2008, date pour laquelle il a résilié les rapports de travail en raison de son insatisfaction quant à la rémunération versée. Le salaire mensuel s'élevait à 3'900 fr. brut, versé treize fois l'an. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Alors qu'il circulait au guidon de son motorcycle après avoir consommé du cannabis, l'assuré a été victime, le 28 mai 2008, d'un accident de la voie publique, ayant entraîné un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral sévère (Glasgow coma scale initial à 7), une fracture des parois antérieure et latérale du sinus maxillaire droit, une fracture de l'arc zygomatique droit, une fracture de la paroi postérieure du sinus sphénoïdien droit, un hématome péri-orbitaire droit, une rupture traumatique de l'artère axillaire gauche, une lésion du plexus brachial gauche, des fractures des côtes 5-8 avec pneumothorax gauche et emphysème sous-cutané, une fracture de l'omoplate gauche, une contusion pulmonaire du lobe inférieur gauche, une fracture ouverte sous-capitale du deuxième métacarpien gauche et une fracture ouverte du condyle fémoral externe gauche.

Transporté en urgence à l'Hôpital T._____, l'assuré a séjourné au Service de Médecine Intensive Adulte de cet établissement du 28 mai au 7 juin 2008, période pendant laquelle il a subi diverses interventions chirurgicales :

- le 28 mai 2008 : une révision du plexus brachial gauche et un pontage veineux (saphène droit) de l'artère sous-clavière à l'artère humérale gauche ;
- le 30 mai 2008 : une réduction ouverte et une ostéosynthèse du cubitus et du radius gauches, une réduction ouverte et une ostéosynthèse du deuxième métacarpien gauche, une réduction ouverte et une ostéosynthèse du condyle fémoral externe gauche ;
- le 2 juin 2008 : un pansement au membre supérieur gauche avec pose de VAC [Vacuum Assisted Closure, réd.] ;
- le 3 juin 2008 : une trachéostomie dilatative (ORL) ;
- le 6 juin 2008 : une réfection du pansement VAC au membre supérieur gauche.

Du 2 au 16 juin 2008, l'assuré a fait l'objet de débridements itératifs suivis d'une greffe de Thiersch au niveau de l'avant-bras gauche.

L'évolution a été compliquée par un syndrome de loge de l'avant-bras gauche avec une nécrose musculaire étendue. Les muscles pectoral, grand rond et grand dorsal ont récupéré, tandis qu'un électromyogramme a montré une dénervation massive de tous les autres muscles du membre supérieur gauche. Aussi, l'assuré a-t-il bénéficié, le 22 juillet 2008, d'une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une neurolyse infra-claviculaire du plexus brachial gauche, associée à une greffe du nerf musculo-cutané et à un prélèvement du nerf sural droit.

La CNA a pris en charge le cas.

Du 16 décembre 2008 au 20 janvier 2009, S._____ a séjourné à la Clinique C._____ où différents bilans et investigations ont été effectués afin d'évaluer ses aptitudes à une réinsertion professionnelle (examens de physiothérapie et d'ergothérapie, consultations neurologique

et psychiatrique, examen neuropsychologique, électromyogramme, IRM cérébrale et examens de laboratoire). Les plaintes de l'assuré à l'admission étaient relatées en ces termes :

« A l'admission, le patient décrit des sensations de brûlures, de froid, de constrictions, endormissement et engourdissement de l'avant-bras et de la main gauche. Il y a une impossibilité de bouger activement le bras sauf au niveau de l'épaule et depuis 2-3 semaines au niveau du poignet. Il existe des dysesthésies au niveau du bras, en médial et au niveau de l'avant-bras en face palmaire, pour le reste du bras le patient déclare une anesthésie complète. Il n'y a pas de modification nette des douleurs suite à la prise du Neurontin ».

Dans un consilium psychiatrique du 17 décembre 2008, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef du Service de psychosomatique de la Clinique C._____, a conclu à une probable structure de personnalité schizotypique, voire à une personnalité schizoïde, en raison d'une certaine méfiance et d'une expression émotionnelle parfois discordante par rapport au contenu du discours. Ces diagnostics ne pouvaient cependant formellement être retenus, au vu du contexte d'évaluation (insuffisance d'éléments anamnestiques, brièveté de l'observation faite uniquement dans un contexte hospitalier). Dans le diagnostic différentiel, la consommation de cannabis, difficile à apprécier, était selon ce spécialiste à considérer.

Par décision du 17 septembre 2009, la CNA a constaté que, selon l'ordonnance rendue le 12 juin 2009 par le Juge d'instruction de l'arrondissement de F._____, S._____ s'était notamment rendu coupable de violation simple des règles de la circulation routière, de conduite en état d'incapacité et de conduite d'un véhicule dont l'état était défectueux. Au vu de ces circonstances, elle a fait savoir à l'assuré qu'elle entendait réduire de 20 % les prestations en espèces (indemnités journalières) à compter du 31 mai 2008. Les prestations pour soins (frais de traitement) n'étaient pas concernées par cette réduction.

b) Dans l'intervalle, S._____ a, le 19 janvier 2009, déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de

l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 14 juillet 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier était nulle depuis mai 2008, mais qu'elle était totale dans une activité adaptée, soit dans une activité monomanuelle, et ce, dès mars 2009, considérant ce qui suit :

« Ce jeune assuré de 23 ans, sans formation, travaillait comme ouvrier chez E. _____ SA. Il a subi le 28 mai 2008 un accident de circulation à moto, avec polytraumatisme (traumatisme crânio-cérébral [TCC] sévère, fractures de l'avant-bras gauche et du fémur gauche ; lésions du plexus brachial gauche et de l'artère sous-clavière gauche). Sur le plan du TCC, des fractures et de la lésion vasculaire, l'évolution est favorable avec le traitement. En revanche, malgré une révision chirurgicale le jour de l'accident, puis une neurolyse effectuée par la Dresse D. _____ en juillet 2008, il persiste une parésie importante du membre supérieur gauche. La situation est actuellement stabilisée, et l'assuré devra exercer une activité monomanuelle, dans laquelle il a une capacité de travail médico-théorique entière. Il n'existe en effet pas d'autres séquelles de son accident, notamment pas de troubles neuropsychologiques (examen neuropsychologique normal à la Clinique C. _____ le 22 décembre 2008), ni de comorbidité incapacitante. Durant son séjour à la Clinique C. _____ entre décembre 2008 et janvier 2009, l'assuré a été vu par le psychiatre, dans le cadre du bilan multidisciplinaire ; le spécialiste conclut à une probable structure de personnalité schizotypique, en raison d'une certaine méfiance et d'une expression émotionnelle parfois discordante ; il ne s'agit pas d'une atteinte psychiatrique incapacitante. On note par ailleurs une consommation régulière de cannabis ».

Par décision du 18 janvier 2010, confirmant un projet de décision du 19 novembre 2009, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que, après comparaison des revenus avant et après invalidité, le degré d'invalidité - fixé à 1,6 % - était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation.

Lors d'un nouveau séjour à la Clinique C. _____ du 20 janvier au 9 février 2010 motivé par la persistance d'un déficit fonctionnel important du membre supérieur gauche et l'apparition de calcifications sur la greffe de peau à l'avant-bras, la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin associé, a, dans un consilium du

25 janvier 2010, conclu à un probable trouble schizotypique (F21). Comparativement au consilium du 17 décembre 2008, cette praticienne a constaté que le patient paraissait s'être montré plus collaborant durant l'examen. L'évaluation psychiatrique orientait vers un trouble psychotique évoluant à bas bruit, déjà antérieurement à l'accident, suggérant un trouble schizotypique (hallucinations auditives et visuelles reconnues, sentiment de méfiance vague, isolement social), peut-être aggravé par la consommation de cannabis. Des symptômes négatifs avec passivité, abattement, perte de motivation, étaient également présents. La Dre G. _____ notait par ailleurs des comportements addictifs (jeu de poker sur internet, cannabis). D'autre part, le comportement singulier du patient vis-à-vis de son bras, traité comme un corps étranger, méritait d'être souligné, et aggravait l'isolement social de l'intéressé.

A l'occasion d'un troisième séjour de l'assuré à la Clinique C. _____ du 21 juin au 19 juillet 2011 motivé par une évaluation multidisciplinaire et professionnelle, la Dre B. _____, cheffe de clinique auprès du Service de psychosomatique de la Clinique C. _____, a, dans un consilium du 30 juin 2011, confirmé l'existence d'un probable trouble schizotypique (F21) posé lors des précédents séjours.

Par décision du 10 décembre 2013, la CNA a alloué à l'assuré, à compter du 1^{er} janvier 2014, une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 32 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur une diminution de l'intégrité de 50 %.

c) Au bénéfice du revenu d'insertion depuis le mois de janvier 2014 et d'une curatelle de représentation et de gestion depuis le 27 octobre 2021, S. _____, désormais marié depuis 2012 et père de deux enfants nés en 2013 et 2019, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 4 février 2022, accompagnée d'un rapport établi le 9 mars 2022 par le Dr J. _____, médecin assistant auprès du Centre I. _____. Celui-ci y faisait état de douleurs chroniques dans l'avant-bras gauche, d'une gonarthrose tricompartmentale au genou droit et d'une fracture de la jambe gauche ayant nécessité une

intervention chirurgicale pratiquée le 11 juin 2020. Selon le Dr J._____, l'ensemble de ces problématiques avaient un retentissement majeur sur la vie quotidienne de l'assuré, de même qu'elles entraînaient une incapacité de travail dans son domaine d'activité professionnelle.

Dans un rapport du 29 juin 2022, le Dr K._____, chef de clinique auprès du Centre I._____, a posé les diagnostics incapacitants de polytraumatisme suite à un accident de la voie publique avec multiples séquelles dont une parésie complexe du membre supérieur gauche déjà connue de l'office AI, ainsi que de gonarthrose droite tri-compartimentale avec chondropathie de stade IV fémoro-tibiale du genou droit. Sous la rubrique concernant l'anamnèse et le status correspondants, ce médecin a exposé ce qui suit :

« Monsieur S._____ a donc subi un accident de la voie publique en 2008 avec, pour conséquence, de multiples lésions du membre supérieur gauche avec notamment une lésion du plexus brachial gauche ainsi que de nombreuses fractures du membre supérieur gauche. Une tentative de reconstruction du plexus et diverses interventions chirurgicales ont été tentées afin d'améliorer l'usage de ce membre qui se limite actuellement à des mouvements de courte amplitude. La main est en supination forcée et les doigts en flexion. Monsieur S._____ ne peut faire usage de ce bras pour les activités de la vie quotidienne (motricité fine et fine à grossière). Le patient ressent par intermittence des douleurs dans ce membre jusqu'au muscle trapèze. Au niveau des genoux, Monsieur S._____ présente des gonalgies bilatérales avec incapacité à effectuer une marche prolongée sur un terrain plat. Ne parvient pas à se mobiliser sur un terrain inégal en raison d'une aggravation des gonalgies mais aussi du manque de stabilité en position debout. Après des efforts plus intenses, Monsieur S._____ a besoin d'un temps de repos significatif se traduisant en pratique par un alitement allant parfois jusqu'à plusieurs jours. Cet alitement est également lié à l'aggravation de l'œdème et des douleurs liées à ces efforts. Il présente également des dorso-lombalgies chroniques pouvant varier en fréquence et en intensité. Par ailleurs, les postures plus de 2-3 heures ne sont pas tolérées car génèrent des douleurs ».

Le Dr K._____ a retenu une incapacité totale de travail en toute activité depuis le mois de mai 2008.

Dans un rapport du 21 mars 2022 faisant suite à une consultation du 16 mars précédent, le Prof. N._____, médecin-chef auprès de la Consultation de médecine physique et réhabilitation de

l'Hôpital T._____, a retenu le diagnostic principal de gonalgies bilatérales plus marquées à droite qu'à gauche dans un contexte d'arthrose tricompartmentale débutante avec chondropathie de grade IV fémoro-tibiale médiale et latérale, en progression du niveau fémoro-tibial latéral, de rupture complète de la partie du ligament croisé antérieur à droite connue, de status post fracture ouverte du condyle fémoral externe gauche avec ostéosynthèse par plaque ensuite d'un accident de moto survenu en 2008 et de fracture tibiale gauche traitée par enclouage centromédullaire après que l'assuré ait chuté de sa hauteur en juin 2020. Le Prof. N._____ a prescrit un traitement médicamenteux contre la chondropathie, alors qu'une attelle devait permettre la stabilisation du genou gauche. Il a en outre suggéré la reprise des séances de physiothérapie afin de travailler le renforcement musculaire, notamment au niveau des ischio-jambiers.

L'office AI a demandé des renseignements complémentaires au Prof. N._____, auxquels celui-ci a répondu le 1^{er} décembre 2022. Sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, il a mentionné que, d'un point de vue ostéoarticulaire, on pourrait envisager une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel dans un poste adapté, plutôt sédentaire (bureau), lui permettant d'alterner les positions, soit excluant la marche en terrains accidentés, la montée/descente des escaliers de façon répétitive et l'utilisation répétitive du membre supérieur gauche.

Dans un rapport du 23 février 2023, le Dr Q._____, médecin associé auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital T._____, a estimé que si, à moyen terme, l'assuré était capable de tenter la reprise d'une activité professionnelle, celle-ci devait permettre l'alternance des positions assise et debout, éviter la marche sur des terrains irréguliers et le port de charges, ne pas impliquer des positions accroupies ou à genoux ou seulement occasionnellement, ne pas comporter la montée sur des échelles, des échafaudages et des escaliers ou seulement occasionnellement.

Se prononçant sur les éléments médicaux au dossier, le SMR a conclu son avis médical du 8 décembre 2023 en ces termes :

« Nous sommes devant la situation d'un assuré qui présente des séquelles de son accident de 2008 au niveau du membre supérieur gauche associées à des gonalgies bilatérales surtout droites avec une arthrose tri-compartmentale débutante, chondropathie de grade IV et rupture complète de la plastie du ligament croisé antérieur droite, en lien avec une fracture le 11 juin 2020. Finalement, le Prof. N. _____ de l'Hôpital T. _____ ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles précises.

Dans ce contexte, il va être essentiel d'avoir une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extra-médicaux qui ne sont pas du ressort de l'Assurance Invalidité, et en prenant en compte l'ensemble des éléments médicaux à disposition.

Nous sommes dans l'obligation de demander une expertise bi-disciplinaire psychiatrie - médecine physique et réadaptation ».

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre d'expertises X. _____ de Z. _____ la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet de médecine physique et réadaptation (Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation) et un volet psychiatrique (Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Les experts ont déposé leur rapport de synthèse (évaluation consensuelle) le 12 mars 2024.

Sur le plan somatique, l'expert M. _____ a retenu les diagnostics de lésions traumatiques sévères et étendues du plexus brachial gauche par accident du 25 avril 2008 [recte : 28 mai 2008] avec perte de l'usage fonctionnel du membre supérieur gauche en-dehors de la pince brachio-thoracique axillaire, de gonarthrose tricompartmentale droite de stade 3-4 avec instabilité antérieure par rupture ancienne du ligament croisé antérieur et rupture d'une plastie au tendon rotulien effectuée en 2007 et de gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade 1. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité monomanuelle droite ; pas de terrain irrégulier ; pas d'utilisation des escaliers en raison d'un risque de chute pouvant survenir même sur terrain plat ; activité sédentaire assise facilement accessible ; nécessité de pauses, de

précautions lors des déplacements ; pas d'exigence de rendement. Il a conclu à une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée depuis le 11 juin 2020 (date de la fracture de la jambe gauche ayant décompensé la gonarthrose droite).

Sur le plan psychiatrique, l'expert L. _____ n'a pas retenu d'aggravation mais une capacité de travail nulle depuis mai 2008, considérant ce qui suit (rapport d'expertise psychiatrique du 12 mars 2024, pp. 30-31) :

« Lors des hospitalisations à la Clinique C. _____ de H. _____, le diagnostic de probable trouble schizotypique a été retenu en raison d'hallucinations auditives et visuelles reconnues par l'expertisé, d'un sentiment de méfiance vague, d'un isolement social. L'expertise a, à l'époque, refusé la prescription de Risperdal qu'on lui avait proposée. Il n'a aucun suivi psychique et aucun médecin ne lui prescrit de psychotropes ».

L'expert prénommé a encore formulé les remarques suivantes (loc. cit., p. 31) :

« Si nous nous basons sur les observations durant les trois hospitalisations à la Clinique C. _____ et nos propres observations, nous ne retrouvons pas vraiment d'excentricité dans le comportement, l'apparence, ni dans le discours. Nous n'avons pas retrouvé clairement une anhédonie ni d'idées paranoïaques, ni d'idées de référence, ni d'hallucinations (mentionnées par les psychiatres de la Clinique C. _____). En revanche, il semble exister une capacité réduite pour les relations interpersonnelles. L'affect paraît effectivement inapproprié. A plus de 10 ans des premières évaluations psychiatriques à la Clinique C. _____, il ne semble pas avoir évolué vers un trouble psychotique patent. L'expertisé s'est marié en 2011 [recte : 2012] et est devenu père, en 2013 et 2019. La présentation est plutôt superposable à celle décrite dans les rapports des psychiatres qui l'ont examiné lors des hospitalisations à la Clinique C. _____, sauf qu'il réfute toute forme d'hallucination. Le diagnostic de trouble schizotypique (6A22) ne nous paraît que possible, nous n'avons pas les critères pour le retenir de manière certaine. Ce trouble pourrait être à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles, bizarrerie du comportement, difficultés dans la reconnaissance de la maladie. Si ce diagnostic devait se confirmer, il existe probablement depuis le début de son âge adulte (mais il a eu son accident de moto justement à 23 ans) et n'a apparemment pas empêché cet expertisé de travailler ».

Après avoir pris connaissance de l'expertise du Centre d'expertises X. _____, le SMR a, dans un avis médical du 22 mars 2024, formulé les remarques suivantes sous l'intitulé « discussion » :

« Le diagnostic de trouble schizotypique n'est pas confirmé, ne paraît que possible et aurait été éventuellement présent depuis le début de l'âge adulte, ce qui n'a pas empêché notre assuré de travailler, de se marier et de s'occuper de 2 enfants. Il est fait l'analyse des ressources mobilisables en page 32-33. Il est conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2008, ce qui n'a pas été retenu lors de la première demande et le diagnostic de trouble schizotypique n'est que probable. Il n'est pas décrit d'aggravation depuis 2008.

D'un point de vue somatique, il est retenu une aggravation depuis le 11 juin 2020 avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité adaptée avec comme limitations fonctionnelles : activité monomanuelle droite - pas de terrain irrégulier - pas d'utilisation des escaliers. Risque de chute même sur terrain plat - activité sédentaire assise, facilement accessible. Nécessité de pauses, de précautions lors des déplacements, pas d'exigence de rendement.

Conclusion :

D'un point de vue somatique, il est retenu une aggravation en date du 11 juin 2020 avec une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée.

D'un point de vue psychiatrique, il n'est pas retenu d'aggravation mais une capacité de travail nulle depuis 2008, ce qui n'a pas été retenu initialement.

Je laisse le soin au gestionnaire de voir avec un juriste, si nécessaire, la suite à donner à cette situation au vu des conclusions de la première demande ».

Dans un avis du 3 mai 2024, la juriste en charge du dossier de l'assuré auprès de l'office AI a notamment considéré ce qui suit :

« (...)

En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, après examen du dossier, je suis d'avis que l'expertise n'est pas probante quant à l'existence d'une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique depuis 2008.

D'une part, le diagnostic de trouble schizotypique n'est que « probable » et ne peut donc pas être considéré comme invalidant. D'autre part, l'assuré se plaint certes d'un état dépressif depuis la sortie du coma suite à son accident de moto de 2008 mais le consensus entre experts ne mentionne pas d'état dépressif, et le volet psychiatrique n'est à mon avis pas probant quant à une

atteinte dépressive totalement invalidante depuis 2008 ni postérieurement, dans la mesure où l'état de santé est considéré comme sans aggravation depuis 2008.

Je relève que la décision de refus de rente rendue en 2010 n'avait pas fait l'objet de recours et il est raisonnable de penser que si l'assuré était atteint d'une grave atteinte dépressive au point de justifier une incapacité de travail totale dans toute activité, depuis maintenant plus de 15 ans, nous aurions été saisi[s] de la situation bien avant le dépôt d'une nouvelle demande de 2022, relative à une dégradation de l'aspect somatique.

En ce qui concerne l'aspect somatique, il apparaît que la capacité de travail résiduelle de 30 % retenue résulte vraisemblablement en grande partie d'une appréciation différente du caractère invalidant de l'atteinte au bras et main gauches suite à l'accident de 2008 qui a rendu l'assuré mono-manuel, outre le fait que des atteintes touchent la jambe et les genoux depuis juin 2020.

L'expertise en ged du 20 mars 2024 p. 60 indique « une divergence avec l'avis SMR du 14 juillet 2009 qui retenait une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité mono-manuelle droite. Nous considérons qu'une activité mono-manuelle droite est possible, mais le taux de 100 % paraît irréaliste sur le marché ordinaire du travail dans la mesure où l'assuré rencontre une diminution de rendement liée à la non-utilisation totale, même comme presse, du membre supérieur gauche (troubles sensitivo-trophiques de la main, blocage en pronation, faiblesse du triceps au coude). De plus, les douleurs neurogènes du membre supérieur gauche, qui plus est non traitées, dont on sait qu'elles sont la règle dans les lésions plexuelles, sont source d'un facteur pesant sur l'assuré, même s'il ne les pas en avant et qu'il faille même questionner sur leur existence. A cela s'ajoute l'instabilité du genou droit et depuis 2020 la gonarthrose droite évoluant par poussée. »

Je relève par ailleurs que les conditions dans lesquelles une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée peut être mise en valeur est du ressort de la réadaptation.

Pour le reste, les gonarthroses sont certes responsables de « nouvelles » limitations fonctionnelles (pas de terrain irrégulier, pas d'utilisation d'escaliers, risque de chute même sur terrain plat, activité sédentaire assise avec précaution lors des déplacements) mais je vois mal pourquoi cette atteinte justifierait une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée ».

Dans un avis médical du 12 juin 2024, le SMR a indiqué avoir convenu avec la juriste de faire établir par une spécialiste en réinsertion professionnelle un rapport final comprenant le calcul du salaire exigible, ce que celle-ci a fait en date du 6 septembre 2024.

Par projet de décision du 17 septembre 2024, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à des prestations de

l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles). Selon ses constatations, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 11 juin 2020, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité - fixés respectivement à 54'142 fr. et à 49'262 fr. 61 compte tenu d'un abattement de 25 % au titre des limitations fonctionnelles -, la perte de gain s'élevait à 4'879 fr. 39, d'où un degré d'invalidité de 9 %.

Représenté par Me Lorenz Fivian, avocat, S. _____ a, par courrier du 17 octobre 2024, présenté des objections à ce projet en contestant en substance la capacité de travail retenue. A cet égard, l'assuré a relevé que, parmi les exemples d'activités adaptées citées par l'office AI, certaines ne pouvaient pas être exercées à l'aide d'un seul bras (conditionnement, aide au scannage), tandis qu'il se posait la question de la pertinence d'une activité de surveillance au regard de ses difficultés de déplacement. Il s'est par ailleurs étonné que le diagnostic psychiatrique n'ait pas été établi avec plus de clarté, ce qui ne permettait pas d'admettre l'absence de diagnostic, déplorant au passage que le dossier n'ait jamais été soumis à un médecin psychiatre du SMR.

Par courrier du 21 octobre 2024, l'office AI a imparti à l'assuré un délai au 25 novembre 2024 pour lui faire parvenir des documents médicaux susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Par correspondance du 29 octobre 2024, l'assuré a observé que le devoir d'instruction incombait à l'assureur. Cela étant, il a fait grief à l'office AI, respectivement au SMR, d'avoir écarté les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises X. _____, alors même que les problèmes de santé avaient évolué depuis le rejet de la première demande de prestations. En outre, celle-ci ne tenait compte que des problèmes somatiques, estimant que les problèmes psychiatriques, antérieurs aux problèmes somatiques, n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Or ses difficultés personnelles (absence de relations amicales investies) et professionnelles (absence de formation achevée) de

même que son refus de prendre les médicaments prescrits à la Clinique C._____ faisaient partie de la symptomatologie même.

Par décision du 21 mars 2025, l'office AI a, conformément à son projet de décision du 17 septembre 2024, entériné son refus de prester. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 29 avril 2025, S._____, toujours représenté par Me Fivian, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 21 mars 2024, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision après avoir procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité et, sous-subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Se prévalant de divers éléments au dossier, l'assuré a exposé que son état de santé avait évolué depuis 2010, ce dont l'office AI n'avait pas tenu compte dans son appréciation de la capacité de travail fondant le calcul du degré d'invalidité. Sur le plan somatique, outre la problématique du membre supérieur gauche, il a relevé avoir subi des lésions accidentelles à la jambe gauche en 2020 associées à des phénomènes dégénératifs aux deux genoux. S'agissant de l'exigibilité, il devait donc être considéré comme une personne monomanuelle peu stable sur ses jambes, étant souvent victime de chutes, souffrant de douleurs importantes et ne pouvant être soumis à aucune exigence de rendement. Outre que sa situation physique compromettait sa possibilité de retrouver un emploi sur le premier marché du travail, l'assuré rencontrait également des difficultés sur le plan psychique. Si l'expert psychiatre L._____ a clairement exclu le diagnostic de trouble dépressif, il a toutefois expliqué de manière détaillée pour quels motifs le diagnostic de personnalité schizotypique ne pouvait pas être posé de manière plus que probable. S'il devait l'être de manière définitive, il serait alors handicapant ; le fait qu'il se soit marié et ait eu des enfants ne prouvait en rien que son trouble

n'existait pas. En effet, son parcours professionnel décousu, les buts irréalistes formulés lors de ses tentatives de réinsertion professionnelle et l'instauration d'une curatelle illustraient de manière convaincante ses importantes difficultés relationnelles. Au demeurant, le fait que l'expert prénommé n'ait pas posé de manière catégorique un diagnostic complexe dans le cadre restreint d'une expertise prouvait sa cohérence et autorisait d'en suivre les conclusions, ce que n'avait pas fait l'office AI. Au vu de ces éléments, l'assuré estimait qu'il était non seulement monomanuel mais que, en raison de ses graves problèmes dans les relations interpersonnelles, il souffrait probablement d'un trouble de personnalité schizotypique. Quand bien même, selon le Tribunal fédéral, une personne monomanuelle pouvait travailler sans restriction et surtout trouver un emploi, il n'en demeurait pas moins que les difficultés de contact interpersonnelles de l'assuré, sa tendance au repli sur soi et une grande méfiance rendaient impossible son intégration dans un emploi sur le premier marché du travail. Il en résultait que le calcul du taux d'invalidité n'était pas correct, car il ne tenait pas compte de ses limitations fonctionnelles effectives et, surtout, de ses graves problèmes relationnels. Par conséquent, l'assuré estimait qu'il n'était pas en mesure d'utiliser sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique.

A l'appui de ses allégations, l'assuré a produit un bordereau de pièces comprenant notamment une attestation de rentes établie le 9 janvier 2024 par la CNA pour l'année 2023 à des fins fiscales ainsi qu'un article tiré d'une revue scientifique à propos du trouble de personnalité schizotypique.

b) Dans sa réponse du 19 mai 2025, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se fondant sur les analyses successives de la situation effectuées par le SMR les 22 mars et 12 juin 2024, il a déclaré que l'invalidité ne s'était pas modifiée de manière significative depuis la décision de refus de prestations du 18 janvier 2010.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 4 février 2022. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'office AI pouvait nier une péjoration de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de rente du 18 janvier 2010.

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. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 21 mars 2025 fait suite à une nouvelle (deuxième) demande de prestations déposée le 4 février 2022. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1^{er} août 2022, si bien qu'on appliquera le droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

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

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

c) L'art. 28b LAI dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

d) 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 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

e) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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

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

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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) 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité

physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 4 février 2022, qu'il a instruite en demandant des rapports aux différents médecins traitants et en mettant en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertises X._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 18 janvier 2010, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 21 mars 2025, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

a) Le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 janvier 2009 à la suite d'un accident de la voie publique, ayant entraîné un polytraumatisme (traumatisme crânio-cérébral sévère, fractures de l'avant-bras gauche et du fémur gauche ; lésions du plexus brachial gauche et de l'artère sous-clavière gauche). Sur le plan du traumatisme crânio-cérébral, des fractures et de la lésion vasculaire, l'évolution est favorable avec le traitement. En revanche, malgré une révision chirurgicale le jour de l'accident, puis une neurolyse effectuée par la Dre D._____ en juillet 2008, il persistait une parésie importante du membre supérieur gauche. Se fondant sur le consilium du Dr V._____ du 17 décembre 2008, le SMR a conclu que la probable structure de la personnalité schizotypique ne constituait pas une atteinte psychiatrique incapacitante. En réalité, le Dr V._____ ne s'était nullement déterminé sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique, rappelant le contexte d'évaluation (insuffisance d'éléments anamnestiques, brièveté de l'observation, faite uniquement dans le contexte hospitalier). Le SMR a finalement estimé que dans une activité adaptée, soit sans utilisation du membre supérieur gauche, la capacité de travail était complète dès mars 2009, sans diminution de rendement (avis médical du 14 juillet 2009). L'office AI a dès lors rendu une décision le 18 janvier 2010 confirmant un projet du 19 novembre 2009 niant tout droit à la rente.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 4 février 2022, le recourant a fait valoir une atteinte physique en s'appuyant

sur les rapports médicaux de ses médecins traitants. Constatant une aggravation de l'état de santé de l'assuré, l'office AI est entré en matière sur la nouvelle demande et a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du Centre d'expertises X. _____ que l'office AI a finalement écartée, estimant qu'elle n'avait pas de valeur probante en se fondant sur l'avis juridique du 3 mai 2024, respectivement sur l'appréciation du SMR, lequel s'est dès lors substitué à l'évaluation des experts.

8. a) aa) Sur le plan somatique, le rapport établi le 12 mars 2024 par le Dr M. _____ dans le cadre de l'expertise confiée par l'office intimé au Centre d'expertises X. _____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale et socioprofessionnelle), il a été rédigé en pleine connaissance du dossier médical et assécurologique mis à disposition. L'expert a en outre procédé à une analyse du contexte psychosocial dans lequel le recourant évoluait, de même qu'il s'est renseigné sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ses plaintes ont par ailleurs été prises en considération. L'évaluation de l'état de santé du recourant se fonde sur des examens cliniques complets en vue de déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. L'expert a également discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité, de même qu'il a examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

bb) Cela étant, l'intimé ne saurait être suivi, lorsqu'il affirme que sur le plan somatique, « la capacité de travail résiduelle de 30 % retenue résulte vraisemblablement en grande partie d'une appréciation différente du caractère invalidant de l'atteinte au bras et main gauches suite à l'accident de 2008 qui a rendu l'assuré mono-manuel, outre le fait que des atteintes touchent la jambe et les genoux depuis juin 2020 » (avis juriste du 3 mai 2024). En effet, il sied de constater que l'office AI a rendu un projet de décision le 19 novembre 2009, soit seulement dix-huit mois après l'accident du 28 mai 2008. A cet égard, il y a lieu de relever que le

Dr A._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, avait procédé à un examen médical le 26 novembre 2009, soit une semaine plus tard, lors duquel il avait estimé que le cas n'était pas stabilisé, qualifiant le projet de décision de l'office AI de prématuré et l'évaluation de la capacité de travail et de gain de « particulièrement irréaliste ». Ce n'est que quatre ans plus tard que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et a octroyé une rente d'invalidité de 32 % en tenant compte d'un taux d'abattement de 25 % lié au handicap (cf. décision du 10 décembre 2013).

Toutefois, comme l'a exposé le Dr M._____, l'atteinte au membre supérieur gauche provoque des douleurs neurogènes chez l'assuré, élément qui n'a jamais été pris en compte dans l'évaluation réalisée par l'office AI en 2009, étant précisé qu'entre 2008 et 2012, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales et a effectué plusieurs séjours à la Clinique C._____ sans évocation de douleurs neurogènes (cf. rapport d'examen neurologique du 24 décembre 2008). Son membre supérieur gauche est douloureux en permanence, il ressent des engourdissements, une sensation de poids, des crispations, des brûlures 24 heures sur 24. Sur questionnement, il précise que la douleur peut être de type électrique, avec des picotements et parfois, comme un électrochoc, même la nuit. Interpellé, il évalue ces douleurs entre 4 et 5 en fond douloureux permanent à l'EVA (échelle visuelle analogique), pouvant atteindre jusqu'à 7, voire 8. Il ne reçoit pas de traitements pour ces douleurs.

cc) Concernant le genou droit, l'assuré parle d'épisodes de lâchages, se manifestant par un craquement et un déboîtement douloureux, suivis de gonflement. Les déroboements peuvent arriver à n'importe quel moment et il est difficile d'en préciser les circonstances ainsi que la fréquence. Il indique que cela peut arriver en sortant de voiture, à domicile, par exemple s'il glisse dans la salle de bains. Après ces épisodes, il fait état d'un gonflement pendant trois à quatre jours et reste alors tranquille. Les douleurs du genou droit évoluent par crise ; il peut en avoir deux à trois par mois, puis plus aucune pendant deux mois ; les

crises sont plus fréquentes l'hiver que l'été. Il traite ces crises par la prise de 1 g à 3 g de Dafalgan pendant trois à quatre jours, du repos et l'application d'une couverture chauffante. Il a des douleurs lorsqu'il utilise les escaliers, à la descente plus qu'à la montée. Il peut alterner les marches, sauf dans les périodes de crise. Il évalue son périmètre de marche à une heure au maximum, indique qu'il doit se concentrer sur son genou droit pour qu'il ne se dérobe pas, ce qui entraîne une fatigue. Il ne peut pas courir, même derrière son fils de 4 ans, tout comme il ne peut pas jouer au ballon avec ses deux enfants.

La marche sur terrain irrégulier lui est particulièrement pénible. En position assise, il ne peut maintenir l'angle droit de manière prolongée, il doit allonger son genou, changer de position. C'est le cas après une heure en voiture ; il ajoute qu'il a également à ce moment-là des douleurs au dos ; il peut faire un voyage plus long, mais il doit alors faire des pauses et au bout d'une heure, il doit allonger sa jambe droite. Il n'utilise et n'a aucune aide technique pour pallier les déficiences de son membre supérieur gauche comme des cannes anglaises, indiquant que celles-ci sont trop onéreuses. Il préfère se débrouiller par lui-même ; il ne peut couper sa viande, mais la pique avec la fourchette et grignote ainsi. Les seules aides techniques dont il dispose ont concerné l'aménagement de son véhicule automobile avec un pommeau de volant et un boîtier de commande électronique pris en charge par l'office AI, mais son véhicule a été détruit et un ami garagiste a remonté les adaptations sur un véhicule de prêt que l'assuré emprunte parfois.

dd) Concernant le genou gauche, l'assuré n'a pas de doléance spontanée ni sur questionnement. Il en est de même pour la cheville gauche, où il fait état parfois de quelques douleurs en dorsiflexion, par exemple, lors des quelques exercices personnels qu'il effectue afin de muscler ses cuisses et pour éviter de grossir.

ee) L'assuré mentionne également des douleurs lombaires basses, irradiant en ceinture et vers le haut, existant depuis quelques années, possiblement depuis son accident de moto. Ces douleurs sont

également permanentes, diurnes et nocturnes, pouvant le réveiller, mais il indique qu'il bouge beaucoup la nuit. Il ne décrit pas d'irradiation aux fesses ou aux membres inférieurs, indique sur questionnement qu'elles peuvent parfois être impulsives au Valsalva.

ff) A la demande de l'expert, l'assuré évoque également des douleurs cervicales basses, entre le cou et les omoplates, qu'il attribue aux compensations de son membre supérieur paralysé. Il n'indique pas de difficultés dans les mouvements de rotation, par exemple, pour conduire ou garer le véhicule. Il ajoute que son coude droit peut être comme épuisé, à force de compenser, toutefois, sans blocage véritable, mais, selon ses propres termes, « il n'est pas à 100 % ».

gg) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, contrairement à l'office intimé, qu'au vu de l'expertise du Dr M._____, dont on ne voit pas de motif de s'écarter, le recourant dispose, depuis le 11 juin 2020, d'une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée à son état de santé. Ce constat quant à la capacité de travail résiduelle du recourant justifie de reconnaître une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 18 janvier 2010, entrée en force.

b) Sur le plan psychiatrique, l'évaluation de l'expert psychiatre L._____ ne peut être suivie. En effet, en tant que ce médecin qualifie le diagnostic de trouble schizotypique de « possible » (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 12 mars 2024, p. 31), il ne peut pas être considéré comme invalidant. Par ailleurs, si l'assuré se plaint certes d'une humeur dépressive depuis juin 2008, les experts du Centre d'expertises X._____ n'ont cependant pas retenu un état dépressif dans leur évaluation consensuelle. Au demeurant, dans la mesure où l'expert psychiatre a écarté toute aggravation de l'état de santé psychique depuis 2008, l'existence d'une atteinte dépressive totalement incapacitante ne saurait être retenue, ni depuis 2008, ni postérieurement. Force est dès lors de constater que le volet psychiatrique de l'expertise du Centre d'expertises X._____ ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de

valeur probante. Il n'y a toutefois pas lieu de procéder à une instruction complémentaire sur ces points compte tenu de l'incapacité de travail sur le plan somatique permettant d'aboutir à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (cf. considérant 9 ci-dessous).

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

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

cc) Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

dd) En l'occurrence, après avoir présenté une capacité totale de travail depuis le 28 mai 2008, le recourant a présenté, dès le 11 juin 2020, une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée à son état de santé. Ce changement dans la capacité de travail étant susceptible d'influencer le droit à la rente, c'est à juste titre que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2021 compte tenu du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. considérant 4b ci-dessus).

b) aa) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex : TF 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

bb) Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé pour 2021, soit 54'142 fr. pour une activité exercée à plein temps, n'est pas contesté par le recourant. Rien ne justifie de s'en écarter. En effet, il a été fixé sur la base des indications fournies par le recourant dans sa demande de prestations du 19 janvier 2009 (3'900 fr. x 13). L'office AI a ensuite adapté ce montant à l'évolution des salaires nominaux en 2021 (indice de 2136 en 2009 et de 2281 en 2021, pour un homme, tableau T39 « Évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels »).

c) aa) Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en

exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 1 et 2 RAI).

bb) 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).

cc) Dans la mesure où l'assuré n'exerce plus aucune activité lucrative depuis le mois de mai 2008, il convient, comme l'a fait l'office AI, de se baser sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS, ce qui est conforme à la jurisprudence (cf. considérant 9c/aa ci-dessus) et ce que le recourant ne remet pas en cause. Pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, soit un montant de 5'261 fr. en 2020 (tableau TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétences 1, hommes). Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail moyen en 2021 dans les entreprises en Suisse (41,7 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (- 0,7 % ; ATF 129 V 408 consid. 3.1.2), le revenu annuel d'invalidé s'élève à 65'354 fr. 41 pour un plein temps et à 19'606 fr. 32 pour une capacité de travail de 30 %.

dd) aaa) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 applicable en l'espèce (cf. considérant 3b ci-dessus), 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). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

bbb) En l'occurrence, en tant que le taux d'abattement de 25 % initialement retenu par l'intimé dans la décision du 21 mars 2025 se rapporte à une capacité de travail entière, il ne peut être maintenu, dès lors que la capacité de travail du recourant a finalement été fixée à 30 % (cf. considérant 8a/gg ci-dessus). Aussi, compte tenu d'un taux d'occupation inférieur à 50 %, il convient de retenir un abattement de 10 % (cf. art. 26^{bis} al. 3 RAI), en sus duquel il se justifie de procéder à un abattement supplémentaire de 10 % afin de prendre en considération les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. Il en résulte un taux d'abattement global de 20 %, ce qui conduit à un revenu d'invalidité de 15'685 fr. 05.

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 54'142 fr. avec un revenu d'invalidité de 15'685 fr. 05 aboutit à un degré d'invalidité (arrondi) de 71 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité (art. 28b al. 3 LAI) à compter du 1^{er} août 2022, soit six mois après le dépôt de la (seconde) demande de prestations intervenu le 4 février 2022 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

10. Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire.

11. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 21 mars 2025, en ce sens que S. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2022.

12. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que S._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2022.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Lorenz Fivian, avocat (pour S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :