

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Wiedler, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 6, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2
et 3 RAI**

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], sans formation professionnelle, exerçait une activité de manœuvre de chantier lorsqu'il a été victime d'un accident le 25 septembre 2001, ayant entraîné une entorse au genou gauche avec déchirure du ménisque externe.

Le 12 décembre 2002, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de cette atteinte.

Il résulte de l'avis médical établi par le Service médical régional (ci-après : le SMR) le 15 juillet 2004, que l'atteinte subie le 25 septembre 2001 a été traitée avec succès par arthroscopie. Dans les suites de cette chirurgie, l'assuré s'est plaint de gonalgies résiduelles. Il a été examiné à plusieurs reprises par le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA), assureur LAA, qui avait trouvé un status normal. À la suite d'un séjour à la D._____ (ci-après : la [...]) en mars 2002, la capacité de travail a été évaluée à 100% dans la profession de manœuvre dès le 6 mai 2002.

Par décision du 19 juillet 2004, l'OAI a nié le droit de l'assuré à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que son incapacité de travail et de gain avait duré moins d'une année.

B. L'assuré, désormais marié et père de deux enfants nés en 20[...] et 20[...], exerçant le métier de vendeur dans un magasin d'alimentation, a subi un nouvel accident le 13 avril 2016. Il en est résulté une déchirure en anse de sceau du ménisque externe du genou gauche, ayant nécessité une intervention chirurgicale le 20 juin 2016. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la CNA, assureur LAA.

L'assuré a été au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% du 16 avril 2016 au 24 juin 2018, puis à 50% du 1^{er} novembre 2019 au 6 janvier 2020. Il n'a jamais repris d'activité lucrative après l'accident du 13 avril 2016.

Le 8 décembre 2016, il a déposé une deuxième demande auprès de l'OAI en raison de l'atteinte accidentelle subie.

Il résulte des pièces transmises par l'employeur de l'assuré à l'OAI le 30 janvier 2017 que le salaire de ce dernier s'est élevé à 52'650 fr. pour l'année 2016 (13 x 4'050 fr.).

En mars 2017, l'assuré a bénéficié d'un séjour auprès de la D. _____ en raison de douleurs persistantes au genou gauche. Dans le rapport du 20 avril 2017 établi à l'issue de cette hospitalisation, les Drs I. _____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K. _____, médecin, ont diagnostiqué une déchirure en anse de sceau luxée du ménisque externe et des troubles dégénératifs débutants au genou gauche. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas d'activités nécessitant de monter et descendre des escaliers et des échelles et pas de positions accroupie et à genou prolongées.

L'avis médical émis par le SMR le 8 mars 2019 a la teneur suivante :

« Assuré 39 ans, sans formation, dernière activité comme vendeur polyvalent chez [...], accidenté en avril 2016 puis opération du ménisque du genou D (recte : G), en IT à 100% depuis avril 2016. Se plaint de douleurs au genou D (recte : G) dans les suites opératoires.

A noter un antécédent d'entorse du genou G en 2001 avec déchirure du ménisque suturé par scopie avec succès ; l'assuré retrouve une CT entière dans son activité habituelle de manœuvre (cf Rapport examen SMR du 15.07.2004).

Examen du Dr L. _____ 01.05.2018 : objectivement situation clinique inchangée depuis 30.01.2017 avec une clinique objective

(status orthopédique normal) très pauvre déjà à cette date ; radiologiquement pincement du compartiment externe et début d'ostéophytose pouvant expliquer des douleurs mais certainement pas l'ampleur des plaintes de l'assuré ; cette appréciation est également retrouvée lors de l'examen par le Dr N._____, orthopédiste DAL le 23.02.2018. La CT est entière dans une activité adaptée permettant les changements de position.

L'assuré a bénéficié d'une évaluation à la D._____ du 22.2 au 21.03.2017 ; les plaintes sont essentiellement les douleurs au genou G, au status on constate un épanchement au niveau du genou G (pas retrouvé à l'Ultrason du 06.03.2017), sinon pas de limitation ; une évaluation des capacités fonctionnelles a été effectuée : on relève la mauvaise participation de l'assuré et une sous-estimation considérable de ses aptitudes fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles suivantes sont néanmoins retenues : [...].

Absence d'autre pathologie notamment dans l'axe psychique. Stabilisation attendue à 2 mois.

Examen du Dr N._____ orthopédiste en date de février 2018 : constatations et conclusion superposables à celle de la D._____ en mars 2017. Progression vers une atteinte arthrosique plus sévère du genou G très probable sur les prochaines années qui nécessitera probablement une reprise chirurgicale, voire la pose d'une prothèse.

Conclusion : au vu de l'atteinte et de la très probable évolution non favorable dans les prochaines années, je retiens une CT entière dans une activité adaptée aux LF suivantes, comme fixées par la D._____ : port de charges lourdes, activités nécessitant de monter et descendre les escaliers et les échelles ainsi que la position accroupie et à genou prolongée.

Début de l'aptitude à la réadaptation : sortie de la D._____ : mars 2017.

[...] »

Par décision du 4 juin 2020 confirmant un projet du 24 avril 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a retenu qu'à l'issue du séjour auprès de la D._____ en début d'année 2017, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge lourdes, pas d'activités nécessitant de monter et descendre des escaliers et des échelles et pas de position accroupie et à genou prolongée. Procédant à une comparaison des revenus réalisables avec et sans invalidité, l'OAI a considéré que l'intéressé était en mesure de réaliser un revenu annuel sans perte de

gain, de sorte qu'aucune mesure professionnelle ou rente ne devait être accordée.

C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI le 3 février 2021, mentionnant, quant au genre de l'atteinte, l'accident subi en avril 2016 et indiquant que les renseignements pouvaient être requis auprès de ses médecins traitants.

Par certificat médical du 20 janvier 2022, le Dr U._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé qu'il connaissait l'assuré depuis le mois d'octobre 2020. Il le suivait pour des douleurs invalidantes au genou gauche à la suite de deux arthroscopies, ayant abouti à une chondropathie sévère du condyle fémoral externe, avec un ménisque externe déchiqueté de façon irrégulière associé à des épisodes d'œdèmes intra-articulaires et intra-osseux spongieux. Trois infiltrations avaient eu un effet bénéfique transitoire. Son patient était de plus en plus recroquevillé sur lui-même et dépressif, affichant un moral très inquiétant. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique.

Dans un compte rendu du 18 février 2022, le SMR a affirmé qu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique malgré les inquiétudes formulées par le Dr U._____, et que l'atteinte au genou gauche avait déjà été prise en compte.

Par décision du 30 mars 2022 confirmant un projet du 18 février 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 3 février 2021, au motif qu'une modification de l'état de santé n'était pas établie, la capacité de travail demeurant entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

D. L'assuré a déposé une quatrième demande de prestations le 6 avril 2022.

Par rapports médicaux des 31 mars et 19 avril 2022, le Dr U. _____ a notamment informé l'OAI qu'il avait reçu son patient à deux reprises depuis le début de l'année, pour un épanchement douloureux au niveau du genou gauche et des douleurs avec limitation fonctionnelle au niveau de la cheville droite. Les radiographies montraient une arthrose de la cheville et de la sous-astragaliennne ainsi qu'une gonarthrose. Un suivi psychiatrique avait en outre été initié.

Par décision du 18 août 2022 confirmant un projet du 7 juin 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2022, au motif que les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une modification objective de l'état de santé de l'assuré.

E. Le 6 octobre 2022, l'assuré a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI.

Deux rapports du Dr U. _____ des 28 septembre et 21 octobre 2022 ont été versés au dossier de l'OAI. Il en résulte que l'assuré souffrait d'une gonarthrose sévère du tri-compartmental gauche avec des épisodes d'épanchement intra-articulaires, d'une arthrose sévère tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne à la cheville droite et d'une dépression profonde avec insomnie, pour laquelle un suivi psychiatrique et psychologique avait été mis en place. Ce médecin a indiqué que le degré d'incapacité de travail de son patient était de 100%.

Le 9 février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'une aggravation de son état de santé était rendue plausible et que l'instruction médicale allait se poursuivre.

Par rapport médical somatique du 20 février 2023 à l'OAI, le U. _____ a notamment indiqué avoir reçu son patient à huit reprises au cours des deux années précédentes. Il a attesté d'une incapacité totale de travail _____ depuis _____ le 22 octobre 2020 dans l'activité habituelle de vendeur en alimentation et

confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 21 octobre 2022. Son pronostic sur la capacité de travail était réservé. Aucun nouveau plan de traitement n'était envisageable. Seules les infiltrations, la médication et la physiothérapie restaient indiquées. À la question de savoir combien d'heures par jour pouvait raisonnablement travailler l'assuré dans une activité adaptée, le Dr U. _____ a répondu par le terme « difficile ». Sous les rubriques « pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient » et « capacité de travail sur un taux de 100% », ce médecin a répondu que cela restait possible physiquement. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement en position debout, impliquant différentes positions ou exercée principalement en marchant, pas de position accroupie ni à genoux, pas d'activité impliquant de se pencher en avant, de soulever/porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de monter des escaliers. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Une activité uniquement en position assise restait possible, de même que travailler avec les bras au-dessus de la tête. Les pièces suivantes étaient jointes à ce rapport médical :

- Une radiographie de la cheville droite réalisée le 23 janvier 2020 n'ayant mis en évidence aucune fracture visible. Les rapports articulaires étaient conservés. Les parties molles en regard de la malléole interne étaient tuméfiées.

- Une radiographie du genou gauche réalisée le 26 novembre 2020 par le Dr F. _____, médecin spécialiste en radiologie, mettant en évidence une ébauche ostéophyttaire du condyle fémoral interne.

- Une imagerie par résonance médicale (ci-après : IRM) du genou gauche du 8 décembre 2020 réalisée par la Dre R. _____, médecin spécialiste en radiologie, objectivant une fissure multi-planaire avec lambeau instable dans le ménisque externe et une chondropathie de grade 4 à la partie postérieure et latérale du condyle externe, isolée.

- Un rapport médical du Dr W. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 17 juin 2022. Selon ce médecin, l'assuré gardait des douleurs quotidiennes au genou gauche à la suite d'un traumatisme en 2016 qui avait abouti à une opération dont l'évolution était défavorable. Plusieurs spécialistes avaient

été consultés, qui n'avaient pas émis de propositions thérapeutiques. À cela s'était ajouté une entorse de la cheville droite causée par une chute dans les escaliers le 20 janvier 2020, de laquelle l'assuré gardait des séquelles douloureuses. L'évolution n'était pas simple, une tentative d'infiltration par cortisone avait été faite, à laquelle il n'avait pas répondu. Ce médecin a affirmé que des douleurs chroniques s'étaient installées tant au niveau du genou gauche que de la cheville droite. Il a préconisé une réorientation professionnelle, estimant que l'assuré pouvait tout à fait travailler dans le cadre d'une activité assise telle que dans l'horlogerie ou un travail de bureau.

Dans un formulaire de l'OAI complété le 3 mars 2023, le Dr P._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré était suivi bimensuellement par un psychiatre et un psychologue depuis novembre 2022. Il souffrait de tristesse, d'anhédonie, de fatigue, d'insomnies, de perte de poids, d'une faible estime de soi et de troubles de la concentration. Un traitement médicamenteux par anti-dépresseurs avait été mis en place. Le diagnostic retenu était un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis novembre 2022, entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le mois de novembre 2022 avec les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur modéré, isolement social partiel. Le pronostic concernant une capacité de travail de 50% était favorable, moyennant une réadaptation professionnelle. L'assuré était limité partiellement dans l'accomplissement des tâches ménagères, car ralenti.

Répondant aux questions de l'OAI par courrier du 8 septembre 2023, le Dr P._____ a affirmé que l'évolution du trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique était stationnaire depuis mars 2023. Son patient gérait difficilement le quotidien avec l'aide de sa famille. Il avait des ressources qualifiées de moyennes. Il était toujours sous médication et venait en consultation à quinzaine. Les limitations fonctionnelles restaient un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration. S'agissant de la capacité de travail, elle était encore

de 50% sans baisse de rendement, moyennant une réinsertion professionnelle accompagnée d'un bilan de compétences. La possibilité d'augmenter ultérieurement le taux d'occupation en fonction de l'évolution de la situation était évoquée.

Par avis médical du 8 novembre 2023, la Dre Q._____, médecin praticienne auprès du SMR, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, orthopédique et psychiatrique.

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du centre d'expertises J.____Sàrl par mandat du 14 novembre 2023, dont l'exécution a été confiée aux Drs V._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et Z._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport le 6 février 2024, comportant une synthèse du dossier, une évaluation consensuelle, les informations sur l'obtention du consensus et les signatures, les rapports de chaque expert dans sa spécialité et des annexes constituées des résultats d'examens effectués au cours de l'expertise et du résumé des pièces principales du dossier. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont exposé ce qui suit :

- Sur le plan somatique, ils ont rappelé l'entorse au genou gauche subie en septembre 2001 avec lésion méniscale, dont les suites avaient été difficiles, puis la seconde lésion en avril 2016 ayant nécessité une méniscectomie en juin 2016. Au titre de diagnostics incapacitants, ils ont retenu une gonarthrose externe affectant le genou gauche et une entorse externe de la cheville droite ayant entraîné un status avec lésion ostéochondrale du talus avec plusieurs corps libres situés postérieurement dans l'articulation. Au titre de diagnostic non-incapacitant, ils ont mentionné des discrètes cervicalgies et tensions au niveau des deux épaules. Les experts ont encore observé un déconditionnement en raison de l'absence d'activité.

- Sur le plan psychique, l'expertisé avait décrit l'installation de phénomènes « dépressifs » immédiatement après l'accident subi en 2016

et n'avait pas constaté d'évolution malgré la prise en charge initiée à la fin de l'année 2022. Dans les plaintes spontanées limitantes, avaient été rapportés des processus douloureux, des acouphènes, de l'anxiété, de la transpiration, des tremblements et un sentiment de dépression, c'est-à-dire un sentiment de mal-être et des idées suicidaires. Le jour de l'examen, l'expertisé affichait un tableau d'une telle sévérité qu'il n'était pas compatible avec la description qu'il avait faite de la journée type, ni même avec le déplacement seul, en voiture, pour se rendre au centre d'expertise. Les experts ont diagnostiqué un trouble non-incapacitant de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21), dans la mesure où, malgré les différentes incohérences observées, un abaissement de l'humeur installé dans les suites de l'accident de 2016 ne pouvait être exclu. Toutefois, il ressortait de la documentation et de leurs constatations un fonctionnement nettement supérieur à celui affiché par l'expertisé dans les différents domaines de l'existence et qui n'était pas compatible avec un épisode dépressif. Il n'y avait en outre aucun critère en faveur d'un tel épisode. Un trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu, car l'assuré n'avait pas rapporté d'antécédent dépressif et avait décrit un processus d'abaissement de l'humeur continu depuis son apparition. Les experts ont relevé que les processus anxieux, qui n'avaient pas été observés le jour de l'examen, décrits par l'expertisé comme étant brefs, d'intensité moyenne et de fréquence rare (deux fois par mois), n'entravaient pas le fonctionnement quotidien. Ils ont écarté un trouble de la personnalité : l'assuré avait rapporté un niveau de fonctionnement très satisfaisant dans tous les domaines de l'existence, jusqu'en 2016, alors qu'un tel trouble évolue par nature depuis l'âge de jeune adulte. L'intéressé avait à cet égard notamment décrit de bonnes relations avec ses collègues et ses employeurs depuis toujours, n'avait pas rapporté d'humeur imprévisible, d'explosion émotionnelle et les experts n'avaient pas retrouvé dans sa vie sociale, amicale ou affective de notion de rupture abrupte ou d'un surinvestissement des liens affectifs. L'expertisé se décrivait lui-même comme étant de nature plutôt réfléchi, ne prenant pas de décision impulsive sans penser aux conséquences. Il avait évoqué un fonctionnement de sa personnalité comme un atout tout au long de sa vie et n'avait pas reçu de reproches à ce sujet.

- S'agissant des ressources, se référant à la journée type décrite au moment de l'expertise, les experts ont retenu de bonnes capacités de planification et de structuration des tâches. Les capacités de jugement et de prise de décision étaient conservées. L'adaptation aux règles et aux routines était satisfaisante. Les activités spontanées demeuraient relativement diversifiées, entre la lecture, la télévision et la marche et apportaient du plaisir à l'assuré. Il conservait une bonne capacité d'affirmation de soi. Les rapports avec la famille et les intimes étaient décrits comme satisfaisants depuis toujours, l'expertisé étant notamment proche de sa fratrie. Les facteurs de surcharge étaient des douleurs chroniques ainsi qu'une flexibilité et une adaptabilité probablement rendues modestes par une très longue période d'inactivité. Il en allait de même de la mise en pratique des compétences. Les capacités de persévérance étaient elles aussi probablement atténuées pour la même raison.

- Dans le cadre du contrôle de la cohérence, les experts ont relevé que les lésions observées à la cheville droite et au genou gauche, de faible importance, n'expliquaient pas la symptomatologie douloureuse importante rapportée, y compris nocturne. Des incohérences résultaient en outre du discours spontané de l'expertisé. En début d'examen, il avait rapporté une absence de toute évolution des troubles psychiques, puis, en fin d'examen, il avait déclaré percevoir les bénéfices de la prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique, ainsi que du traitement psychotrope anti-dépresseur. Des incohérences ressortaient également des propos de l'expertisé en lien avec son quotidien (heure indiquée de la première prière matinale qui n'était pas la bonne, abstinence de consommation d'alcool rapportée alors que les examens biologiques démontraient une consommation modérée, absence de souvenirs en lien avec certaines questions telle que l'âge des premières relations sexuelles ou l'image qu'il avait de lui-même). Il existait également des incohérences entre les plaintes de l'assuré et les constatations faites le jour de l'examen. Le tableau affiché par l'expertisé le jour de l'expertise, qui plaidait en faveur d'un processus particulièrement sévère, ne concordait pas avec les plaintes spontanées, qui n'atteignaient pas un tel degré de gravité. Le tableau affiché ne concordait pas non plus avec la journée type

dépeinte par celui-ci : si le fonctionnement présenté était reporté dans une journée type, l'assuré ne serait en aucun cas en mesure d'assumer l'ensemble des tâches décrites, notamment s'occuper des enfants, se promener, partir en vacances, voire même conduire un véhicule.

- La capacité de travail en raison des atteintes somatiques demeurait nulle dans l'activité habituelle depuis avril 2016 et était de 90% dans une activité adaptée depuis septembre 2016, c'est-à-dire deux mois après la chirurgie de juin 2016. L'assuré était capable de travailler à 100%, mais un abattement de 10% a été opéré en raison d'une diminution de la performance liée au besoin de pauses supplémentaires. Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes que celles listées lors du dernier séjour à la D. _____ en 2017 : activité principalement assise avec possibilité de se lever, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'accroupissement, pas d'escaliers de manière itérative, pas de marche en terrain inégal, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire. Sur le plan psychique, la capacité de travail n'était pas impactée par le trouble diagnostiqué, la capacité de travail restant entière.

La Dre Q. _____, du SMR, s'est déterminée sur cette expertise par avis du 12 février 2024. Sur le plan somatique, elle a relevé qu'une progression de l'arthrose du genou gauche et des séquelles d'une entorse de la cheville droite avaient été rapportées, mais ces lésions étaient de faible importance et n'expliquaient pas la symptomatologie douloureuse importante de l'assuré. Aucune nouvelle limitation fonctionnelle n'avait été retenue par les experts. Sur le plan psychique, le trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée sans impact sur la capacité de travail était fondé sur une description clinique précise et étayée ainsi qu'une réflexion motivée sur l'évolution de l'atteinte, de sorte qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions expertales. Elle en a conclu qu'il n'y avait pas de modification depuis la dernière décision de l'OAI, la capacité de travail dans une activité adaptée demeurant entière et les limitations fonctionnelles inchangées.

Par communication du 15 février 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait bénéficier d'un placement à l'essai.

Par décision du 10 avril 2024 confirmant un projet du 15 février 2024, l'OAI a nié le droit de l'assuré à bénéficier de mesures professionnelles et de percevoir une rente d'invalidité, au motif que selon les rapports médicaux au dossier et après analyse approfondie de la situation, il n'existait pas d'aggravation objective de son état de santé. La capacité de travail demeurait donc entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par décision du 4 juin 2020. Le revenu sans invalidité s'élevait à 58'746 fr. 40 pour une activité de vendeur à 100%. Le revenu avec invalidité était de 60'772 fr. 19 pour une activité à 100% dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Dans la mesure où le revenu avec invalidité était supérieur au revenu sans invalidité, l'assuré ne présentait pas de préjudice économique ouvrant le droit à une rente. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'OAI a indiqué que le recourant ne pouvait pas en bénéficier, puisqu'il n'atteignait pas le seul minimal légal de 20% de manque à gagner.

F. Par acte du 10 mai 2024, T. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 10 avril 2024, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Le recourant a rappelé qu'il était en incapacité de travail totale depuis avril 2016 et qu'il souffrait de douleurs au genou gauche après deux opérations du ménisque, de douleurs à la cheville droite après une chute, de cervicalgies, de problèmes d'audition et de mastication ainsi que d'un trouble dépressif sévère. Il a produit une attestation établie le 7 mai 2024 par le Dr P. _____, la Dre G. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B. _____, psychologue et psychothérapeute, lesquels ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.11) entraînant une incapacité de travail de 50% depuis novembre 2022, en raison d'un ralentissement psychomoteur modéré et de troubles de la concentration modérés avec isolement social partiel. Ils ne partageaient pas l'appréciation des experts mandatés par l'OAI. Certaines observations cliniques résultant du rapport d'expertise (présentation particulière, ralentissement général, absence totale de gestuelle et de mimique, peu de contact visuel avec l'expert psychiatre,

voix monocorde, présentation très inhabituelle contrastant avec la capacité de l'expertisé de venir seul en voiture au rendez-vous) auraient dû conduire les experts à retenir un ralentissement psychomoteur modéré, classique lors de troubles dépressifs moyens. L'appréciation de l'expert Z._____ contenait en outre des contradictions et n'était pas fondée sur l'ensemble du dossier.

Par envoi du 19 juin 2024, l'assuré a produit le rapport d'expertise privée établi le 5 juin 2024 par le Dr S._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr S._____ s'est fondé sur le dossier médical de l'expertisé, une discussion téléphonique avec la psychiatre traitante et un entretien clinique avec l'intéressé. Après avoir résumé le dossier médical depuis octobre 2022 et rappelé l'anamnèse de l'assuré, ce spécialiste a noté les plaintes suivantes : une tristesse quotidienne modérée tout au long de la journée depuis novembre 2022, une anhédonie partielle, une fatigue quotidienne impliquant que chaque tâche prenait plus de temps, des troubles de la concentration l'empêchant notamment de conduire sur de longues distances, des troubles de l'appétit et du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes), des idées noires passives, des angoisses quotidiennes depuis novembre 2022, des transpirations nocturnes, des vomissements réguliers et des acouphènes. L'expert privé a indiqué que l'assuré présentait des troubles de la concentration modérés, une attitude anxieuse, un ralentissement moteur modéré, une thymie abaissée modérément tout au long de l'entretien, un rythme de parole lent et un cours de la pensée ralenti modérément, une baisse d'estime de soi et des idées de culpabilité. Il n'y avait aucun trouble attentionnel ni mnésique objectivable. Il a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis novembre 2022, le trouble dépressif ayant été sévère (F33.2) en mars 2023 lors d'une hospitalisation de trois semaines. Le Dr S._____ a émis un pronostic plutôt positif quant à une reprise d'activité. La capacité de travail était de 50% depuis novembre 2022, sans baisse de rendement. Son pronostic, dont il a évalué la certitude à « 50% de chances », était en faveur d'une reprise d'activité à 70% d'ici une année. Il a évalué les capacités, les ressources et les difficultés de l'assuré

en se fondant sur les critères de la MINI CIF 10. Il a en outre émis plusieurs critiques à l'encontre de l'expertise de J. _____ Sàrl.

Par réponse du 1^{er} juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que les renseignements médicaux obtenus, singulièrement l'expertise bi-disciplinaire réalisée, ne faisaient état d'aucune modification significative de l'état de santé, de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles du recourant depuis le 4 juin 2020, date de la dernière décision de refus de prestations. Le placement à l'essai à 50% effectué par le recourant du 13 mai au 28 juin 2024 avait en outre été couronné de succès. Le rapport médical des psychiatres traitants et de la psychologue du recourant du 7 mai 2024 ne changeaient rien aux conclusions du SMR. Par avis médical du 17 juin 2024, la Dre Q. _____ avait relevé que les raisons cliniques ayant conduit les psychiatres du recourant à retenir une capacité de travail de 50% n'étaient pas exposées. S'agissant de l'expertise confiée aux Drs V. _____ et Z. _____, leur rapport était suffisamment descriptif et argumenté pour comprendre la situation médicale de l'assuré. La description de la vie quotidienne était étayée, le déroulement d'une journée avant les difficultés et celui d'une journée type actuelle ayant été comparés. Les observations cliniques étaient décrites, il était aisé de suivre les constatations expertales ainsi que l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés. L'argumentation était convaincante et s'appuyait sur des constatations objectives. S'il était vrai que l'expertise n'avait pas pris en compte l'hospitalisation de l'assuré en mars 2023 pour raisons psychiques, la Dre Q. _____ avait relevé que cet épisode semblait avoir été de courte durée (un mois) avec une bonne amélioration déjà lors de l'hospitalisation, de sorte qu'il n'avait pas modifié durablement les limitations fonctionnelles. L'état thymique de l'assuré était certainement fluctuant, néanmoins à une année du début de la prise en charge psychique, le rapport d'expertise était suffisamment convainquant pour que les conclusions en résultant puissent être suivies.

Par courrier du 7 août 2024, l'intimé a indiqué qu'après avoir soumis l'expertise privée du 5 juin 2024 au SMR, il maintenait ses

conclusions. Il a produit l'avis de la Dre Q._____ du 11 juillet 2024, qui s'est prononcée en ces termes sur le rapport du Dr S._____ : elle peinait à suivre les conclusions de ce psychiatre en raison du manque général de précision que comportait les chapitres nécessitant une description objective. Les indications concernant la vie quotidienne dans l'expertise du Dr Z._____ étaient beaucoup plus précises. En plus de manquer de concision, les observations du Dr S._____ étaient retranscrites par des phrases stéréotypées ne permettant pas de comprendre le degré de gravité de la situation. Ses appréciations n'étaient pas illustrées par des éléments concrets permettant d'objectiver les difficultés décrites. Les mêmes remarques prévalaient concernant l'appréciation des ressources en s'appuyant sur les critères de la mini-CIF. L'expert ne se distanciant pas des propos de l'assuré. La Dre Q._____ a trouvé étonnant qu'aucune baisse de rendement n'ait été retenue au vu du trouble dépressif récurrent diagnostiqué. Elle en a conclu que l'expertise privée n'était pas convaincante en raison de l'absence de descriptions objectives et précises tant dans la description de la vie quotidienne que des constats cliniques. Elle se ralliait aux conclusions de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, la description de la situation clinique étant précise, contextualisée et objectivable.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

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 10 avril 2024 fait suite à une demande de prestations déposée le 6 octobre 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

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.

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).

b) 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, 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).

5. 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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).

ca) 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).

S'agissant spécialement du succès du traitement ou la résistance au traitement, le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une

thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées).

cb) 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 (inévitabile) 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).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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).

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).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande dont il a été saisi le 6 octobre 2022. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 4 juin 2020 et la décision litigieuse du 10 avril 2024, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La décision de refus de prestations du 4 juin 2020 est essentiellement fondée sur le rapport de sortie établi par les médecins de la D._____ en avril 2017. Les diagnostics retenus étaient un traumatisme du genou gauche en 2016 avec déchirure en anse de sceau luxée du ménisque externe. Des troubles dégénératifs débutants au même genou étaient également relevés. Ces lésions impliquaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, pas d'activités nécessitant de monter et descendre des escaliers et des échelles et pas de positions accroupie et à genou prolongées. D'autres rapports médicaux au dossier confirmaient par ailleurs que la capacité de travail dans une activité adaptée demeurait entière, appréciation à laquelle s'était ralliée le SMR.

b) Dans sa décision du 10 avril 2024 statuant sur la demande de prestations du 6 octobre 2022, l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas objectivement aggravé depuis sa décision du 4 juin 2020. Partant, une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées par cette dernière décision était conservée. L'OAI s'est essentiellement fondé sur l'expertise bi-disciplinaire réalisée par J._____Sàrl, dont le SMR avait validé les conclusions.

Le recourant estime pour sa part que son état de santé justifierait l'octroi d'une rente. Il se fonde sur le rapport médical établi par ses psychiatres et sa psychologue le 7 mai 2024 et l'expertise privée réalisée par le Dr S._____ le 5 juin 2024.

c) Il sied en premier lieu de constater que sur le plan formel, le rapport d'expertise de J._____Sàrl du 6 février 2024 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Les experts ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, parmi lesquelles figuraient notamment des rapports de plusieurs spécialistes en orthopédie, dont ceux du Dr U._____, qui suit le recourant depuis octobre 2020, ainsi que les imageries médicales

réalisées. Le dossier comportait également des rapports médicaux des médecins psychiatres et des psychologues suivant l'assuré depuis novembre 2022. Le dossier médical a été complété par une analyse d'urines effectuée à la demande du centre d'expertise. Les experts ont tous deux examiné individuellement l'intéressé et établi un rapport détaillé portant sur leur spécialité. Ces rapports individuels comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec l'assuré, au cours d'un entretien libre puis d'un entretien dirigé ciblé, ainsi que les anamnèses familiale, médicale, scolaire, professionnelle, sociale et thérapeutique, incluant une description d'une journée type avant et après l'accident survenu en 2016, de l'organisation des loisirs, du ménage et de la vie quotidienne. D'autre part, les experts ont décrit leurs constatations, leurs diagnostics, leur évaluation médicale et médico-assurantielle et leurs réponses aux questions soumises par l'intimé. Une évaluation consensuelle propose enfin une synthèse de la situation médicale du recourant établie après une discussion entre les deux experts.

Reste à déterminer si les conclusions expertales sont convaincantes.

d) Sur le plan physique, l'expert V._____ a posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose du genou gauche après les lésions méniscales subies en 2001 et 2016 et de status avec lésion ostéochondrale du talus avec plusieurs corps libres situés postérieurement dans l'articulation après entorse externe de la cheville droite. Les douleurs étaient chronicisées, les traitements effectués n'ayant eu aucun succès. Tant au niveau de la cheville droite que du genou gauche, les lésions constatées étaient de faible importance et n'expliquaient pas la forte symptomatologie douloureuse exposée par le recourant (cf. rapport d'expertise p. 8 et 10), incohérence qui avait été relevée auparavant par d'autres médecins (cf. avis médical du SMR du 8 mars 2019). Il a estimé que l'atteinte au genou avait entraîné une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de vendeur dans un magasin d'alimentation, dès le 13 avril 2016, date à laquelle le genou gauche avait été accidenté. Dès le mois de septembre 2016, c'est-à-dire deux mois après l'intervention

chirurgicale nécessitée par les lésions post-accidentelles au genou gauche, le recourant était à nouveau apte à travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité principalement assise avec possibilité de se lever, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'accroupissement, pas d'escaliers de manière itérative, pas de marche en terrain inégal, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire. Les douleurs à la cheville apparues ultérieurement n'ont pas modifié cette appréciation. Un taux de 100% pouvait être exigé du recourant. L'expert V._____ a toutefois admis un abattement de 10%, pour tenir compte du ralentissement du rythme de travail dû aux fréquentes pauses nécessitées par les atteintes à la santé du recourant.

Les diagnostics incapacitants retenus par l'expert V._____ se recoupent avec les diagnostics posés par le Dr U._____, qui suit le recourant depuis l'automne 2020. Les limitations fonctionnelles retenues par ces deux médecins sont en outre dans la même lignée (cf. rapports médicaux du Dr U._____ des 28 septembre 2022, 21 octobre 2022 et 20 février 2023). S'agissant de la capacité de travail, l'expert V._____ a dûment motivé le taux retenu, qui n'est en outre pas sérieusement remis en doute par d'autres pièces au dossier. Le Dr U._____ ne s'est en effet pas prononcé sur le taux d'activité exigible dans une activité adaptée (cf. rapport médical du 20 février 2023). Le Dr W._____ ne s'est pas non plus déterminé sur le taux d'activité que le recourant pourrait assumer dans une activité adaptée, affirmant qu'il pouvait travailler moyennant une réorientation professionnelle, sans fixer de taux d'activité maximum (cf. rapport de ce médecin du 17 juin 2022).

Cela étant, le SMR, suivi par l'OAI, a retenu que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée. La Dre Q._____ a en effet estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas subi de modification depuis la dernière décision intervenue en juin 2020, puisque les lésions constatées étaient de faible importance et les limitations fonctionnelles similaires (cf. avis médical du 12 février 2024). Cette appréciation rejoint celle de l'expert V._____, de laquelle il résulte que la journée type n'a pas changé depuis 2020, que les douleurs

ressenties sont restées les mêmes et que les limitations fonctionnelles sont identiques. En présence d'une situation demeurant sensiblement la même qu'en 2020, l'intimé peut être suivi lorsqu'il a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée restait elle aussi la même, c'est-à-dire de 100%.

e) Sur le plan psychique, l'expert Z._____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21), se référant ainsi à un système de classification reconnu, c'est-à-dire la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10). Dans le cadre de son analyse, il a dûment motivé son avis, exposant de manière claire et complète pour quelle(s) raison(s) médicale(s) il avait écarté de nombreux diagnostics avant de retenir la pathologie précitée.

Un épisode dépressif n'a pas été retenu, parce qu'il existait une trop grande discordance entre le tableau affiché par l'intéressé sur la durée de l'examen et son niveau de fonctionnement, déduite de la description faite de la journée type et décrite dans la documentation à plusieurs reprises. Il n'était en outre pas possible de retenir un abaissement continu de l'humeur, celui-ci étant également d'intensité insuffisante pour relever d'un critère principal d'un épisode dépressif. L'expert Z._____ a en outre relevé le maintien d'intérêt dans des activités qui étaient les mêmes qu'antérieurement et qui apportaient du plaisir à l'assuré. La description de la journée type faite par le recourant n'était pas non plus compatible avec le niveau de fatigue affiché par celui-ci (cf. rapport d'expertise p. 28 et 29). Par rapport au trouble dépressif récurrent retenu par le Dr P._____, l'expert a souligné que l'expertisé n'avait pas rapporté de modification du tableau dépressif entre l'apparition des symptômes et le jour de l'expertise. Il décrivait au contraire un processus d'abaissement de l'humeur continu depuis son apparition (cf. expertise p. 30 et 31). L'expert psychiatre a également dûment discuté d'autres diagnostics différentiels. Il a ainsi expliqué de manière détaillée et convaincante pour quelles raisons objectives il avait exclu les diagnostics de troubles de la sphère psychotique, de trouble

affectif bipolaire, de cyclothymie, de dysthymie, de trouble anxieux, de trouble de l'état de stress post-traumatique, de trouble somatoforme, de trouble de la personnalité, de trouble déficitaire de l'attention ou de la concentration, de trouble du comportement alimentaire ou encore de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (cf. rapport d'expertise p. 29 et 30). Fort de ces explications, il a toutefois estimé qu'un abaissement de l'humeur consécutif aux suites de l'accident du genou subi en 2016 ne pouvait être exclu au vu des plaintes rapportées par le recourant, pour retenir un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée.

L'expert Z. _____ a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant de l'atteinte au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Cette analyse l'a conduit à retenir que l'atteinte psychique diagnostiquée n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Son avis repose en particulier sur l'analyse du critère de la cohérence, qui l'a conduit à ne pas se fier à la symptomatologie sévère affichée par le recourant. Le jour de l'examen, celui-ci présentait un ralentissement général, une absence totale de gestuelle et de mimique, une voix monocorde, l'absence de connexion visuelle avec l'expert durant tout l'entretien, des réponses laconiques et très brèves (cf. rapport d'expertise p. 25 et 26). S'il s'était fondé sur ce tableau, l'expert aurait retenu un processus particulièrement sévère. Or, cela n'aurait pas concordé avec le niveau de plaintes du recourant, ni avec les activités décrites par celui-ci durant une journée type. Le fonctionnement affiché ne lui aurait pas permis d'effectuer les activités quotidiennes qu'il avait lui-même décrites telles que s'occuper des enfants, se promener, partir en vacances, conduire un véhicule) (cf. rapport d'expertise p. 10-11 et p. 34-35). Des incohérences se retrouvaient également au sein même du discours du recourant, en lien avec son quotidien. Il avait ainsi rapporté une absence totale de consommation d'alcool, alors que l'analyse ordonnée par les experts démentait cette affirmation. Il avait indiqué se lever pour effectuer la première prière matinale musulmane, mais l'heure de réveil annoncée ne correspondait pas à celle de ladite prière. Il avait également dans un

premier temps estimé que le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux n'avaient pas amélioré sa santé, pour ensuite affirmer en fin d'entretien qu'il en percevait les bénéfices. L'expert psychiatre a en outre relevé que le manque de cohérence était mentionné à plusieurs reprises dans la documentation au dossier (cf. rapport d'expertise p. 31-32 ; cf. notamment avis du SMR du 8 mars 2019).

Les observations cliniques faites par l'expert durant l'entretien avec le recourant contrastaient également avec le ralentissement général affiché par celui-ci.

Les processus d'éclosion et de formalisation de la pensée étaient conservés. Le discours, peu informatif, était toutefois bien construit et il n'y avait pas de manque du mot. L'attention et la concentration étaient d'un niveau normal pendant toute la durée de l'examen, même lors de changements réguliers de thématiques, et aucun trouble de la mémoire n'a été constaté. Tout en restant dans une attitude neutre et atone, le recourant avait démontré de bonnes capacités à défendre son point de vue

(cf. rapport d'expertise p. 26). Se référant à la journée type décrite par le recourant, l'expert a en outre retenu un bon niveau de fonctionnement quotidien, tant au niveau personnel qu'avec sa famille, en particulier avec ses enfants dont il s'occupait. La description de ces activités démontrait également la présence de bonnes capacités de planification et de structuration des tâches. Les capacités de décision et de jugement étaient aussi conservées (cf. rapport d'expertise p. 9-10 et p. 35). Le mode de vie du recourant témoignait de sa capacité d'adaptation aux règles et aux routines (*ibidem*). Les capacités d'affirmation et à prendre soin de soi ont aussi été constatées par l'expert le jour de l'examen (*ibidem*). Le recourant s'était dit entouré par sa famille proche ainsi que sa femme et ses enfants, ainsi que par trois ou quatre amis sur lesquels il pouvait compter (cf. rapport d'expertise p. 33). Les facteurs de surcharge ont également été pris en compte par l'expert. Les capacités de flexibilité, d'adaptabilité et de persévérance étaient probablement rendues modestes par une longue période d'inactivité, mais non en raison d'un trouble d'ordre psychique

(cf. rapport d'expertise p. 9-10 et 35). Il en a déduit que la capacité de travail du recourant n'était pas limitée sur le plan psychique.

Les incohérences relevées, les activités décrites pendant la journée type et ses observations cliniques ont ainsi conduit l'expert à se distancier du tableau particulièrement sévère affiché par le recourant, pour admettre que sa capacité de travail n'était pas impactée par le trouble d'ordre psychique diagnostiqué. Son appréciation, dûment motivée et fondée sur un examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, apparaît cohérente avec la situation objective du recourant.

f) Le recourant conteste toutefois l'avis de l'expert Z._____, en se fondant sur le rapport d'expertise privée du Dr S._____ et l'avis de ses psychiatres et sa psychologue, lesquels ont retenu une incapacité de travail de 50% en raison de troubles psychiques.

aa) L'expert S._____ s'est en particulier attaché à critiquer le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée retenu par l'expert Z._____, estimant que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique.

Pour expliquer ce diagnostic, l'expert privé a notamment indiqué que le recourant présentait des troubles de la concentration modérés, une attitude anxieuse, un ralentissement moteur et du cours de la pensée modérés (cf. rapport d'expertise privée p. 14), une tristesse quotidienne, une aboulie et une anhédonie partielles, une baisse d'estime de soi et des idées de culpabilité (cf. rapport d'expertise privée p. 16). Il n'a toutefois fait que retranscrire les plaintes formulées par le recourant (cf. rapport d'expertise privée p. 12), sans illustrer ses propos par des éléments concrets permettant d'objectiver la situation. Les résultats des tests effectués par l'expert S._____ pour évaluer la gravité de la maladie et son évolution (échelle de dépression de Hamilton et Impressions Cliniques Globales (Guy)) ne sont pas non plus pertinents, puisque qu'également fondés sur les éléments purement subjectifs rapportés par

le recourant. L'expert privé n'a ainsi pas diagnostiqué l'atteinte à la santé du recourant dans les règles de l'art.

Cela étant, on rappellera que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, l'appréciation de l'expert S._____ des répercussions de l'atteinte psychique sur la capacité de travail du recourant est, à l'instar du diagnostic retenu, empreinte de subjectivité. À nouveau, il n'a pas illustré ses propos par des considérations objectives et s'est fondé sur les plaintes subjectives émises par le recourant (cf. p. 21 à 24 de l'expertise privée). Son appréciation est également difficile à appréhender pour d'autres motifs. La plupart des troubles retenus lors de l'examen clinique ont été qualifiés de « modérés » (cf. rapport d'expertise privée p. 15 à 17). Ce terme, qui est vague, ne permet aucunement de se représenter le degré des difficultés rencontrées par le recourant. Par ailleurs, l'expert privé semble s'être fondé essentiellement sur la situation existant à la période de la réalisation de son examen. Il a ainsi pris en compte la journée type décrite par le recourant le jour de la consultation sans la comparer avec les activités quotidiennes réalisées auparavant (cf. rapport d'expertise privée p. 13). Il a aussi retenu l'incapacité de conduire sur de longues distances nouvellement rapportée par le recourant (cf. rapport d'expertise privée p. 12). L'expert S._____ a pour le surplus déclaré que la situation n'était pas stabilisée et qu'il s'agirait de réévaluer la capacité de travail mensuellement (cf. rapport d'expertise privée p. 21). Il apparaît ainsi que son appréciation de la capacité de travail n'est fondée que sur la situation telle qu'elle se présentait au jour de l'examen. La valeur probante de son analyse pour établir la capacité de travail au moment de la décision litigieuse est par conséquent douteuse.

L'expert S._____ a très succinctement passé en revue les différents indicateurs jurisprudentiels (cf. expertise privée p. 24-25). Or, la différence d'appréciation entre l'expert psychiatre de J._____ Sàrl et

l'expert S._____ tient principalement dans l'examen du critère de cohérence. Le premier a relevé des contradictions au sein même du discours du recourant. Des incohérences existaient également entre, d'une part, le tableau affiché par l'intéressé, et d'autre part, les activités quotidiennes décrites et les observations cliniques de l'expert Z._____ (cf. consid. 7.e *supra*). L'examen approfondi des critères jurisprudentiels, en particulier celui de la cohérence, lui a permis de se distancier de la symptomatologie particulièrement sévère affichée par le recourant et d'analyser la situation dans son ensemble. Quant à l'expert privé, il s'est limité à affirmer sommairement qu'il avait objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes du recourant et les constats objectifs, sans autre explication. Il n'a ainsi pas sérieusement examiné ce critère et n'a pas pris en compte les discordances en résultant, se fondant essentiellement sur le tableau décrit par le recourant, comme il l'a fait s'agissant du diagnostic. L'appréciation de l'expert S._____ des ressources de l'assuré sur la base des critères de la Mini CIF-APP est également peu précise ; elle est uniquement chiffrée et n'est pas illustrée par des éléments objectifs concrets. L'expert n'a pas commenté son évaluation, précisant seulement qu'il avait pour ce faire tenu compte de l'anamnèse, des plaintes subjectives, de la journée type et de l'examen clinique (cf. rapport d'expertise privée p. 22), c'est-à-dire en l'espèce principalement des éléments empreints de subjectivité.

Par ailleurs, s'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert privé s'est limité à affirmer que l'activité exercée devait être adaptée au niveau d'acquisition du recourant et d'un point de vue somatique (cf. rapport d'expertise privée p. 25), sans motiver sa position. Il n'a ainsi objectivement constaté aucune limitation sur le plan psychique, hormis la retranscription des difficultés rapportées par le recourant. Il apparaît en outre que l'état de santé physique a été pris en compte, ce qui sort du domaine de compétences de l'expert S._____. La capacité de travail de 50% sans baisse de rendement retenue est quant à elle exempte de toute motivation. Il est en outre difficilement compréhensible qu'aucune diminution de rendement en raison d'une baisse d'efficacité n'ait été opérée, alors que des ralentissements moteur et du cours de la pensée

modérés ainsi qu'un trouble modéré de la concentration avait été relevés. On ne saisit ainsi pas ce qui a conduit l'expert privé à retenir une capacité de travail de 50%.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater, à l'instar du SMR, suivi par l'intimé, que l'appréciation du Dr S._____ n'est pas convaincante, puisque fondée sur les déclarations du recourant et exempte de motivation. Elle ne saurait dès lors remettre en doute les conclusions objectives et dûment motivées de l'expertise de J._____Sàrl.

bb) Les mêmes critiques que celles formulées à l'égard de l'analyse du Dr S._____ valent pour celle des psychiatres traitants et de la psychologue du recourant.

À l'instar de l'expert privé, les Drs P._____ et G._____ ainsi que Mme B._____ se sont limités à reporter les plaintes formulées par le recourant, pour qualifier celles-ci de « modérées », sans s'appuyer sur quelque élément médical objectif que ce soit (cf. rapport de ces médecins du 7 mai 2024 p. 1). Ils ont aussi estimé que le recourant était capable de travailler au taux de 50%, sans motiver leur position, ni expliquer pourquoi aucune baisse de rendement n'a été retenue, alors que des troubles de la concentration et un ralentissement moteur avaient été relevés.

cc) L'expert S._____ ainsi que les Drs P._____ et G._____ et Mme B._____ ont formulé plusieurs griefs à l'encontre de l'expertise réalisée par J._____Sàrl, qu'il convient d'examiner.

L'appréciation de l'expert Z._____ serait discordante lorsqu'il a retenu un ralentissement général, une absence de gestuelle et de mimique, une voix monocorde, des réponses laconiques et très brèves et des troubles de la mémoire, pour ensuite estimer que l'assuré ne présentait pas de ralentissement moteur et que sa mimique était inauthentique. Ces éléments ont été sortis de leur contexte afin d'en déduire qu'ils seraient contradictoires. Tel n'est pourtant pas le cas. Comme exposé au considérant 7.e ci-dessus, l'expert Z._____ a dûment

motivé sa position, en expliquant de manière circonstanciée et convaincante pour quelles raisons il ne s'était pas fié à l'attitude très ralentie affichée par le recourant au cours de l'examen, qui était incohérente avec plusieurs éléments résultant de l'expertise et figurant au dossier, dont notamment la journée type décrite et les activités rapportées par le recourant. L'expert S. _____ a pour le surplus substitué sa propre appréciation à celle de l'expert Z. _____, affirmant qu'en cas d'exagération des plaintes, l'assuré n'aurait pas mentionné les vacances de 2022 et divers loisirs (lecture, promenades, sorties avec des amis), de même que la conduite automobile. Il s'agit d'une opinion subjective, qui ne tient pas compte de l'ensemble des circonstances entourant la situation du recourant, contrairement à l'avis de l'expert Z. _____, qui a expliqué en détail pourquoi l'attitude affichée par l'expertisé paraissait inauthentique.

Il en va de même lorsqu'il est reproché à l'expert Z. _____ de s'être contredit en affirmant que le recourant se plaignait trop pour ensuite indiquer qu'il ne se plaignait pas de son mode de vie, déclarations qui ont été sorties de leur contexte. L'expert Z. _____ a constaté que le tableau affiché par le recourant était incohérent avec la journée type décrite dans le cadre de l'examen du critère de la cohérence. Il a ensuite relevé, dans le cadre de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, que le recourant s'était bien adapté aux règles et aux routines, c'est-à-dire qu'il s'était adapté aux règles de la vie en société. On ne voit dès lors pas en quoi ces déclarations seraient contradictoires.

Les Drs P. _____ et G. _____ ainsi que Mme B. _____ tentent de discréditer l'expert Z. _____ en lien avec une remarque concernant la conduite automobile. L'expert Z. _____ a relevé que l'attitude du recourant le jour de l'examen était à ce point ralentie qu'elle paraissait difficilement compatible avec le trajet en voiture effectué par celui-ci pour venir au centre d'expertise. Les psychiatres traitants et la psychologue du recourant estiment que le fait de conduire un véhicule n'exclut pas qu'il puisse exister un ralentissement moteur et peinent à imaginer que l'on puisse à la fois admettre que le recourant n'est pas apte

à conduire et capable de travailler à 100%. Là aussi, les observations de l'expert Z._____ sont sorties de leur contexte. Il ne s'agissait pas pour l'expert psychiatre de constater que l'état du recourant ne lui permettait pas de conduire pour ensuite admettre qu'il était capable de travailler. Il s'agissait d'illustrer le fait que le comportement affiché le jour de l'examen n'était pas cohérent avec les activités décrites par l'expertisé, dont le fait de conduire un véhicule.

Les observations de l'expert Z._____ ne seraient pas crédibles lorsqu'il a affirmé que la thymie du recourant était à la fois neutre et faussement triste. Or, il résulte clairement des explications figurant dans l'expertise de J._____Sàrl que c'est parce que la mimique et la gestuelle étaient à un tel point diminuées et neutres que l'abaissement de l'humeur ainsi affiché n'apparaissait pas authentique (cf. rapport d'expertise p. 26 et 27).

Il est reproché à l'expert Z._____ d'avoir ignoré l'hospitalisation du recourant en mars 2023 en milieu psychiatrique. L'expert S._____ a lui-même reconnu qu'il s'était agi d'une péjoration très temporaire de l'état de santé de l'intéressé (cf. rapport d'expertise privée p. 10, 20 et 21). Le Dr P._____ n'a pour sa part pas mentionné cette hospitalisation dans ses réponses du 8 septembre 2023 aux questions de l'OAI, ce qui démontre que cet élément n'était selon lui pas déterminant dans l'évolution de l'état de santé de son patient. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que cet épisode passager n'est pas pertinent pour apprécier l'atteinte à la santé du recourant et sa capacité de travail sur le long terme. Partant, l'appréciation de l'expert Z._____ demeure valable, même si elle ne tient pas compte de cette péjoration passagère et isolée.

L'expertise de J._____Sàrl n'aurait pas tenu compte des différents anti-dépresseurs successivement prescrits au recourant, alors qu'ils figurent pourtant dans le résumé des rapports médicaux au dossier. Les prises de Fluoxétine 60mg/j, Trittico 10mg/j, Seroquel 100mg/j et Brintellix 20mg/j sont mentionnées dans la partie du rapport d'expertise

intitulée « Documents au dossier ». Elles résultent des avis du SMR et d'un rapport médical du Dr P. _____ (cf. rapport d'expertise p. 59). Il y a ainsi lieu de considérer que l'expert Z. _____ avait en tête l'ensemble les différents changements de médication intervenus, même s'il ne les a pas repris individuellement et expressément dans la discussion. Si l'expert Z. _____ s'est arrêté, dans son analyse, sur le traitement actuel, c'était pour déterminer le dosage existant afin de connaître l'observance du recourant. Cela ne remet toutefois pas en cause sa connaissance de l'entier du dossier, en particulier des anti-dépresseurs antérieurement prescrits. On relèvera pour le surplus que si plusieurs anti-dépresseurs ont été testés, les psychiatres traitants du recourant n'ont pas fait état d'un quelconque échec de traitement.

L'expert Z. _____ aurait omis de prendre en compte le fait que deux psychiatres et deux psychologues, se remplaçant l'un l'autre, interviennent dans le suivi du recourant. Dans son rapport, l'expert psychiatre s'est pourtant penché sur le suivi mis en place. La fréquence de la prise en charge est indiquée, de même que la période à laquelle elle a été initiée. Le fait qu'un psychiatre et une psychologue suivent le recourant est également mentionné, celui-ci ayant précisé que la psychologue avait changé. L'expert a ainsi énoncé les principaux éléments de la thérapie dont bénéficie le recourant (cf. rapport d'expertise p. 25). On ne voit du reste pas en quoi l'intervention de remplaçants serait pertinente dans l'appréciation de la situation du recourant.

Selon l'expert S. _____, l'expert Z. _____ ne semblait pas avoir contacté le psychiatre traitant en cas de doute. On peine à comprendre le sens de cette remarque, l'expert Z. _____ n'ayant par ailleurs exprimé aucun doute dans son analyse.

En lien avec le fait que l'expert Z. _____ n'a pas observé de signe d'amaigrissement, il lui est reproché de ne pas avoir interrogé l'expertisé au sujet d'une éventuelle variation de poids et il est relevé qu'une personne peut subir une variation pondérale sans présenter de signes externes (cernes, visage creusé). Une fois encore, on peine à

comprendre le sens de ces remarques. Il s'agit d'une simple observation qui n'a pas d'incidence sur le diagnostic retenu ni sur l'évolution de la capacité de travail du recourant.

Il est enfin reproché à l'expert Z._____ d'avoir fait une allusion religieuse dans son expertise, qui n'aurait aucun lien avec l'état de santé du recourant. Cette critique ne remet pas en cause les conclusions de l'expert psychiatre, qui a notamment illustré les nombreuses incohérences présentes dans le discours du recourant par le fait que l'heure du réveil matinal indiquée ne coïncidait pas avec l'heure de la première prière musulmane, que le recourant avait affirmé effectuer.

g) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de J._____Sàrl, qui sont claires, bien motivées et reposent sur une analyse fouillée du dossier, notamment sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels applicables en cas de troubles psychiatriques. Le recourant n'a pour le surplus apporté aucun élément médical objectif susceptible de remettre en cause les conclusions expertales. Il convient par conséquent de considérer, comme l'intimé, que ce dernier est doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiques (cf. consid. 7.d *supra*), la pathologie psychique dont souffre le recourant n'ayant aucun impact sur sa capacité de travail.

8. Le recourant n'a formulé aucune critique en lien avec le calcul de son degré d'invalidité. Fondé, pour le revenu sans invalidité, sur le revenu de l'ESS 2020 pour un homme dans la catégorie commerce de détail (cf. art. 26 al. 2 RAI) et, pour le revenu avec invalidité sur le salaire brut standardisé pour un homme (cf. art. 26^{bis} al. 2 RAI), tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, le calcul opéré par l'intimé peut être confirmé.

Le revenu sans invalidité (58'746 fr. 40) étant moins élevé que celui avec invalidité (60'772 fr. 19), le recourant ne subit aucune perte de

gain et son taux d'invalidité est nul. Partant, c'est à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à l'octroi d'une rente.

9. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b).

L'art. 18a al. 1 LAI, prévoit que l'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi.

b) En l'occurrence, le recourant s'est vu octroyer une mesure d'aide au placement sous la forme d'un placement à l'essai. L'intimé lui a en revanche à juste titre nié le droit de pouvoir bénéficier d'un reclassement, puisque le seuil de 20% n'est pas atteint, ce qui n'est au demeurant pas contesté par celui-ci.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de T._____.
- 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 à :

- T. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :