

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 octobre 2025

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Livet, juge, et Rondi, assesseure  
Greffière : Mme Matthey

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 et 28a LAI ; 26 al. 2 et 26bis al. 3 RAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], divorcé, sans formation, travaillait en qualité de [...] à 100 %, depuis le mois de mai 2018, pour le compte de la société N. \_\_\_\_\_ SA à [...].

Le 7 mars 2020, en descendant les escaliers, il a glissé et s'est tapé le genou droit. Il en est résulté une incapacité de travail dès cette date.

Le 9 mars 2020, l'assuré a consulté le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a constaté qu'il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'instabilité, pas de douleur à la palpation rotulienne, pas de contusion costale gauche, pas de rupture du LCA (ligament croisé antérieur), et pas de suspicion de lésion méniscale. En l'absence de bilan radiologique, ce médecin a posé le diagnostic d'entorse du genou droit (LLI [ligament latéral interne] de grade I).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2020 adressé au Dr X. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté, malgré la physiothérapie avec une petite amélioration, des douleurs sur le versant interne du genou, antérieures ainsi que latérales persistantes. En présence d'une palpation de tout le genou légèrement douloureuse avec un signe méniscal interne « +++ », externe négatif, et sans instabilité ligamentaire, ce médecin a diagnostiqué une déchirure méniscale interne de type de rampe genou droit. Il relevait que l'assuré présentait une réaction sudéckoïde. Le traitement conservateur se poursuivait avec une arthroscopie et suture méniscale interne prévue en cas de persistance des douleurs lors du prochain contrôle au début du mois d'août 2020.

Une arthroscopie diagnostique effectuée le 14 août 2020 par le Dr P. \_\_\_\_\_ a infirmé une déchirure méniscale interne du genou droit de l'assuré.

Dans un rapport du 20 septembre 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), a indiqué que l'assuré avait présenté une contusion osseuse du plateau tibial interne du genou droit diagnostiquée à l'IRM et que l'événement du 7 mars 2020 avait totalement cessé de déployer ses effets à quatre voire au maximum six mois du traumatisme direct. Sur la base de l'arthroscopie diagnostique du 14 août 2020 qui était normale et du geste opératoire qui avait fini de déployer ses effets un mois après sa réalisation, ce médecin a retenu que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

**b)** Le 14 décembre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « gonalgie post-traumatique avec amyotrophie des quadriceps et conflit fémoropatellaire. Entorse genou droit avec déchirure partielle du LLI » depuis le 7 mars 2020.

A la suite d'un mandat de l'assureur perte de gain, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 18 décembre 2020 et fait réaliser une IRM de contrôle du genou droit le 22 décembre 2020. Dans son rapport d'expertise du 11 janvier 2021, il a posé les diagnostics de gonalgies persistantes à droite (status après probable entorse du LLI [ligament latéral interne] du genou droit le 7 mars 2020, status après probable contusion osseuse marginale du plateau tibial interne, associée à une déchirure du faisceau profond du LLI à son insertion fémorale et minime contusion de l'aileron rotulien médian [IRM du 18 mars 2020], status après arthroscopie diagnostique du genou droit le 14 août 2020, œdème osseux latéral du condyle fémoral interne d'origine indéterminée [IRM du 22 décembre 2020]) et de tabagisme chronique. Ce rapport contient l'appréciation suivante de la situation :

« M. E. \_\_\_\_\_ est actuellement âgé de [...] ans. Il n'a pas eu de formation professionnelle particulière. Il travaille en Suisse depuis [...].

Depuis mai 2018, il travaille en tant que [...].

Le 07.03.2020, il a eu un traumatisme au genou droit. L'examen IRM a montré une déchirure partielle du faisceau profond du LLI [ligament latéral interne] à son insertion fémorale, associée à une image d'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse marginale du plateau tibial interne.

Les douleurs ont persisté malgré un traitement conservateur. Le 14.08.2020, le Dr P. \_\_\_\_\_ a effectué une arthroscopie du genou droit. Cette arthroscopie a montré qu'il n'y avait pas de lésion des ligaments croisés ni des ménisques ni du cartilage.

Les gonalgies ont persisté malgré un traitement de physiothérapie.

Un nouveau examen par IRM du genou droit a été effectué le 22.12.2020. Il a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux hors zone en charge du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Cet œdème osseux ne peut pas être dû à l'événement de mars 2020, l'origine n'a pas été établie. A mon avis, un *statu quo sine* peut être établi 6 mois après l'événement en cause.

#### REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE [...]

[...]

3. Description par l'expertisé ?

3.1 De son poste de travail

L'assuré travaille comme [...]. Ce travail s'effectue uniquement en position debout. Il implique le port de charges lourdes et parfois de travailler en position accroupie ou à genou.

3.2 Des activités occupationnel[le]s durant l'incapacité de travail

Il est resté principalement chez lui.

3.3 De ses plaintes/troubles

Malgré le traitement conservateur, les douleurs ont persisté.

4. Constatations objectives ?

4.1 Examen clinique

Voir précédent.

4.2 Examen paraclinique

Voir précédent.

4.3 Consultation spécialisée

Rapports des consultations du Dr P. \_\_\_\_\_.

5. Les troubles rapportés par l'expertisé sont-ils concordants avec les résultats de l'examen clinique et paraclinique ainsi que la

documentation à votre disposition ? Dans la négative, motiver la réponse ?

L'assuré se plaint essentiellement de douleurs. L'examen clinique est rassurant.

L'examen par IRM de décembre 2020 a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne, visualisée à la première IRM le 18.03.2020, a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux du condyle fémoral interne d'origine indéterminée.

6. Diagnostic :

Voir précédent.

7. Une reprise du travail est-elle exigible ?

7.1 Dans l'activité habituelle ? Si oui, à partir de quand et à quel taux ?

En raison de la persistance des gonalgies, l'assuré ne peut pas exercer son métier habituel de [...] car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état [actuel] du genou droit.

7.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé ? Si oui, à partir de quand ? Et à quel taux ?

L'assuré est désormais apte à exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

Il devrait éviter :

- de marcher en terrain irrégulier,
- de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers,
- les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou.
- le port de charges de plus de 15Kg.

8. Activité adaptée ?

8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doit satisfaire l'activité ?

Il doit respecter les limitations fonctionnelles préalablement décrites.

8.2 Quelles activités professionnelles concrètes pourraient être considérées comme étant adaptées ?

Magasinier, par exemple.

9. Options thérapeutiques éventuelles susceptibles d'améliorer notablement la capacité de travail, leur exigibilité ?

Poursuite du traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie.

10. Obligation de collaborer.

L'assuré a parfaitement collaboré à cet examen. »

Selon les conclusions de l'IRM du genou droit du 22 décembre 2020, l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne avait disparu. Il

n'y avait pas de lésion méniscale, ni ligamentaire mais un discret hyper signal à l'insertion proximale du LLI (ligament latéral interne) ainsi qu'un œdème osseux du condyle fémoral interne en dehors de la zone de charge située à la face latérale et antérieure du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Dans un rapport du 2 février 2021 à l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants d'arthériopathie oblitérante du membre inférieur droit stade IIb sur une sténose significative de l'artère iliaque externe droite, de trouble dépressif récurrent, de syndrome de dépendance à l'alcool et de cervico-scapulalgies droites. Tout en renvoyant auprès de ses collègues psychiatres, ce médecin décrivait une situation vasculaire stable sans gêne de l'assuré dans ses activités quotidiennes mais avec des douleurs à l'effort, surtout lors des montées, et péjorées lors de la majoration du traitement antihypertenseur. Les douleurs cervico-scapulaires étaient inchangées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Limitation des déplacements > 300-400m à plat, limitation des déplacements en montée, La montée/descente répétée des escaliers ne peut être réalisée. Le travail avec les bras au-dessus des épaules n'est pas possible, ni les mouvements répétitifs faisant intervenir l'épaule. Le port de charge est également limité à 10 kg ». Pour le Dr X.\_\_\_\_\_, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assuré restait inchangée à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis février 2019. Cette évaluation était à confronter à l'avis des médecins psychiatres. Le suivi de l'assuré se poursuivait auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui reprenait la consultation du Dr X.\_\_\_\_\_ depuis janvier 2021.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli par N.\_\_\_\_\_ SA le 1<sup>er</sup> février 2021 que l'assuré aurait perçu un salaire horaire brut de 25 fr. 40 en 2021 sans atteinte à la santé.

Du 8 mars au 15 avril 2021, l'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une mesure d'intervention précoce externalisée auprès

de la Fondation [...]. Dans le rapport de mesure du 15 avril 2021, l'intéressé était décrit comme très inquiet vis-à-vis de sa situation financière et avait, en raison de son état de santé qui n'était pas stabilisé, encore beaucoup de rendez-vous médicaux. N'étant pas disponible pour passer en « Phase 2 », il avait interrompu cette mesure.

Le 5 juillet 2021, le Dr B.\_\_\_\_\_ a rédigé une attestation selon laquelle l'assuré était apte à travailler dès le 16 juin 2021, moyennant le respect de ses limitations, soit pas de marche en terrain irrégulier et pas de montée, ni descente répétée d'escaliers ni de pente.

Dans un rapport du 27 août 2021, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de contusion osseuse de la portion crânial et intérieur du condyle fémoral médial, d'entorse de tiers proximal d[u] ligament collatéral médial, de contusion avec infiltrat hématiche du muscle vaste médial distal, et de déchirure méniscale interne de type de rampe du genou droit, depuis le 7 mars 2020, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 7 mars 2020. Depuis le 16 juin 2021, il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (limitation aux périmètres de marche, pas de montée ni descente répétée d'escaliers ni de pente, limitation à l'extension, à la position debout de manière prolongée et à la marche à intervalle régulière et pas de position accroupie ou à genoux, ni port de charges de plus de quinze kilos ni de marche en terrain irrégulier).

Aux termes d'un rapport final du 3 novembre 2021, une spécialiste en réadaptation à l'OAI a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans son activité habituelle depuis l'accident de mars 2020. Sur la base du dernier rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (à savoir, limitation dans le périmètre de marche, pas de montée/descente répétée d'escaliers/pente, limitation à l'extension, pas de position debout prolongée ni accroupie/à genoux, pas

de port de charge de plus de quinze kilos et pas de terrain irrégulier). Une mesure d'aide au placement était indiquée.

L'assuré a produit, le 14 février 2022, un rapport du 26 janvier 2022 du Dr B.\_\_\_\_\_ selon lequel, lors de sa chute dans les escaliers en mars 2020, il avait présenté une importante contusion du plateau tibial et fémoral interne associée à une rupture du ligament latéral interne et rotulien médial. Il subsistait une importante gonalgie avec l'incapacité de charger son genou droit, une extension douloureuse et un verrouillage du genou à chaque pas. L'assuré présentait une limitation de son périmètre de marche alors que la montée et la descente des escaliers s'effectuait avec difficulté. Il ne pouvait pas rester en position accroupie, ni porter des charges. Compte tenu de l'impossibilité pour son patient de marcher sur un terrain irrégulier, de monter et descendre des escaliers, de charger les genoux et de s'accroupir, le Dr B.\_\_\_\_\_ proposait de retenir une incapacité de travail de celui-ci à un taux de 40 à 50 %.

Dans un rapport du 25 avril 2022 adressé au service médical de la CNA, confirmant le diagnostic de déchirure méniscale interne de type de rampe du genou droit, le Dr P.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans sa profession de [...] auprès de la société N.\_\_\_\_\_ SA depuis le 7 mars 2020.

Par décision du 29 juin 2022 et courrier du même jour, l'OAI a refusé de prester, confirmant son projet de décision du 18 novembre 2021. Il a relevé que le droit éventuel à une rente ne pouvait être alloué qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations. A cette date, bien qu'il présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieure de [...], l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou et le port de charges de plus de 15Kg »). Après comparaison des revenus, l'assuré était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui aurait été

la sienne sans invalidité. En l'absence de préjudice économique lié à son atteinte à la santé, le droit de l'assuré aux mesures professionnelles et à la rente n'était pas ouvert. Sur demande écrite et motivée, l'aide au placement pouvait néanmoins lui être octroyée.

Le 23 août 2022, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI afin de l'informer avoir repris début 2021 le cabinet du Dr X. \_\_\_\_\_ et qu'il lui avait fallu un certain temps pour comprendre les dossiers complexes. Désormais, il était en mesure de mieux apprécier le cas de l'assuré, estimant que ce dernier pouvait avoir une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 50 %.

En réponse à cet envoi, l'OAI a indiqué au conseil de l'assuré, le 26 août 2022, qu'il lui incombait de produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision.

**B.** Par acte du 5 septembre 2022, E. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, a recouru contre la décision du 29 juin 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour nouvel examen. Dans le cadre de l'échange d'écritures, l'assuré a produit diverses pièces, dont les suivantes :

- un rapport du 6 décembre 2022 du Dr B. \_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une incapacité de travail liée aux séquelles de son accident au genou du 7 mars 2020, pour lequel il n'avait jamais récupéré sa capacité fonctionnelle ; il boîtaît à la marche et était incapable de tenir un équilibre monopodal droite. L'examen du genou était difficile en raison de la douleur, d'une hyper-réactivité et d'une hyper-réflexie avec clonus. L'ensemble des examens dont des radiographies, IRM, etc. était déjà en mains de l'OAI ou de l'avocat de l'assuré. Un syndrome de Südeck

paraissait probable. En raison de la complexité de son cas, l'assuré s'était adressé à un médecin du sport. De l'avis de l'orthopédiste traitant, les limitations fonctionnelles justifiaient le droit de son patient à bénéficier d'une reconversion professionnelle tenant compte des restrictions listées lors de la précédente expertise ;

- un rapport du 21 décembre 2022 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Centre J.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré se plaignait de douleurs fortes, constantes, exacerbées par les mouvements et l'activité physique ; il était très limité pour accomplir les activités de la vie quotidienne, avec une difficulté à descendre les escaliers et une importante fatigabilité, notamment à la marche et en station debout prolongée. A l'examen clinique, une importante boiterie, un genou calme, une hyperalgie diffuse à la palpation du genou et dans une moindre mesure à la jambe, une absence d'instabilité ligamentaire, une flexion-extension 120-0-0, une hyperalgie à la mobilisation passive dans tous les axes, d'importantes appréhensions, un phénomène de fasciculation, ainsi qu'une difficulté et fatigabilité en station monopodale ont été constatés chez l'assuré, qui ne parvenait pas à descendre d'une marche en appui sur le membre inférieur droit. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une douleur musculosquelettique primaire chronique et indiqué un pronostic réservé, avec la nécessité d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire de l'assuré « clairement très limité au quotidien » et qui ne pouvait pas exercer une autre activité professionnelle qu'en position assise ;

- un rapport du 20 janvier 2023 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Département de psychiatrie du Centre L.\_\_\_\_\_ (ci-après : le L.\_\_\_\_\_), qui l'avait vu les 10 et 27 octobre, 10 novembre et 23 décembre 2022. Ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), de dysthymie (F34.1) et de perte de l'emploi (Z56.0) et relevé que l'assuré lui avait été adressé par son médecin traitant pour évaluation dans le contexte d'une symptomatologie dépressive évoluant depuis mars 2020. Sur le plan diagnostic, l'intéressé présentait une baisse durable de

l'humeur depuis son accident, assimilable à une dysthymie. Fin 2021, à la suite des problèmes de remboursement par l'assurance-invalidité, le trouble de l'humeur s'était modifié en un épisode dépressif sévère. Selon ses explications, sa crise actuelle était due au fait de ne pas pouvoir assumer son rôle de mari. Les symptômes témoignaient d'une impossibilité à faire le deuil d'un idéal personnel ; l'assuré avait l'impression que s'il ne pouvait plus travailler dans un emploi physique, il n'avait pas d'avenir et sa femme ferait mieux de partir et de « faire sa vie sans [lui] ». Lors des entretiens, l'assuré restait fixé sur ses symptômes qui demeuraient stables au cours de l'intervention au Département de psychiatrie du L.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ avait suggéré la mise en route d'un suivi ambulatoire auprès du Dr B.\_\_\_\_\_ (avec une fréquence mensuelle) et la prise de Sertraline (25 mg une fois par jour durant une semaine, puis 50 mg une fois par jour ; ce traitement pouvait être doublé en cas d'effet insuffisant à un mois).

Par arrêt du 7 août 2023 (AI 214/22 - 210/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 29 juin 2022 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Cet arrêt retient en particulier ce qui suit à ses considérants 6 et 7 :

« **6.** Sur le plan somatique, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant quant à lui expose que c'est à tort que le Dr B.\_\_\_\_\_ (nouvel orthopédiste traitant) a estimé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée par rapport du 27 août 2021. Ce médecin ayant finalement réévalué la capacité de travail le 26 janvier 2022 à un taux de 50 à 60 %, le recourant soutient que la décision attaquée est erronée et devrait dès lors être annulée.

Or le médecin traitant n'explique pas pourquoi une activité adaptée peu physique respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit ne pourrait pas être exercée à 100 %.

Le recourant a été examiné par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans le cadre du dossier instruit par l'assureur perte de gain. Dans le cadre de la rédaction de son rapport, le Dr K.\_\_\_\_\_ a pris connaissance

des pièces au dossier, a résumé l'anamnèse professionnelle, actuelle et par systèmes, et les status cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-musculaire. S'agissant plus particulièrement des membres inférieurs, il a relevé que l'assuré marchait avec une discrète boiterie, qu'il n'utilisait aucun moyen auxiliaire, et que les membres inférieurs étaient légèrement en varus avec une distance inter condylienne debout de deux centimètres. L'assuré avait certes des difficultés pour rester en appui monopodal à droite, mais il parvenait à s'accroupir. S'agissant plus spécifiquement des genoux, il a noté l'absence d'épanchement intra-articulaire ; il n'y avait pas de différence de température ou de coloration entre les deux genoux. La flexion-extension était à 140-0-0 des deux côtés, avec une distance talon-fesse de quinze centimètres à droite et de douze centimètres à gauche. Le genou droit était stable dans tous les plans. Certes, en flexion du genou, lors des manœuvres de valgus forcées, l'assuré décrivait des douleurs en regard de l'insertion condylienne du ligament latéral interne (LLI). Il n'y avait pas d'instabilité ni dans le plan frontal ni dans le plan sagittal. Les signes méniscaux étaient négatifs. C'est sur la base de ces constatations, au demeurant complétées par un nouveau rapport d'IRM du genou droit, le 22 décembre 2020, que le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé que l'examen clinique était rassurant. Toutefois, en raison de la persistance de gonalgies, l'expert est d'avis que l'assuré ne peut pas exercer son activité habituelle de [...] car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état de son genou, à savoir : éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de quinze kilos. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a ainsi estimé la capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

L'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire et dénuée de contradiction. Elle n'est en outre pas sérieusement remise en cause. Certes, le nouveau médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, qui a repris le cabinet du Dr X.\_\_\_\_\_ en début 2021 (cf. rapport du 23 août 2022), est lui d'avis que la capacité de travail de son patient n'est que de 50 % dans une activité adaptée. Le Dr B.\_\_\_\_\_ ayant repris le cabinet du Dr X.\_\_\_\_\_ début 2021, il suivait le recourant depuis huit mois lorsqu'il a estimé, par rapport du 27 août 2021, que son patient était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps. Quant à sa nouvelle appréciation de la capacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne la motive pas, sinon en indiquant que l'« importante » gonalgie met le patient dans l'incapacité de charger son genou droit, si bien qu'il présente une limitation du périmètre de marche, la montée et la descente d'escaliers s'effectuant avec difficulté, et le patient ne pouvant rester en position accroupie, ni porter des charges. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il

affirme qu'il ne peut pas travailler à 100 % dans une activité adaptée sur le plan orthopédique. On relèvera au demeurant que le Dr K.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré après l'arthroscopie diagnostique du 14 août 2020, laquelle opération serait selon le recourant à l'origine de ses douleurs persistantes au genou droit.

Quoi qu'il en soit, les rapports du Dr B.\_\_\_\_\_ des 26 janvier et 23 août 2022 ne font pas état d'éléments nouveaux qui auraient été omis par l'expert. Ce dernier a au demeurant bien fait état des plaintes de l'assuré, qui affirme être incapable de travailler, avoir l'impression d'avoir perdu de la force musculaire au membre inférieur droit, ainsi qu'une sensation d'instabilité de son genou.

Il est au demeurant admis que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son activité habituelle de [...], sans qu'il n'y ait dès lors lieu de compléter l'instruction sur ce point. L'expert a toutefois bien expliqué que depuis le jour de l'examen (18 décembre 2020), l'assuré est en mesure de travailler dans une activité adaptée à plein temps. Les médecins de la CNA rejoignent au demeurant la position du Dr K.\_\_\_\_\_. En effet, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, retient que la contusion osseuse du plateau tibial interne du genou droit résultant de l'accident du 7 mars 2020 aurait totalement cessé de déployer ses effets à quatre voire au maximum six mois du traumatisme direct. En présence de l'opération du 14 août 2020 qui avait fini de déployer ses effets un mois après sa réalisation, le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020 (cf. rapport du 20 septembre 2020). Sur la base de l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_, constatant que les troubles persistants n'étaient plus en lien avec l'accident, la CNA a mis fin au versement de ses prestations d'assurance-accidents au 4 octobre 2020 (courrier du 2 octobre 2020).

Le 27 janvier 2023, le SMR, sous la plume de la Dre [...], retient que les rapports des 6 décembre 2022 (Dr B.\_\_\_\_\_) et 21 décembre 2022 (Dr D.\_\_\_\_\_) produits en recours ne font que confirmer les observations du Dr K.\_\_\_\_\_, à savoir que si le recourant n'est plus en mesure d'exercer l'activité habituelle de [...], il est toutefois apte à exercer une activité adaptée en position assise.

Sur le plan somatique, l'OAI était dès lors fondé à retenir une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

**7.** Le recourant a produit, pour la première fois en recours, un rapport établi par un psychiatre, en l'occurrence le Dr T.\_\_\_\_\_, le 20 janvier 2023.

Ce dernier fait état d'un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, d'une dysthymie et d'une perte d'emploi. Il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail de son patient.

*Prima facie*, le suivi auprès du Dr T. \_\_\_\_\_ n'a été mis en place qu'en octobre 2022, selon les dates de consultations mentionnées par ce médecin dans son rapport de janvier 2023. Or, la décision attaquée a été rendue le 29 juin 2022, soit antérieurement au début du suivi en question. A cela s'ajoute que jusqu'au rapport du 20 janvier 2023 du Dr T. \_\_\_\_\_ seul l'ancien orthopédiste traitant, le Dr X. \_\_\_\_\_, avait mentionné un trouble dépressif récurrent et un syndrome de dépendance à l'alcool, en renvoyant auprès de médecins psychiatres pour l'évaluation de la capacité de travail (cf. rapport du 2 février 2021). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a pour sa part uniquement fait état d'une douleur musculosquelettique primaire chronique (cf. rapport du 21 décembre 2022). Dans ses avis successifs, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a quant à lui jamais fait état d'une atteinte du recourant au plan psychiatrique.

Or la question du début de l'éventuelle atteinte à la santé psychiatrique est importante, puisque le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

A cet égard, les éléments du dossier ne sont pas suffisamment clairement posés pour permettre de savoir quand l'éventuelle atteinte en question serait survenue. Du reste, la médecin du SMR, dans ses avis des 13 mars 2023 et 20 avril 2023, a indiqué que ce point devait être éclairci.

Le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ n'est pas non plus suffisant à cet égard pour établir une incapacité de travail durable, quoi qu'en dise le recourant, les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes devant en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (cf. consid. 5c *supra*), laquelle fait en l'occurrence défaut.

On relèvera à ce stade que l'on peine à suivre le recourant, qui, d'une part, affirme souhaiter être mis à brève échéance au bénéfice d'une mesure de réadaptation mais qui, dans le même temps, explique – par exemple s'agissant de la proposition de stage que le coordinateur emploi de l'OAI lui a faite le 3 février 2023 –, ne pas avoir été en mesure de l'accepter en raison de son état de santé.

Quoiqu'il en soit, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il y a lieu de retenir en l'espèce que l'instruction de la cause doit être reprise, afin de déterminer le *dies a quo* de l'atteinte alléguée au plan psychiatrique, ainsi que ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant.

En effet, dans la mesure où les éléments du dossier ne permettent en l'état pas de se prononcer en connaissance de cause sur le plan psychiatrique, il convient de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors que c'est à cette autorité qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). »

**C.** Dans l'intervalle, l'OAI a, le 8 mai 2023, mis un terme au mandat d'aide au placement octroyé à l'assuré le 14 décembre 2022, eu égard aux déclarations de celui-ci, qui se considérait incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle, même adaptée, en raison de son état de santé. L'office précisait que ce mandat pouvait être réactivé dès que l'intéressé s'estimerait en mesure de travailler dans une activité respectant ses limitations.

A la suite de l'arrêt de renvoi, l'OAI a repris l'instruction de la cause.

Aux termes d'un rapport du 24 novembre 2023 à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'OH (F10.25), de dysthymie (F34.1), et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique lié à l'accident de mars 2020 (F33.11). Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 12 juin 2023, le pronostic étant très réservé.

L'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assuré les 31 janvier et 14 février 2024, avec l'aide d'un interprète de langue portugaise. Dans un rapport d'expertise du 16 février 2024, l'expert psychiatre a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent (F32.11) et de dépendance éthylique utilisation continue ou épisodique selon les moments (F10.2), et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse actuellement non

décompensé (Z73.1). Il a estimé que l'intéressé était capable de travailler à 70 % depuis mars 2020 dans une activité adaptée au niveau d'acquisition et adaptée d'un point de vue somatique, sans conduite automobile. D'après lui, un traitement antidépresseur avec un suivi psychiatrique hebdomadaire devait être préconisé.

A la requête du SMR, l'expert psychiatre a notamment précisé, le 19 mars 2024, que les limitations fonctionnelles psychiatriques consistaient en des ralentissements psychomoteurs avec fatigue ou des troubles de la concentration, qui n'avaient pas été objectivés lors des entretiens d'expertise mais qui ressortaient des plaintes subjectives et étaient crédibles étant donné la durée de huit heures d'une journée de travail dans l'économie libre ; la dépendance éthylique interférait également avec la capacité de travail en fonction des prises. Il en résultait une baisse de rendement de 30 % en cas d'activité exercée à 100 %. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également indiqué qu'il n'était pas certain qu'un traitement adéquat puisse garantir une capacité de travail de 100 %.

Par avis du 12 avril 2024, le médecin du SMR a retenu que l'assuré était capable de travailler à 70 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles aux plans somatique et psychiatrique, et ce depuis le mois de mars 2020.

Aux termes d'un rapport final du 15 avril 2024, le service de réadaptation de l'OAI a relevé qu'une formation donnant accès à un poste de niveau de compétence 2 ou supérieur selon la TA 1 devrait être entreprise par l'assuré ; plusieurs facteurs contrindiquaient cependant cet accompagnement vers une formation qualifiante (fatigue, pas de scolarité en Suisse et sans formation, pas de CFC possible au taux de 70 %). D'un point de vue subjectif, ledit service a souligné la vision très fataliste et morose de l'assuré relativement à son avenir professionnel ressortant de l'expertise, celui-ci souhaitant bénéficier d'une aide financière de la part de l'AI sans réadaptation professionnelle. Il n'a ainsi pas proposé d'aide au placement. S'agissant du calcul des degrés d'invalidité, il a considéré qu'en exerçant une activité adaptée aux limitations fonctionnelles,

l'assuré pouvait percevoir un revenu d'invalidé à plein temps supérieur au revenu sans invalidité en 2021, le degré d'invalidité s'élevant alors à 25.83 %. Pour l'année 2024, il a considéré qu'en poursuivant son activité habituelle, l'assuré aurait un préjudice économique inférieur qu'en pratiquant une activité adaptée (notamment selon la parallélisation et l'abattement forfaitaire de 10 %) ; de ce fait, il a calculé le degré d'invalidité comme suit : « 100 % - CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle], soit 30 % ».

Le 30 mai 2024, plusieurs certificats du Dr R. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2024 ont été versés au dossier.

Par rapport du 15 juillet 2024, le service de réadaptation de l'OAI a rectifié sa position s'agissant du calcul du degré d'invalidité pour l'année 2024. Il a retenu un revenu sans invalidité de 69'772 fr. 40 en raison de la parallélisation des revenus (95 % de l'ESS) et un revenu avec invalidité de 42'729 fr. 46 basé sur l'ESS 2022, niveau de compétence 1, indexé à 2024 avec un abattement automatique de 10 %. Il en découlait un degré d'invalidité de 38.76 %.

Par projet de décision du 9 septembre 2024, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a indiqué que ce dernier présentait une diminution de sa capacité de travail depuis le 7 mars 2020 (début du délai d'attente). Il ressortait toutefois des pièces au dossier qu'à la fin du délai d'attente, le 7 mars 2021, bien qu'il présente une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de [...], une capacité de travail de 70 % était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. L'office a donc soutenu que l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Sur le plan économique, l'OAI a retenu que le revenu sans invalidité s'élevait à 58'891 fr. 17. S'agissant du revenu avec invalidité et étant donné que l'assuré

n'avait pas repris d'activité professionnelle, il s'est fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 43'679 f. 51 à 70 % en 2021, en tenant compte d'un abattement de 5 % lié au taux d'occupation. Il a donc estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 25.83 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. Enfin, il a expliqué que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dès lors que ce dernier était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Les revenus déterminés devaient ainsi être indexés pour l'année 2024 et le revenu avec invalidité diminué de 10 %. Le revenu sans invalidité devait toutefois correspondre à 95 % de la valeur médiane usuelle dans la branche selon les données salariales de l'OFSP, puisque le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (60'827 fr. 24) était inférieur d'au moins 5 % à ces valeurs ; il s'élevait ainsi à 69'772 fr. 40. Le revenu avec invalidité s'élevait quant à lui à 42'729 fr. 46, de sorte que le degré d'invalidité était de 38.76 % et n'ouvrait toujours pas le droit à une rente d'invalidité.

Le 14 octobre 2024, l'assuré, représenté par Procap, a contesté le projet de décision susmentionné. Pour l'essentiel, il a nié toute valeur probante à l'expertise menée par le Dr Z.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant omis d'analyser la situation en tenant compte des indicateurs tels que définis par la jurisprudence ; l'analyse des capacités et des ressources serait notamment lacunaire. Il a sollicité la mise en œuvre d'un examen de son aptitude à la réadaptation professionnelle auprès du COPAI (centre d'observation professionnelle de l'AI). Avec son envoi, l'assuré a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 14 octobre 2024 à Procap, dans lequel le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient se trouvait aujourd'hui dans une situation désespérée, avec un handicap physique important et une dépression sévère en lien avec son incapacité de travail. Il a noté que la situation de ce dernier était très précaire et qu'il était évident qu'il avait

besoin d'un accompagnement pour une reconversion professionnelle. Le médecin précité a déclaré qu'il espérait qu'une nouvelle expertise permettant de mieux comprendre la situation de son patient soit mise en œuvre ;

- un rapport du 14 octobre 2024 à Procap, par lequel le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était suivi par le Centre d'antalgie du L.\_\_\_\_\_ qui avait instauré un traitement complexe afin de pouvoir maîtriser le syndrome douloureux, celui-ci s'étant aggravé. Le médecin susmentionné a également attesté une aggravation sur le plan psychique, l'assuré souffrant d'une dépression sévère avec idéations suicidaires, la médication ayant dû être modifiée et augmentée par le psychiatre traitant. Il a fait état d'une limitation fonctionnelle supplémentaire, à savoir le port de charges de plus de cinq kilos. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail actuelle de son patient était inférieure à 20 %, tout en soulignant qu'il serait souhaitable qu'il bénéficie d'un programme de réadaptation et de réinsertion.

Dans un avis du 25 octobre 2024, la médecin du SMR a estimé que les éléments apportés par le médecin traitant n'étaient pas suffisamment précis, étayés et circonstanciés pour rendre plausible une modification de l'état de santé de l'assuré au moins depuis août 2023.

Par décision du 30 janvier 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 septembre 2024. Au terme d'un courrier daté du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'office a exposé la position du SMR face aux rapports du Dr B.\_\_\_\_\_ et expliqué que la contestation de l'assuré n'apportait par conséquent pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**D.**           **a)** Par acte du 5 mars 2025, E.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, concluant à son annulation (*recte* : sa réforme), à l'octroi d'une rente d'invalidité au taux qui résulterait de l'instruction et à l'octroi d'une aide à

la réinsertion professionnelle. Il a requis à titre de mesure d'instruction la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiairement d'un complément d'expertise psychiatrique, et a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le recourant a, en premier lieu, contesté le montant du revenu avec invalidité tel que calculé par l'office intimé, au motif que le revenu médian usuel de la branche retenu de 73'444 fr. 63 devait être réduit de 20 % selon l'art. 26bis al. 3, 2<sup>ème</sup> phrase, RAI, avant d'être réduit des 70 % prescrits par l'expertise (sic), si bien qu'il s'élevait à 41'128 fr. 99 et non à 42'729 fr. 46, ce qui ouvrait le droit à la rente. Se prévalant pour le surplus du deuxième alinéa de la disposition transitoire relative à la modification du 18 octobre 2023 du RAI par analogie, il n'y avait à ses yeux pas lieu de séparer le calcul de la rente avant et après le 1<sup>er</sup> janvier 2024, dès lors qu'il avait établi que la rente était due selon ce nouveau mode de calcul ; la rente d'invalidité était donc due depuis à tout le moins le 7 mars 2021.

Dans un autre moyen, le recourant a déploré que le taux d'invalidité de 70 % (sic) ne se fonde que sur le point de vue psychiatrique, alors qu'il était évident que son état de santé physique influait son degré d'invalidité. Il a, à cet égard, allégué que son état de santé physique ne s'était pas amélioré malgré le traitement conservatoire préconisé par l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_, qui datait déjà de 2021. Ses limitations fonctionnelles se seraient du reste aggravées, remettant en cause l'expertise précitée et, ainsi, l'évaluation effectuée quant à son invalidité sur le plan physique. Une réévaluation de son état physique était ainsi nécessaire. Le recourant a, de surcroît, noté que l'entier de son état de santé (psychique et physique) devait être pris en compte dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, estimant très peu vraisemblable que ses fortes gonalgies et ses difficultés à se mouvoir ne correspondent pas à tout le moins au 1,24 % manquant (sur les 38,76 %) pour lui ouvrir le droit à une rente. Il a, à cet égard, encore plaidé qu'un abattement maximal, soit de 25 %, devait lui être reconnu, en raison de ses limitations fonctionnelles, de son absence de permis de conduire, de sa nationalité étrangère, de son absence totale d'expérience dans un nouveau poste à

trouver, ceci dans un contexte de capacités intellectuelles limitées selon l'expertise psychiatrique.

Dans un dernier moyen, le recourant a relevé que tant l'expert psychiatre que son médecin traitant avaient souligné l'importance d'une aide à la réinsertion professionnelle, qui lui permettrait de reprendre sa vie en mains et dont il n'existait aucune raison de le priver.

A l'appui de ses allégations, le recourant a produit des pièces figurant déjà au dossier, ainsi que :

- des certificats du Dr R. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> juillet 2024 au 31 mars 2025 ;

- un rapport établi le 8 octobre 2024, par lequel le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état psychique de son patient s'était aggravé par manque de travail et d'occupation et par aggravation de la consommation d'alcool ; celui-ci suivait un traitement thérapeutique médicamenteux et de psychothérapie deux fois par mois depuis 2016 ; il présentait une attitude hostile et méfiante envers le monde avec un retrait social et des sentiments de perte d'espoir avec incapacité d'établir et de maintenir des relations personnelles étroites et de confiance. Le psychiatre a expliqué que l'assuré restait triste, fatigué et souffrait d'insomnies avec cauchemars. A ses yeux, celui-ci n'était pas capable de travailler et le pronostic était très réservé.

**b)** Par décision du 10 mars 2025, la juge instructrice en charge du dossier a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 5 mars 2025.

**c)** Par réponse du 1<sup>er</sup> avril 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise, renvoyant aux avis du SMR des 12 avril et 25 octobre 2024, ainsi qu'aux calculs effectués par le spécialiste en professions les 15 avril 2024 et 15 juillet 2024.

**d)** Par réplique du 7 mai 2025, le recourant a confirmé ses conclusions et produit les pièces suivantes :

- un rapport établi le 2 avril 2025 par le Dr B. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 80 % dans son activité de [...] pour des raisons physiques liées aux séquelles de son accident du genou. Le médecin traitant a précisé que, pour que son patient travaille à nouveau, il aurait besoin d'une réorientation professionnelle tenant compte de son handicap ;

- des certificats du Dr R. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2025 ;

- des photographies de son genou ainsi que de son crâne (lequel présentait des zones nues au milieu de ses cheveux en petits cercles de différentes tailles).

**e)** Par duplique du 6 juin 2025, l'intimé a maintenu sa position.

**f)** Le 16 juin 2025, le recourant, par son conseil, a allégué que son genou gonflait avec la chaleur, ce qui établissait encore une fois ses douleurs, ses difficultés à se mouvoir, son invalidité et son incapacité de travail attestée par ses certificats médicaux. Il a produit une photographie de son genou et un certificat établi le 27 mai 2025 par le Dr R. \_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2025.

**g)** Me Roud a déposé la liste de ses opérations le 20 juin 2025.

### **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 des prestations de l'AI, à la suite de sa demande de prestations du 14 décembre 2020.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande en décembre 2020 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1<sup>er</sup> juin 2021. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la

valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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).

**5.** En l'occurrence, il est constant que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de [...] est nulle depuis son accident du mois de mars 2020. L'intimé estime cependant que l'assuré est capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 70 %, se fondant notamment sur l'expertise psychiatrique mise en œuvre auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_ ensuite de l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 7 août 2023. Le recourant conteste cette position, estimant, d'une part, que cette expertise n'est pas probante et, d'autre part, que l'ensemble de ses atteintes, tant psychiques que physiques, doivent être prises en compte, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente.

**a)** C'est à tort que le recourant prétend que l'examen de l'OAI s'est uniquement fondé sur l'aspect psychiatrique, en omettant de prendre en compte ses atteintes somatiques. On rappellera en effet que, selon l'arrêt de renvoi précité, l'expertise menée le 11 janvier 2021 par le Dr K.\_\_\_\_\_, qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques du recourant (éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de quinze kilos), était étayée, convaincante et n'était pas mise en doute par les éléments au dossier, de sorte qu'elle devait être suivie. Seul le volet psychiatrique devait ainsi être investigué selon la Cour de céans, au vu du rapport établi par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 20 janvier 2023, afin de déterminer le *dies a quo* de l'atteinte alléguée au plan psychiatrique, ainsi que ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant, raison pour laquelle l'OAI a repris l'instruction du dossier, avec notamment la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**b)** Il s'agit à présent d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 16 février 2024, complétée le 19 mars 2024. Ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent (F32.11) et de dépendance éthylique utilisation continue ou épisodique selon les moments (F10.2), et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse actuellement non décompensé (Z73.1). Il a estimé que l'intéressé était capable de travailler à 70 % depuis mars 2020 dans une activité adaptée au niveau d'acquisition et aux atteintes somatiques, sans conduite automobile. Selon lui, les limitations fonctionnelles psychiques consistaient en des ralentissements psychomoteurs avec fatigue et des troubles de la concentration, ainsi qu'à une dépendance éthylique, responsables de la baisse de rendement de 30 %.

A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié par l'expert spécialiste ; l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2020 (p. 6ss), et se fonde sur un examen clinique complété par un entretien psychologique, des analyses en laboratoires, ainsi que des tests psychologiques complémentaires (GUY, matrices de RAVEN, BECK, MADRS). L'expert a établi une anamnèse détaillée sur les plans systématique, psychiatrique et/ou somatique, familial, socio-professionnel et médical (p. 13ss). Il a en outre dûment rapporté les plaintes de l'expertisé, ainsi que les descriptions subjectives de celui-ci, comprenant la description d'une journée-type et de ses habitudes personnelles. L'expert a discuté les éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que les appréciations spécialisées antérieures disponibles (p. 31ss). Il a en outre examiné les ressources, la gravité des troubles retenus, la personnalité de l'expertisé ainsi que la cohérence (p. 30ss).

**aa)** S'agissant des diagnostics, on relève tout d'abord qu'ils ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a examiné les symptômes de l'assuré et a en particulier rapporté ce qui suit : tristesse présente modérément, abaissement stable de l'humeur présente légèrement, diminution de l'intérêt et du plaisir présente modérément, pas de réduction de l'énergie, ni de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi présente, absence d'idée de culpabilité et de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir présente, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires présents passivement, sans désir de passage à l'acte, etc. En définitive, il a retenu que l'assuré remplissait plus de deux

symptômes typiques et plus de trois autres symptômes d'un épisode dépressif moyen. Il a du reste exposé que l'expertisé ne souffrait pas d'un trouble dépressif sévère, puisque ce dernier ne présentait pas de tristesse significative sévère la plupart de la journée, accompagnée d'une anhédonie totale ; il conservait en effet des plaisirs dans le quotidien, sans que sa tristesse et ses angoisses subjectives n'influent sévèrement son quotidien.

L'expert a ensuite posé le diagnostic de dépendance éthylique utilisation continue ou épisodique selon les moments sur la base des dires de l'assuré et de ses réponses aux questions DETA, qui avaient permis avec une probabilité de 95 % de confirmer ce diagnostic. L'expert psychiatre a enfin expliqué pourquoi il ne retenait pas de trouble de la personnalité, à savoir que l'expertisé présentait des comportements disharmonieux sans que ceux-ci soient suffisamment nets. Malgré la présence de traits de la personnalité mixte, d'une dépendance éthylique fluctuante et d'une capacité intellectuelle modeste, l'assuré avait pu travailler sans limitation et sans décompensation de la personnalité dans le passé.

L'appréciation diagnostique de l'expert est ainsi détaillée, motivée et convaincante. Il convient de retenir que les diagnostics ont été posés dans les règles de l'art.

**bb)** Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'intensité des troubles était légère, sans impact significatif sur le quotidien du point de vue psychiatrique avec un impact d'un point de vue somatique et avec des capacités intellectuelles modestes depuis toujours. Il a également relevé à cet égard l'absence de traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces, démontrant une compliance nulle, sans changement récent de ce traitement, sans hospitalisation psychiatrique, avec un suivi psychiatrique mensuel et pas hebdomadaire, tous ces éléments plaidant indirectement contre un trouble incapacitant, contre une décompensation de la personnalité et contre des limitations fonctionnelles significatives

dans une activité adaptée. Il a de surcroît noté que, malgré la dépendance éthylique et les traits de la personnalité mixte présents depuis le début de l'âge adulte, l'assuré avait pu gérer son quotidien et travailler sans limitation dans le passé. Par ailleurs, il continuait à gérer son quotidien, en dehors des tâches administratives complexes et des tâches physiques lourdes. En ce qui concernait ses ressources, l'expert a indiqué que l'assuré présentait un isolement social partiel. Il a en outre procédé à l'examen des capacités, des ressources et des difficultés de l'assuré au regard des critères de la MINI CIF 10. Selon lui, les comorbidités psychiatriques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives dans une activité adaptée.

Sur le plan de la cohérence, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que la cohérence au niveau de l'anamnèse et de l'examen clinique et la plausibilité des troubles psychiques était bonne, chez un assuré qui n'exagérait pas volontairement ses activités de la journée-type par exemple. La seule incohérence consistait dans le fait que l'assuré demandait une rente AI à 100 % d'un point de vue psychiatrique, dans un contexte d'absence de limitations fonctionnelles significatives, mais uniquement légères et essentiellement subjectives, en lien avec une tristesse, des angoisses fluctuantes et une fatigue. Les plaintes et les limitations fonctionnelles observées étaient cohérentes, plausibles et concordantes avec l'examen clinique et les tests psychométriques réalisés, sauf une nette exagération à l'échelle de Beck.

Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, l'expert a conclu à une capacité de travail de 70 % (soit 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %) depuis le mois de mars 2020, les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique consistant en des ralentissements psychomoteurs avec fatigue et des troubles de la concentration, ainsi qu'une dépendance éthylique. L'activité devait être adaptée aux limitations physiques, ainsi qu'à son niveau d'acquisition, et ne devait pas impliquer de conduite automobile. Ces conclusions sont étayées et convaincantes.

**cc)** L'analyse du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'est du reste pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier. Le psychiatre traitant pose en effet les mêmes diagnostics psychiques, sous réserve du diagnostic de dysthymie (F34.1 ; cf. rapport du 24 novembre 2023 du Dr R.\_\_\_\_\_), exclu par l'expert au motif qu'il ne pouvait retenir une dysthymie et simultanément un trouble dépressif moyen ou sévère, la dysthymie selon la CIM-10 ayant une intensité inférieure à celle d'un épisode dépressif léger. Il n'amène pour le surplus aucun élément d'aggravation ou permettant de retrouver des limitations objectives supplémentaires dans le fonctionnement de son patient qui jetterait un doute sur les conclusions de l'expert. Son rapport du 8 octobre 2024, qui mentionne une aggravation, se fonde sur une adaptation du traitement thérapeutique médicamenteux et de psychothérapie deux fois par mois, sur une attitude hostile et méfiante envers le monde avec un retrait social et des sentiments de perte d'espoir avec incapacité d'établir et de maintenir des relations personnelles étroites et de confiance ; l'assuré restait triste, fatigué, et souffrait d'insomnies. Or les symptômes précités se manifestaient déjà au moment de l'expertise et ont dûment été pris en considération et discutés par le Dr Z.\_\_\_\_\_ (réseau social restreint, tristesse, vision de l'avenir morose, nombreux réveils nocturnes, etc.). On relèvera du reste qu'au moment de l'expertise, les examens sanguins ont révélé que l'expertisé n'était pas compliant à son traitement médicamenteux, de sorte qu'une adaptation de celui-ci, d'ailleurs préconisée par l'expert, ne permet pas de considérer que l'état de santé psychique du patient se serait dégradé. Le fait que la psychothérapie se soit intensifiée, évoluant d'une psychothérapie mensuelle à bimensuelle, comme au début de son traitement avec le Dr R.\_\_\_\_\_, - outre qu'un traitement hebdomadaire était préconisé par l'expert pour améliorer la symptomatologie - ne permet pas à lui seul de rendre vraisemblable une aggravation durable de l'état de santé psychique. Il y a en définitive lieu de constater que le Dr R.\_\_\_\_\_, qui estime que son patient est totalement incapable de travailler, procède à une appréciation différente d'un même état de fait et que ses rapports, moins bien étayés que l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions motivées de celui-ci.

**dd)** Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui est bien élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

**c)** Sur le plan somatique, le recourant se plaint du fait que son état de santé ne s'est pas amélioré malgré le traitement conservatoire préconisé par le Dr K.\_\_\_\_\_. Il allègue que des limitations fonctionnelles se seraient ajoutées, ce qui remettrait en cause l'expertise menée par le médecin précité, laquelle datait de 2021 et manquait donc d'actualité. Les pièces au dossier ne permettent toutefois pas de retenir ces allégations.

Il est à relever tout d'abord que le rapport établi le 2 avril 2025 par le Dr B.\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, ce qui n'est pas contesté en l'espèce. Il ne fait pour le surplus valoir aucun élément d'ordre médical qui aurait été ignoré dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, et qui permettrait de remettre en cause les constats posés par le Dr K.\_\_\_\_\_. Les rapports du 14 octobre 2024 de ce même médecin, qui font état d'une capacité de travail inférieure à 20 %, se réfèrent vraisemblablement également à la capacité de travail dans l'activité habituelle, et non dans une activité adaptée. Le suivi introduit auprès du Centre d'antalgie du L.\_\_\_\_\_ avec instauration d'un traitement complexe afin de maîtriser le syndrome douloureux ne permet pas d'attester d'une aggravation de l'état de santé physique, encore moins du fait que l'assuré ne serait pas capable de travailler dans une activité adaptée à ses gonalgies, en l'absence de toute précision à cet égard et de tout rapport du L.\_\_\_\_\_. Du reste, le médecin n'explique pas pourquoi son patient ne serait désormais plus capable de porter des charges de plus de cinq kilos. Quoi qu'il en soit, même si cette limitation fonctionnelle supplémentaire devait être retenue, elle n'empêcherait manifestement pas l'assuré d'exercer un travail simple et

répétitif dans le domaine industriel léger. Quant aux photographies produites dans le cadre de l'échange d'écritures relatives à la perte de cheveux et au genou du recourant, dont on ignore au demeurant quand elles ont été prises, elles ne sont pas de nature à établir une incapacité de travail ou une limitation fonctionnelle supplémentaire.

Partant, il convient de s'en tenir aux conclusions de l'expertise du 11 janvier 2021 réalisée par le Dr K. \_\_\_\_\_ et de retenir que, sur le plan somatique, l'assuré est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de 15 kilos.

**d)** Dans un autre moyen, le recourant déplore l'absence d'évaluation globale de sa situation, tenant compte tant de ses atteintes psychiatriques que de ses atteintes physiques. La Cour de céans a toutefois estimé, dans son arrêt du 7 août 2023, que la situation sur le plan somatique était suffisamment instruite et qu'il convenait uniquement de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique. En l'absence de péjoration des atteintes physiques susceptible d'influer sur la capacité de travail (cf. consid. 5c *supra*), on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir réexaminé ce volet. L'expert Z. \_\_\_\_\_ a du reste tenu compte des comorbidités de l'assuré dans le cadre de son examen psychiatrique. Pour ces raisons, le grief du recourant doit être rejeté.

**e)** En définitive, c'est à juste titre que l'intimé, sur la base des expertises probantes des Drs K. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, a estimé qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de 15 kilos), avec une baisse de rendement de 30 % liée à des ralentissements psychomoteurs avec de la fatigue et des troubles de la concentration, ainsi qu'à la dépendance éthylique.

**6.** Le recourant conteste en outre le calcul de son degré d'invalidité opéré par l'intimé et en particulier celui de son revenu d'invalidité, au motif que le revenu médian usuel de la branche retenu de 73'444 fr. 63 aurait dû être réduit de 20 % selon l'art. 26bis al. 3, 2ème phrase, RAI, avant d'être réduit des 70 % prescrits par l'expertise (sic), si bien qu'il s'élevait en réalité à 41'128 fr. 99 et non à 42'729 fr. 46, ce qui ouvrirait le droit à la rente. Il estime également qu'un abattement de 25 % devrait être appliqué sur ce revenu en raison de ses limitations fonctionnelles, de son absence de permis de conduire, de sa nationalité étrangère, de son absence totale d'expérience dans un nouveau poste à trouver, ceci dans un contexte de capacités intellectuelles limitées selon l'expertise psychiatrique.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, si le revenu effectivement réalisé au sens de l'art. 26 al. 1 RAI est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS

au sens de l'art. 25 al. 3 RAI le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes (art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2022). Au sens de l'art. 26 al. 3 RAI, l'alinéa 2 n'est pas applicable lorsque le revenu avec invalidité visé à l'art. 26bis al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI (let. a), ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (let. b).

**bb)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

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). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408

consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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

Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI et entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

**b)** En l'occurrence, il y a lieu, comme l'a fait l'OAI, de raisonner en deux temps, à savoir pour la période de 2021 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente) à décembre 2023, puis pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2024, en raison de la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI à cette date. En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, l'on ne saurait faire application de cet article avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024. L'effet anticipé positif - à savoir l'application du droit futur qui n'est pas encore en vigueur en lieu et place du droit actuel - n'est en principe pas admissible (cf. TF 9C\_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 5.1 et les références citées). Une déduction de 20 % n'aurait, quoi qu'il en soit, pas lieu d'être appliquée, puisque le recourant ne se trouve pas dans la situation visée à l'art. 26bis al. 3, deuxième phrase, RAI, qui est celle d'une personne assurée ne disposant d'une capacité fonctionnelle ne s'élevant qu'à 50 % ou moins.

**aa)** S'agissant du revenu sans invalidité en 2021, l'OAI s'est légitimement fondé sur les déclarations de l'employeur, qui a indiqué dans un questionnaire du 5 février 2021 que son employé aurait perçu en 2021 un salaire horaire brut de 25 fr. 40. En convertissant celui-ci en un revenu annuel à plein temps (41 heures de travail par semaine), il a déterminé que le revenu sans invalidité s'élevait à 58'891 fr. 17.

Quant au revenu avec invalidité en 2021, il doit à juste titre être calculé sur les données statistiques de l'OFSP, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son accident en 2020. Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2020, de 5'261 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2020, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 65'815 fr. 10 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné l'indexation de -0,2 % en 2021 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2023 »), on aboutit à un revenu de 65'683 fr. 50 pour une activité exercée à 100 %. A l'instar de ce qu'avait déterminé l'intimé, il s'ensuit que le salaire d'invalidé doit être fixé à 43'679 fr. 50 pour une activité exercée à 70 %, avec un abattement de 5 % lié au taux d'occupation.

Il sied de constater que les limitations fonctionnelles physiques de l'assuré liées aux gonalgies, ainsi que ses capacités intellectuelles limitées, du reste déjà présentes avant l'atteinte à la santé invalidante, ont été prises en compte lors du choix des postes de travail raisonnablement exigibles, dont l'éventail apparaît suffisamment large (cf. notamment TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées), et qu'elles ne justifient donc pas un abattement supplémentaire. Quant aux limitations fonctionnelles psychiatriques, elles ont déjà été prises en compte dans le cadre d'une baisse de rendement de 30 % par rapport à une activité à 100 % et ne sauraient à nouveau intervenir dans

le cadre de l'abattement, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect. En outre, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS ne requièrent aucun niveau de connaissance linguistique, aucune formation, ni aucune expérience préalable, de sorte qu'un abattement ne se justifie pas non plus pour ces motifs (TF 8C\_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; TF 8C\_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées). On ne voit enfin pas en quoi le fait que l'assuré ne possède pas le permis de conduire ferait obstacle à sa recherche d'emploi dans un tel domaine. Il en va de même de sa nationalité étrangère. En effet, si le Tribunal fédéral a certes remarqué qu'un abattement peut se justifier du fait que les étrangers peuvent gagner moins que les travailleurs suisses, la jurisprudence a également considéré que les personnes ayant la nationalité d'un État de l'UE – tel le recourant – ne peuvent en principe pas être traitées différemment des travailleurs suisses en termes de salaire (TF 8C\_20/2023 du 10 mai 2023 consid. 5.3 ; 8C\_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4).

Partant, la comparaison des revenus avec et sans invalidité met en évidence un degré d'invalidité de 25.83 % arrondi à 26 %, qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité, puisqu'il est inférieur à 40 % (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**bb)** Pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2024 et s'agissant du revenu sans invalidité, le raisonnement effectué par l'OAI selon lequel celui-ci doit correspondre à 95 % de la valeur médiane usuelle dans la branche selon les données salariales de l'OFSP, puisque le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité était inférieur d'au moins 5 % à ces valeurs, peut être confirmé. Il apparaît donc que le salaire de référence pour un homme dans le domaine de la construction était, en 2022, de 5'825 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, TA1 n°43, construction, niveau de compétence 1), soit 73'919 fr. 75 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de ce domaine de 41,1 heures (cf. tableau « Durée normale du

travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS) et des indexations de 1,7 % en 2023 et 1,2 % en 2024. Le revenu sans invalidité doit donc être fixé à 70'223 fr. 75 (95 % de 73'919 fr. 75).

Quant au revenu avec invalidité, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2022, de 5'305 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 66'356 fr. 65 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Etant donné les indexations de 1,7 % en 2023 et de 1,2 % en 2024, on aboutit à un revenu de 68'303 fr. 70 pour une activité exercée à 100 %. Il s'ensuit que le salaire d'invalidité doit être fixé à 43'031 fr. 30 pour une activité exercée à 70 %, avec un abattement automatique de 10 % eu égard à l'art. 26bis al. 3 RAI.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité met en évidence un degré d'invalidité de 38.72 % arrondi à 39 %, qui n'ouvre toujours pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**7.** Dans un dernier moyen, le recourant sollicite de l'intimé une aide à la réinsertion professionnelle.

**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 (art. 16 LAI).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié *in* : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 ad art. 8 LAI, p. 102 et référence citée).

**b)** Sur ce point, l'office intimé pouvait valablement se fonder sur les constats opérés dans le rapport final établi le 15 avril 2024 par son spécialiste en réinsertion professionnelle et considérer, sur cette base, qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.

En effet, comme l'a observé le spécialiste en réinsertion professionnelle, d'un point de vue subjectif, le recourant ne se trouvait pas dans une dynamique de retour à l'emploi, vu sa vision très fataliste et

morose de son avenir professionnel et son souhait de bénéficier d'une aide financière de l'AI sans réadaptation professionnelle ressortant de l'expertise. A cela s'ajoutait que, pour diminuer le préjudice économique et obtenir un revenu avec invalidité sensiblement supérieur à celui déduit de l'ESS, il fallait que le recourant entreprenne une formation donnant accès à un poste de niveau de compétence 2 ou supérieur selon le tableau TA1\_skill\_level. Or une formation qualifiante, de type CFC, n'était pas envisageable, dès lors que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 70 %, qu'il n'avait pas effectué sa scolarité en Suisse, qu'il était sans formation et qu'il éprouvait de la fatigue. Dans ce contexte, il n'existait donc pas de démarche simple et adéquate qui était de nature à réduire le préjudice économique encouru par le recourant.

**c)** C'est le lieu de rappeler qu'une mesure d'aide au placement telle qu'octroyée le 14 décembre 2022 – à laquelle un terme avait été mis en raison des déclarations du recourant, qui s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle (cf. courrier du 8 mai 2023 de l'OAI) – peut en tout temps être réactivée par demande écrite afin que le recourant reçoive un soutien de l'intimé pour retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

**8.** Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou un complément d'expertise psychiatrique. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**9. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**d)** Vu l'assistance judiciaire octroyée au recourant, Me Jean-Nicolas Roud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Après examen de la liste des opérations déposée le 20 juin 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La liste des opérations ne peut en effet pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, le temps consacré à l'étude du dossier, soit 3 heures et 30 minutes, et à la rédaction du recours, soit 10 heures, temps de relecture et de correction compris, est disproportionné au vu de l'objet du litige et de la connaissance préalable du dossier du recourant par le mandataire. Le temps consacré aux courriers électroniques avec l'assuré, postérieurement à la date du recours, s'élevant à plus d'une heure, paraît également excessif.

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de

l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Nicolas Roud, conseil du recourant, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office de son conseil mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Nicolas Roud (pour E. \_\_\_\_\_),
- 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 :