

# VD\_GERICHTE ZD24.020506 vom 1. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.020506](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.020506)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.020506 du 1 mai 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.020506 del 1 maggio 2025

## Erwägungen

### E. 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 - 18 - l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

### E. 4.3

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

- 20 - thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent

plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées). cb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

## **E. 5**

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

- 19 - d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). ca) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

## **E. 6**

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

- 21 - établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

- 22 - déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la

relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

## **E. 7**

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

- 23 - a) La décision de refus de prestations du 4 juin 2020 est essentiellement fondée sur le rapport de sortie établi par les médecins de la D. \_\_\_\_\_ en avril 2017. Les diagnostics retenus étaient un traumatisme du genou gauche en 2016 avec déchirure en anse de sceau luxée du ménisque externe. Des troubles dégénératifs débutants au même genou étaient également relevés. Ces lésions impliquaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, pas d'activités nécessitant de monter et descendre des escaliers et des échelles et pas de positions accroupie et à genou prolongées. D'autres rapports médicaux au dossier confirmaient par ailleurs que la capacité de travail dans une activité adaptée demeurait entière, appréciation à laquelle s'était ralliée le SMR. b) Dans sa décision du 10 avril 2024 statuant sur la demande de prestations du 6 octobre 2022, l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas objectivement aggravé depuis sa décision du 4 juin 2020. Partant, une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées par cette dernière décision était conservée. L'OAI s'est essentiellement fondé sur l'expertise bi-disciplinaire réalisée par J. \_\_\_\_\_ Sàrl, dont le SMR avait validé les conclusions. Le recourant estime pour sa part que son état de santé justifierait l'octroi d'une rente. Il se fonde sur le rapport médical établi par ses psychiatres et sa psychologue le 7 mai 2024 et l'expertise privée réalisée par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 5 juin 2024. c) Il sied en premier lieu de constater que sur le plan formel, le rapport d'expertise de J. \_\_\_\_\_ Sàrl du 6 février 2024 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Les experts ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, parmi lesquelles figuraient notamment des rapports de plusieurs spécialistes en orthopédie, dont ceux du Dr U. \_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis octobre 2020, ainsi que les imageries médicales

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

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

- 25 - chirurgicale nécessitée par les lésions post-accidentelles au genou gauche, le recourant était à nouveau apte à travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité principalement assise avec possibilité de se lever, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'accroupissement, pas d'escaliers de manière itérative, pas de marche en terrain inégal, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire. Les douleurs à la cheville apparues ultérieurement n'ont pas modifié cette appréciation. Un taux de 100% pouvait être exigé du recourant. L'expert V. \_\_\_\_\_ a toutefois admis un abattement de 10%, pour tenir compte du ralentissement du rythme de travail dû aux fréquentes pauses nécessitées par les atteintes à la santé du recourant. Les diagnostics incapacitants retenus par l'expert V. \_\_\_\_\_ se recoupent avec les diagnostics posés par le Dr U. \_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis l'automne 2020. Les limitations fonctionnelles retenues par ces deux médecins sont en outre dans la même lignée (cf. rapports médicaux du Dr U. \_\_\_\_\_ des 28 septembre 2022, 21 octobre 2022 et 20 février 2023). S'agissant de la capacité de travail, l'expert V. \_\_\_\_\_ a dûment motivé le taux retenu, qui n'est en outre pas sérieusement remis en doute par d'autres pièces au dossier. Le Dr U. \_\_\_\_\_ ne s'est en effet pas prononcé sur le taux d'activité exigible dans une activité adaptée (cf. rapport médical du 20 février 2023). Le Dr W. \_\_\_\_\_ ne s'est pas non plus déterminé sur le taux d'activité que le recourant pourrait assumer dans une activité adaptée, affirmant qu'il pouvait travailler moyennant une réorientation professionnelle, sans fixer de taux d'activité maximum (cf. rapport de ce médecin du 17 juin 2022). Cela étant, le SMR, suivi par l'OAI, a retenu que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée. La Dre Q. \_\_\_\_\_ a en effet estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas subi de modification depuis la dernière décision intervenue en juin 2020, puisque les lésions constatées étaient de faible importance et les limitations fonctionnelles similaires (cf. avis médical du 12 février 2024). Cette appréciation rejoint celle de l'expert V. \_\_\_\_\_, de laquelle il résulte que la journée type n'a pas changé depuis 2020, que les douleurs

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

la même, c'est-à-dire de 100%. e) Sur le plan psychique, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21), se référant ainsi à un système de classification reconnu, c'est-à-dire la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10). Dans le cadre de son analyse, il a dûment motivé son avis, exposant de manière claire et complète pour quelle(s) raison(s) médicale(s) il avait écarté de nombreux diagnostics avant de retenir la pathologie précitée. Un épisode dépressif n'a pas été retenu, parce qu'il existait une trop grande discordance entre le tableau affiché par l'intéressé sur la durée de l'examen et son niveau de fonctionnement, déduite de la description faite de la journée type et décrite dans la documentation à plusieurs reprises. Il n'était en outre pas possible de retenir un abaissement continu de l'humeur, celui-ci étant également d'intensité insuffisante pour relever d'un critère principal d'un épisode dépressif. L'expert Z. \_\_\_\_\_ a en outre relevé le maintien d'intérêt dans des activités qui étaient les mêmes qu'antérieurement et qui apportaient du plaisir à l'assuré. La description de la journée type faite par le recourant n'était pas non plus compatible avec le niveau de fatigue affiché par celui-ci (cf. rapport d'expertise p. 28 et 29). Par rapport au trouble dépressif récurrent retenu par le Dr P. \_\_\_\_\_, l'expert a souligné que l'expertisé n'avait pas rapporté de modification du tableau dépressif entre l'apparition des symptômes et le jour de l'expertise. Il décrivait au contraire un processus d'abaissement de l'humeur continu depuis son apparition (cf. expertise p. 30 et 31). L'expert psychiatre a également dûment discuté d'autres diagnostics différentiels. Il a ainsi expliqué de manière détaillée et convaincante pour quelles raisons objectives il avait exclu les diagnostics de troubles de la sphère psychotique, de trouble

- 27 - affectif bipolaire, de cyclothymie, de dysthymie, de trouble anxieux, de trouble de l'état de stress post-traumatique, de trouble somatoforme, de trouble de la personnalité, de trouble déficitaire de l'attention ou de la concentration, de trouble du comportement alimentaire ou encore de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (cf. rapport d'expertise p. 29 et 30). Fort de ces explications, il a toutefois estimé qu'un abaissement de l'humeur consécutif aux suites de l'accident du genou subi en 2016 ne pouvait être exclu au vu des plaintes rapportées par le recourant, pour retenir un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée. L'expert Z. \_\_\_\_\_ a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant de l'atteinte au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Cette analyse l'a conduit à retenir que l'atteinte psychique diagnostiquée n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Son avis repose en particulier sur l'analyse du critère de la cohérence, qui l'a conduit à ne pas se fier à la symptomatologie sévère affichée par le recourant. Le jour de l'examen, celui-ci présentait un ralentissement général, une absence totale de gestuelle et de mimique, une voix monocorde, l'absence de connexion visuelle avec l'expert durant tout l'entretien, des réponses laconiques et très brèves (cf. rapport d'expertise p. 25 et 26). S'il s'était fondé sur ce tableau, l'expert aurait retenu un processus particulièrement sévère. Or, cela n'aurait pas concordé avec le niveau de plaintes du recourant, ni avec les activités décrites par celui-ci durant une journée type. Le fonctionnement affiché ne lui aurait pas permis d'effectuer les activités quotidiennes qu'il avait lui-même décrites telles que s'occuper des enfants, se promener, partir en vacances, conduire un véhicule) (cf. rapport d'expertise p. 10-11 et p. 34-35). Des incohérences se retrouvaient également au sein même du discours du recourant, en lien avec son quotidien. Il avait ainsi rapporté une absence totale de consommation d'alcool, alors que l'analyse ordonnée par les experts démentait cette affirmation. Il avait indiqué se lever pour effectuer la première prière matinale musulmane, mais l'heure de

réveil annoncée ne correspondait pas à celle de ladite prière. Il avait également dans un

- 28 - premier temps estimé que le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux n'avaient pas amélioré sa santé, pour ensuite affirmer en fin d'entretien qu'il en percevait les bénéfices. L'expert psychiatre a en outre relevé que le manque de cohérence était mentionné à plusieurs reprises dans la documentation au dossier (cf. rapport d'expertise p. 31- 32 ; cf. notamment avis du SMR du 8 mars 2019). Les observations cliniques faites par l'expert durant l'entretien avec le recourant contrastaient également avec le ralentissement général affiché par celui-ci. Les processus d'éclosion et de formalisation de la pensée étaient conservés. Le discours, peu informatif, était toutefois bien construit et il n'y avait pas de manque du mot. L'attention et la concentration étaient d'un niveau normal pendant toute la durée de l'examen, même lors de changements réguliers de thématiques, et aucun trouble de la mémoire n'a été constaté. Tout en restant dans une attitude neutre et atone, le recourant avait démontré de bonnes capacités à défendre son point de vue (cf. rapport d'expertise p. 26). Se référant à la journée type décrite par le recourant, l'expert a en outre retenu un bon niveau de fonctionnement quotidien, tant au niveau personnel qu'avec sa famille, en particulier avec ses enfants dont il s'occupait. La description de ces activités démontrait également la présence de bonnes capacités de planification et de structuration des tâches. Les capacités de décision et de jugement étaient aussi conservées (cf. rapport d'expertise p. 9-10 et p. 35). Le mode de vie du recourant témoignait de sa capacité d'adaptation aux règles et aux routines (ibidem). Les capacités d'affirmation et à prendre soin de soi ont aussi été constatées par l'expert le jour de l'examen (ibidem). Le recourant s'était dit entouré par sa famille proche ainsi que sa femme et ses enfants, ainsi que par trois ou quatre amis sur lesquels il pouvait compter (cf. rapport d'expertise p. 33). Les facteurs de surcharge ont également été pris en compte par l'expert. Les capacités de flexibilité, d'adaptabilité et de persévérance étaient probablement rendues modestes par une longue période d'inactivité, mais non en raison d'un trouble d'ordre psychique

- 29 - (cf. rapport d'expertise p. 9-10 et 35). Il en a déduit que la capacité de travail du recourant n'était pas limitée sur le plan psychique. Les incohérences relevées, les activités décrites pendant la journée type et ses observations cliniques ont ainsi conduit l'expert à se distancier du tableau particulièrement sévère affiché par le recourant, pour admettre que sa capacité de travail n'était pas impactée par le trouble d'ordre psychique diagnostiqué. Son appréciation, dûment motivée et fondée sur un examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, apparaît cohérente avec la situation objective du recourant. f) Le recourant conteste toutefois l'avis de l'expert Z. \_\_\_\_\_, en se fondant sur le rapport d'expertise privée du Dr S. \_\_\_\_\_ et l'avis de ses psychiatres et sa psychologue, lesquels ont retenu une incapacité de travail de 50% en raison de troubles psychiques. aa) L'expert S. \_\_\_\_\_ s'est en particulier attaché à critiquer le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée retenu par l'expert Z. \_\_\_\_\_, estimant que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique. Pour expliquer ce diagnostic, l'expert privé a notamment indiqué que le recourant présentait des troubles de la concentration modérés, une attitude anxieuse, un ralentissement moteur et du cours de la pensée modérés (cf. rapport d'expertise privée p. 14), une tristesse quotidienne, une aboulie et une anhédonie partielles, une baisse d'estime de soi et des idées de culpabilité (cf. rapport d'expertise privée p. 16). Il n'a toutefois fait que retranscrire les plaintes formulées par le recourant (cf. rapport d'expertise privée p. 12), sans illustrer ses propos par des éléments concrets permettant d'objectiver la situation. Les résultats des tests effectués par l'expert

S. \_\_\_\_\_ pour évaluer la gravité de la maladie et son évolution (échelle de dépression de Hamilton et Impressions Cliniques Globales (Guy)) ne sont pas non plus pertinents, puisque qu'également fondés sur les éléments purement subjectifs rapportés par

- 30 - le recourant. L'expert privé n'a ainsi pas diagnostiqué l'atteinte à la santé du recourant dans les règles de l'art. Cela étant, on rappellera que, du point de vue de l'assurance- invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, l'appréciation de l'expert S. \_\_\_\_\_ des répercussions de l'atteinte psychique sur la capacité de travail du recourant est, à l'instar du diagnostic retenu, empreinte de subjectivité. À nouveau, il n'a pas illustré ses propos par des considérations objectives et s'est fondé sur les plaintes subjectives émises par le recourant (cf. p. 21 à 24 de l'expertise privée). Son appréciation est également difficile à appréhender pour d'autres motifs. La plupart des troubles retenus lors de l'examen clinique ont été qualifiés de « modérés » (cf. rapport d'expertise privée p. 15 à 17). Ce terme, qui est vague, ne permet aucunement de se représenter le degré des difficultés rencontrées par le recourant. Par ailleurs, l'expert privé semble s'être fondé essentiellement sur la situation existant à la période de la réalisation de son examen. Il a ainsi pris en compte la journée type décrite par le recourant le jour de la consultation sans la comparer avec les activités quotidiennes réalisées auparavant (cf. rapport d'expertise privée p. 13). Il a aussi retenu l'incapacité de conduire sur de longues distances nouvellement rapportée par le recourant (cf. rapport d'expertise privée p. 12). L'expert S. \_\_\_\_\_ a pour le surplus déclaré que la situation n'était pas stabilisée et qu'il s'agirait de réévaluer la capacité de travail mensuellement (cf. rapport d'expertise privée p. 21). Il apparaît ainsi que son appréciation de la capacité de travail n'est fondée que sur la situation telle qu'elle se présentait au jour de l'examen. La valeur probante de son analyse pour établir la capacité de travail au moment de la décision litigieuse est par conséquent douteuse. L'expert S. \_\_\_\_\_ a très succinctement passé en revue les différents indicateurs jurisprudentiels (cf. expertise privée p. 24-25). Or, la différence d'appréciation entre l'expert psychiatre de J. \_\_\_\_\_ Sàrl et

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

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

- 32 - modérés ainsi qu'un trouble modéré de la concentration avait été relevés. On ne saisit ainsi pas ce qui a conduit l'expert privé à retenir une capacité de travail de 50%. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater, à l'instar du SMR, suivi par l'intimé, que l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante, puisque fondée sur les déclarations du recourant et exempte de motivation. Elle ne saurait dès lors remettre en doute les conclusions objectives et dûment motivées de l'expertise de J.\_\_\_\_\_ Sàrl. bb) Les mêmes critiques que celles formulées à l'égard de l'analyse du Dr S.\_\_\_\_\_ valent pour celle des psychiatres traitants et de la psychologue du recourant. À l'instar de l'expert privé, les Drs P.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ainsi que Mme B.\_\_\_\_\_ se sont limités à reporter les plaintes formulées par le recourant, pour qualifier celles-ci de « modérées », sans s'appuyer sur quelque élément médical objectif que ce soit (cf. rapport de ces médecins du 7 mai 2024 p. 1). Ils ont aussi estimé que le recourant était capable de travailler au taux de 50%, sans motiver leur position, ni expliquer pourquoi aucune baisse de rendement n'a été retenue, alors que des troubles de la concentration et un ralentissement moteur avaient été relevés. cc) L'expert S.\_\_\_\_\_ ainsi que les Drs P.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ et Mme B.\_\_\_\_\_ ont formulé plusieurs griefs à l'encontre de l'expertise réalisée par J.\_\_\_\_\_ Sàrl, qu'il convient d'examiner. L'appréciation de l'expert Z.\_\_\_\_\_ serait discordante lorsqu'il a retenu un ralentissement général, une absence de gestuelle et de mimique, une voix monocorde, des réponses laconiques et très brèves et des troubles de la mémoire, pour ensuite estimer que l'assuré ne présentait pas de ralentissement moteur et que sa mimique était inauthentique. Ces éléments ont été sortis de leur contexte afin d'en déduire qu'ils seraient contradictoires. Tel n'est pourtant pas le cas. Comme exposé au considérant 7.e ci-dessus, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a dûment

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

de leur contexte. L'expert Z. \_\_\_\_\_ a constaté que le tableau affiché par le recourant était incohérent avec la journée type décrite dans le cadre de l'examen du critère de la cohérence. Il a ensuite relevé, dans le cadre de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, que le recourant s'était bien adapté aux règles et aux routines, c'est-à-dire qu'il s'était adapté aux règles de la vie en société. On ne voit dès lors pas en quoi ces déclarations seraient contradictoires. Les Drs P. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ainsi que Mme B. \_\_\_\_\_ tentent de discréditer l'expert Z. \_\_\_\_\_ en lien avec une remarque concernant la conduite automobile. L'expert Z. \_\_\_\_\_ a relevé que l'attitude du recourant le jour de l'examen était à ce point ralentie qu'elle paraissait difficilement compatible avec le trajet en voiture effectué par celui-ci pour venir au centre d'expertise. Les psychiatres traitants et la psychologue du recourant estiment que le fait de conduire un véhicule n'exclut pas qu'il puisse exister un ralentissement moteur et peinent à imaginer que l'on puisse à la fois admettre que le recourant n'est pas apte

- 34 - à conduire et capable de travailler à 100%. Là aussi, les observations de l'expert Z. \_\_\_\_\_ sont sorties de leur contexte. Il ne s'agissait pas pour l'expert psychiatre de constater que l'état du recourant ne lui permettait pas de conduire pour ensuite admettre qu'il était capable de travailler. Il s'agissait d'illustrer le fait que le comportement affiché le jour de l'examen n'était pas cohérent avec les activités décrites par l'expertisé, dont le fait de conduire un véhicule. Les observations de l'expert Z. \_\_\_\_\_ ne seraient pas crédibles lorsqu'il a affirmé que la thymie du recourant était à la fois neutre et faussement triste. Or, il résulte clairement des explications figurant dans l'expertise de J. \_\_\_\_\_ Sàrl que c'est parce que la mimique et la gestuelle étaient à un tel point diminuées et neutres que l'abaissement de l'humeur ainsi affiché n'apparaissait pas authentique (cf. rapport d'expertise p. 26 et 27). Il est reproché à l'expert Z. \_\_\_\_\_ d'avoir ignoré l'hospitalisation du recourant en mars 2023 en milieu psychiatrique. L'expert S. \_\_\_\_\_ a lui-même reconnu qu'il s'était agi d'une péjoration très temporaire de l'état de santé de l'intéressé (cf. rapport d'expertise privée p. 10, 20 et 21). Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a pour sa part pas mentionné cette hospitalisation dans ses réponses du 8 septembre 2023 aux questions de l'OAI, ce qui démontre que cet élément n'était selon lui pas déterminant dans l'évolution de l'état de santé de son patient. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que cet épisode passager n'est pas pertinent pour apprécier l'atteinte à la santé du recourant et sa capacité de travail sur le long terme. Partant, l'appréciation de l'expert Z. \_\_\_\_\_ demeure valable, même si elle ne tient pas compte de cette péjoration passagère et isolée. L'expertise de J. \_\_\_\_\_ Sàrl n'aurait pas tenu compte des différents anti-dépresseurs successivement prescrits au recourant, alors qu'ils figurent pourtant dans le résumé des rapports médicaux au dossier. Les prises de Fluoxétine 60mg/j, Trittico 10mg/j, Seroquel 100mg/j et Brintellix 20mg/j sont mentionnées dans la partie du rapport d'expertise

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

quelconque échec de traitement. L'expert Z. \_\_\_\_\_ aurait omis de prendre en compte le fait que deux psychiatres et deux psychologues, se remplaçant l'un l'autre, interviennent dans le suivi du recourant. Dans son rapport, l'expert psychiatre s'est pourtant penché sur le suivi mis en place. La fréquence de la prise en charge est indiquée, de même que la période à laquelle elle a été initiée. Le fait qu'un psychiatre et une psychologue suivent le recourant est également mentionné, celui-ci ayant précisé que la psychologue avait changé. L'expert a ainsi énoncé les principaux éléments de la thérapie dont bénéficie le recourant (cf. rapport d'expertise p. 25). On ne voit du reste pas en quoi l'intervention de remplaçants serait pertinente dans l'appréciation de la situation du recourant. Selon l'expert S. \_\_\_\_\_, l'expert Z. \_\_\_\_\_ ne semblait pas avoir contacté le psychiatre traitant en cas de doute. On peine à comprendre le sens de cette remarque, l'expert Z. \_\_\_\_\_ n'ayant par ailleurs exprimé aucun doute dans son analyse. En lien avec le fait que l'expert Z. \_\_\_\_\_ n'a pas observé de signe d'amaigrissement, il lui est reproché de ne pas avoir interrogé l'expertisé au sujet d'une éventuelle variation de poids et il est relevé qu'une personne peut subir une variation pondérale sans présenter de signes externes (cernes, visage creusé). Une fois encore, on peine à

- 36 - comprendre le sens de ces remarques. Il s'agit d'une simple observation qui n'a pas d'incidence sur le diagnostic retenu ni sur l'évolution de la capacité de travail du recourant. Il est enfin reproché à l'expert Z. \_\_\_\_\_ d'avoir fait une allusion religieuse dans son expertise, qui n'aurait aucun lien avec l'état de santé du recourant. Cette critique ne remet pas en cause les conclusions de l'expert psychiatre, qui a notamment illustré les nombreuses incohérences présentes dans le discours du recourant par le fait que l'heure du réveil matinal indiquée ne coïncidait pas avec l'heure de la première prière musulmane, que le recourant avait affirmé effectuer. g) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de J. \_\_\_\_\_ Sàrl, qui sont claires, bien motivées et reposent sur une analyse fouillée du dossier, notamment sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels applicables en cas de troubles psychiatriques. Le recourant n'a pour le surplus apporté aucun élément médical objectif susceptible de remettre en cause les conclusions expertales. Il convient par conséquent de considérer, comme l'intimé, que ce dernier est doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiques (cf. consid. 7.d supra), la pathologie psychique dont souffre le recourant n'ayant aucun impact sur sa capacité de travail.

## **E. 8**

Le recourant n'a formulé aucune critique en lien avec le calcul de son degré d'invalidité. Fondé, pour le revenu sans invalidité, sur le revenu de l'ESS 2020 pour un homme dans la catégorie commerce de détail (cf. art. 26 al. 2 RAI) et, pour le revenu avec invalidité sur le salaire brut standardisé pour un homme (cf. art. 26bis al. 2 RAI), tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, le calcul opéré par l'intimé peut être confirmé. Le revenu sans invalidité (58'746 fr. 40) étant moins élevé que celui avec invalidité (60'772 fr. 19), le recourant ne subit aucune perte de

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

## **E. 9**

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de

nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b). L'art. 18a al. 1 LAI, prévoit que l'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi. b) En l'occurrence, le recourant s'est vu octroyer une mesure d'aide au placement sous la forme d'un placement à l'essai. L'intimé lui a en revanche à juste titre nié le droit de pouvoir bénéficier d'un reclassement, puisque le seuil de 20% n'est pas atteint, ce qui n'est au demeurant pas contesté par celui-ci.

- 38 -

#### **E. 10**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 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. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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