

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2026

Composition : M. PIGUET, président
M. Wiedler, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 LAI

En fait :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***1966, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de cuisinier et d'une patente de cafetier-restaurateur, a travaillé en qualité de cuisinier, puis de chef de cuisine auprès de divers employeurs.

Le 17 juin 1992, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière alors qu'il circulait à motocycle et est entré en collision avec une voiture qui lui a occasionné un polytraumatisme, avec notamment une commotion cérébrale, un traumatisme abdominal contondant, une contusion cardiaque, des fractures de la clavicule gauche et des deuxième et troisième côtes gauches, une atteinte du genou gauche avec une suspicion de rupture du ligament croisé antérieur et de lésion méniscale, ainsi que de multiples fractures et luxations dentaires (rapport du 2 juillet 1992 relatif à son hospitalisation du 17 au 26 juin 1992). Une insuffisance du ligament croisé antérieur gauche ayant par la suite été diagnostiquée, l'assuré a bénéficié, le 27 août 1992, d'une reconstruction arthroscopique du ligament croisé antérieur au moyen d'une greffe du ligament patellaire (protocole opératoire du 27 août 1992). En raison d'une pseudarthrose de la clavicule gauche, il a en outre bénéficié, le 16 juin 1993, d'une ostéosynthèse de la clavicule avec plastie spongieuse par prélèvement au niveau de la crête iliaque gauche (protocole opératoire du 16 juin 1993).

Le 20 octobre 1993, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Par décision du 21 novembre 1994, l'Office AI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1993. Cette rente a par la suite été supprimée.

Dans un rapport d'expertise du 9 février 1995, établi à la demande d'E. _____, assureur-accident, le Dr G. _____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lombalgies post-traumatiques après une fracture du corps vertébral de la vertèbre L5, de fracture de la clavicule gauche avec une pseudarthrose secondaire non encore consolidée et d'instabilité résiduelle douloureuse du genou gauche, tout en précisant que les autres lésions du polytraumatisme avaient bien guéri. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité de chef de cuisine.

Par décisions du 8 septembre 1995, l'Office AI a pris en charge, au titre de mesures de réadaptation professionnelle, une remise à niveau scolaire du 27 juillet au 25 août 1995, puis un reclassement professionnel sous la forme d'un apprentissage d'employé de commerce du 21 août 1995 au 31 juillet 1998 auprès de l'I._____ SA.

Par communication du 1^{er} décembre 1998, l'Office AI a pris en charge une formation complémentaire de chef d'entreprise pour restaurateurs et hôteliers auprès de D._____ à A***, du 2 décembre 1998 au 2 avril 1999.

A la suite de son reclassement professionnel, l'assuré a travaillé en qualité de gestionnaire d'établissement pour le compte de F._____ au J***.

Par décision du 30 septembre 1999, l'Office AI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'après l'accomplissement des mesures de réadaptation professionnelle, son degré d'invalidité s'élevait à 24,5 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b) Dans un formulaire de détection précoce du 24 juin 2014, l'assuré a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 10 février 2014 en raison d'une dépression.

Le 24 juillet 2014, l'Office AI a informé l'assuré que le dépôt d'une demande n'était pas indiqué.

c) L'assuré a été engagé à compter du 1^{er} janvier 2017 en qualité de responsable de l'Office du tourisme de K***.

Le 17 août 2019, l'assuré a été victime d'un accident de vélo qui lui a occasionné notamment une fracture de la tige de la clavicule droite ainsi qu'un traumatisme thoracique avec des fractures en série des troisième à huitième côtes droites et une refracture de la neuvième côte droite, une contusion pulmonaire avec une lacération du lobe moyen, un petit hémithorax et un petit pneumothorax (rapport du 26 août 2019 de l'Inselspital, relatif à l'hospitalisation du 18 au 24 août 2019). Le 22 août 2019, l'assuré a bénéficié d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse par plaque de la clavicule droite (protocole opératoire du 9 septembre 2019).

Dans un rapport du 16 octobre 2019, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de gonarthrose post-traumatique du genou gauche, dans un contexte d'ancienne déchirure du ligament croisé antérieur traitée par plastie, puis d'arthroscopie avec débridement méniscal en novembre 2016. Il a fait état d'une évolution défavorable, avec un épanchement articulaire persistant et des douleurs mécaniques et inflammatoires, notamment nocturnes. Le seul traitement chirurgical envisageable consistait en l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche.

Dans un rapport du 22 novembre 2019, les Drs M._____ et N._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont fait état d'un status après réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque de la clavicule droite, dont l'évolution était régulière, la fracture étant en voie de guérison, tout en relevant une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs.

Le 8 janvier 2020, l'assuré a subi une infiltration gléno-humérale de l'épaule droite à l'Inselspital (protocole opératoire du 13 janvier 2020).

Selon un rapport du 17 janvier 2020, relatif à une consultation du 19 décembre 2019, le Dr M._____ a posé les diagnostics de tendinopathie symptomatique du biceps et de petite rupture transmurale focale du tendon du supra-épineux, sans rétraction, dans un contexte de status après une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque de la clavicule droite le 22 août 2019.

Le 27 février 2020, l'assuré a déposé, à la suite d'une procédure de détection précoce, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI en raison de son accident du 17 juin 2019 et d'une opération de prothèse complète du genou entraînant une incapacité de travail totale depuis le 17 août 2019.

Dans un rapport du 11 mars 2020, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de gonarthrose post-traumatique du genou gauche, dans un contexte de polytraumatisme avec une rupture du ligament croisé antérieur en 1992 et de ménisectomies interne et externe en 2016. Elle a également fait état de séquelles de la chute à vélo du 17 août 2019, avec notamment une fracture de la clavicule droite traitée par ostéosynthèse et des fractures costales multiples avec contusion pulmonaire, ainsi que de douleurs persistantes de l'épaule droite avec une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs. Les douleurs du genou gauche limitaient les déplacements de sorte qu'une implantation prothétique étant prochainement prévue. Elle a attesté une incapacité totale de travail depuis le 18 août 2019, également en lien avec l'atteinte au genou gauche. Elle a toutefois estimé que, théoriquement, une activité légère de bureau adaptée aux limitations du genou gauche et du membre supérieur droit pouvait être exercée à un taux maximal de 50 %.

Dans rapport du 2 mai 2020, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence les diagnostics de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33), de perturbation de l'activité et de l'attention (CIM-10 F90.0), de syndrome de dépendance à l'alcool (CIM-10 F10.2), de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61) et de trouble douloureux chronique. Il a relevé que plusieurs tentatives de sevrage

alcoolique avaient échoué. Les limitations fonctionnelles consistaient en une humeur dépressive, une fatigue chronique, des troubles de la concentration, une gestion insuffisante du stress et des émotions négatives, des difficultés émotionnelles, une intolérance à l'injustice ainsi qu'une impulsivité. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 60 %.

Le 19 mai 2020, le Dr Q._____ a transmis à l'Office AI plusieurs rapports médicaux :

- une lettre de sortie du 14 février 2014 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel faisait état d'une première hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et une utilisation nocive d'alcool ;
- un rapport du 16 mars 2014 de la Dre P._____, laquelle mentionnait l'existence d'un burn-out avec des symptômes dépressifs majeurs ainsi qu'un abus d'alcool ;
- un rapport d'expertise du 24 juin 2014, établi à la demande de l'assureur perte de gain, de la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle posait les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif (CIM-10 F43.22), d'un probable trouble hyperkinétique (CIM-10 F90) et de syndrome de dépendance à l'alcool, relevant un état dépressif léger et une anxiété mineure, dans un contexte d'abus quotidien d'alcool ; la symptomatologie anxio-dépressive était en voie d'amélioration et aucune reconversion professionnelle n'était nécessaire, l'assuré étant apte à reprendre son activité habituelle dès le 1^{er} juillet 2014 ;
- un rapport du 5 février 2018 du Centre T._____, lequel faisait état d'une admission programmée en milieu protégé à des fins de sevrage alcoolique, tout en mettant en évidence les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool (CIM-10 F10.2) et de perturbation de l'activité et de l'attention (CIM-10 F90.0).

Dans un rapport du 7 juin 2020, le Dr M._____ a retenu le diagnostic de tendinopathie symptomatique du biceps droit, au premier plan, avec une suspicion d'une petite rupture transmurale du tendon du

supra-épineux, ainsi qu'un matériel d'ostéosynthèse gênant au niveau de la clavicule droite. Il a relevé la persistance de douleurs inchangées de l'épaule droite, principalement à la mobilisation, malgré une bonne réponse antérieure à une infiltration gléno-humérale. Compte tenu de la persistance des symptômes, une arthroscopie de l'épaule avec ténotomie du biceps, décompression sous-acromiale et inspection de la coiffe des rotateurs, associée à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la clavicule, était préconisée.

Le 26 juin 2020, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie du biceps, débridement intra-articulaire, refixation du tendon du supra-épineux et bursectomie sous-acromiale, ainsi qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse de la clavicule droite à la clinique [...] (protocole opératoire du 1^{er} juillet 2020).

Le 5 octobre 2020, l'assuré a bénéficié de la pose d'une prothèse totale du genou gauche (protocole opératoire non daté du Dr L._____).

Dans un rapport du 19 décembre 2020, le Dr M._____ a constaté une évolution très favorable de l'épaule droite à la suite de l'intervention du 26 juin 2020. L'assuré faisait état d'une nette amélioration, sans douleurs résiduelles. L'examen objectivait une mobilité gléno-humérale active et passive complète ainsi qu'une bonne force de la coiffe des rotateurs. Au vu de cette évolution, le suivi spécialisé a été clôturé.

Dans un rapport de 28 avril 2021, le Dr L._____ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation le 30 mars 2021, à six mois de la pose de la prothèse totale du genou gauche. Il a constaté une évolution défavorable, marquée par la persistance de douleurs importantes et d'une rétraction musculaire malgré la physiothérapie. Il a dès lors préconisé une rééducation stationnaire, permettant une physiothérapie quotidienne à sec et en piscine.

Dans un rapport du 28 septembre 2021, le Dr L._____ a confirmé l'évolution défavorable du genou gauche, avec la persistance de douleurs quotidiennes et d'une limitation de la mobilité malgré la physiothérapie. Le bilan radiologique montrait toutefois une prothèse en place, sans déplacement secondaire ni signe de descellement.

Par appréciation médicale du 25 novembre 2021, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'E._____, a relevé une évolution peu satisfaisante après la pose de la prothèse totale du genou gauche du 5 octobre 2020, dans un contexte de multiples antécédents chirurgicaux du genou gauche. Il a estimé qu'une incapacité totale de travail était justifiée du 5 octobre 2020 au 5 janvier 2021. Malgré la persistance d'une mobilité limitée et d'un résultat fonctionnel insatisfaisant, l'assuré disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 5 janvier 2021, étant précisé que le déficit d'extension existait déjà de longue date et que les composants de la prothèse étaient correctement positionnés. Il a toutefois qualifié le pronostic concernant les douleurs du genou gauche de défavorable, compte tenu notamment des différentes comorbidités.

Dans un rapport du 13 mai 2022, relatif à une consultation du même jour, le Dr L._____ a fait état d'une évolution nettement défavorable du genou gauche, avec une augmentation des douleurs quotidiennes et un périmètre de marche limité à 200 mètres. Suspectant un descellement du plateau tibial, malgré l'absence de signe visible sur le bilan radiologique, il a proposé une révision complète de la prothèse totale du genou gauche, envisagée pour le 7 juillet 2022.

Dans un avis du 25 mai 2022, le Dr U._____ a considéré que le changement de prothèse prévu le 7 juillet 2022 n'était, en l'état, pas indiqué, préconisant de recueillir un second avis spécialisé avant toute révision de la prothèse.

Dans un rapport du 13 juin 2022, le Dr L._____ a relevé que l'évolution défavorable après la pose de la prothèse totale du genou gauche empêchait toute reprise d'une activité professionnelle depuis plus d'une année et demie. Malgré des investigations approfondies et l'échec des traitements conservateurs, l'origine des troubles n'avait pas pu être clairement établie. Suspectant néanmoins un descellement de l'implant tibial à l'interface entre le ciment et la prothèse, il a confirmé l'indication à une révision de la prothèse totale du genou gauche.

Le 24 novembre 2022, l'Office AI a reçu plusieurs rapports médicaux du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, établis les 14 juillet, 18 août, 5 septembre et 1^{er} novembre 2022. Il en ressort que l'assuré présentait une prothèse totale du genou gauche douloureuse, dans un contexte de plusieurs interventions chirurgicales antérieures, avec des douleurs persistantes, une limitation importante de la mobilité, une boiterie d'évitement ainsi qu'une atrophie musculaire de la cuisse. Après avoir analysé les examens radiologiques réalisés (radiographies, SPECT-CT et CT), le Dr W._____ n'a pas retenu de signes certains de descellement de la prothèse, mais a considéré que les troubles étaient principalement liés à un problème de cinématique de la prothèse. Il a dès lors préconisé une chirurgie consistant en un remplacement complet de la prothèse du genou, associé à une synovectomie totale, suivie d'une réadaptation postopératoire.

Dans un rapport du 7 décembre 2022, la Dre P._____ a posé les diagnostics d'un état douloureux persistant du genou gauche après la pose d'une prothèse totale en 2020, dans un contexte de gonarthrose post-traumatique, de trouble de l'attention avec hyperactivité, d'un abus d'alcool, d'épisodes dépressifs récurrents, de douleurs persistantes de l'épaule droite, de syndrome métabolique et de syndrome d'apnées du sommeil. L'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré, une intervention de révision de la prothèse du genou était programmée pour le 13 janvier 2023. L'assuré demeurait en incapacité totale de travail depuis

le 2 mars 2020, y compris dans une activité adaptée. Elle a précisé que la capacité de travail devrait être réévaluée après cette intervention.

Par rapport du 16 décembre 2022, le Dr Q._____ a fait état d'une évolution fluctuante des symptômes dépressifs, en lien avec les douleurs chroniques de l'épaule droite et surtout du genou gauche, ainsi qu'avec un éthylisme chronique. Il a relevé que l'assuré avait réduit sa consommation d'alcool en prévision de l'intervention chirurgicale du genou gauche programmée en janvier 2023, tout en refusant une hospitalisation pour un sevrage alcoolique. Sur le plan professionnel, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, en raison des atteintes au genou gauche, aucune activité n'était actuellement envisageable. Le pronostic demeurerait défavorable, sous réserve d'une amélioration significative de l'état du genou gauche.

Le 23 mars 2023, l'assuré a subi une intervention de révision de la prothèse totale du genou gauche en raison d'une arthrofibrose. L'opération a consisté en une synovectomie totale, l'ablation de l'ancienne prothèse et la mise en place d'une nouvelle prothèse totale du genou gauche (protocole opératoire du 27 mars 2023).

Dans une lettre de sortie du 7 avril 2023 de la [...], il était fait état d'une évolution postopératoire favorable après la révision de la prothèse totale du genou gauche, avec une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité.

Par rapport du 4 mai 2023, le Dr W._____ a retenu les diagnostics de léger déficit persistant de la mobilité après la révision de la prothèse totale du genou gauche du 23 mars 2023, de synovite chronique légère et fibrosante (score 2) ainsi que d'une arthrofibrose modérée (grade II). Il a relevé une évolution postopératoire conforme aux attentes, avec la persistance d'un déficit de la mobilité nécessitant la poursuite d'une physiothérapie intensive, ainsi qu'un traitement antalgique.

Dans un rapport du 29 juin 2023, le Dr W._____ a fait état d'une évolution globalement favorable après la révision de la prothèse totale du genou gauche. Il a toutefois relevé la persistance d'une boiterie d'évitement liée à un déficit de stabilisation musculaire, malgré une prothèse en bonne position, sans signe de descellement.

Selon un rapport du 18 septembre 2023, le Dr W._____ a constaté une aggravation de l'état du genou gauche, retenant un déficit de mobilité croissant avec un début de récurrence d'arthrofibrose. Considérant que l'assuré présentait à nouveau un enraidissement du genou, il a préconisé une intensification de la physiothérapie, sans nouvelle intervention chirurgicale à ce stade, tout en estimant que l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle.

Par rapport du 3 novembre 2023, le Dr Q._____ a indiqué que les symptômes dépressifs demeuraient fluctuants et que l'assuré se sentait démoralisé en raison de la persistance des douleurs et de la limitation de la mobilité du genou gauche malgré l'intervention du 23 mars 2023. Il a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 30 %, tout en précisant qu'aucune activité n'était actuellement envisageable en raison des atteintes au genou gauche et qu'une réinsertion professionnelle ne pourrait être envisagée qu'en cas d'amélioration notable de celui-ci.

Par rapport du 19 décembre 2023, le Dr W._____ a relevé que l'évolution demeurerait décevante, avec une diminution supplémentaire de la mobilité du genou gauche malgré une physiothérapie intensive. Les améliorations obtenues immédiatement après l'intervention du 23 mars 2023 n'avaient été que transitoires et un nouvel enraidissement s'était installé. L'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité à plein temps et a estimé qu'à plus long terme, seule une capacité de travail de 50 % dans une activité excluant le port de charges de plus de 10 kg pouvait être envisagée.

Dans un avis du 24 mai 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une

expertise bidisciplinaire comportant des volets en orthopédie et en psychiatrie.

Le 28 juin 2024, l'assuré a été examiné par les Drs Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux experts auprès du centre d'expertises V._____. Dans une évaluation consensuelle du 4 septembre 2024, ceux-ci ont retenu, sur le plan orthopédique, les diagnostics de raideur du genou gauche après une prothèse totale posée pour une gonarthrose post-traumatique, avec un changement de prothèse en mars 2023 et une récurrence d'une fibrose intra-articulaire, ainsi que des status après une fracture de la cheville droite traitée chirurgicalement, du poignet droit, d'une vertèbre lombaire et de côtes, traités conservativement. Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue (CIM-10 F10.25), sans incidence sur la capacité de travail, à l'exclusion de toute autre atteinte psychiatrique incapacitante. Les experts ont considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis août 2019 pour des motifs exclusivement orthopédiques, mais entière dans une activité adaptée depuis le 18 décembre 2023. Les experts ont, enfin, arrêté les limitations fonctionnelles suivantes :

Dans une activité sédentaire assise, avec possibilité de se mobiliser de manière libre, pas de marche en terrain inégal, déplacement limité à 300 mètres, pas d'activité en position statique debout, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant.

Dans un avis du 9 septembre 2024, le SMR a considéré que l'expertise du centre d'expertises V._____ était convaincante s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle. Il a toutefois relevé certaines lacunes concernant l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, en particulier pour la période comprise entre la fin des traitements de l'épaule droite et la stabilisation de l'atteinte au genou gauche. Estimant qu'une capacité de travail dans une activité adaptée avait vraisemblablement déjà existé avant le changement de prothèse de mars 2023, il a sollicité un complément d'expertise auprès de l'expert orthopédiste afin de préciser ce point.

Le 23 septembre 2024, l'Office AI a reçu un rapport d'expertise orthopédique, établi le 29 août 2024, sur mandat de l'assurance-accidents. À cette occasion, l'assuré avait été examiné le 13 août 2024 par le Dr BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et BC._____, neuropsychologue, tous deux experts auprès du centre d'expertises O._____. Les experts ont retenu les diagnostics de status après un polytraumatisme consécutif à l'accident du 17 juin 1992, comprenant notamment une rupture du ligament croisé antérieur gauche et une lésion méniscale du genou gauche, avec la persistance d'une limitation de la mobilité du genou gauche en flexion et en extension, associée à une tuméfaction capsulaire après deux implantations de prothèse totale du genou. Ces atteintes étaient, avec une vraisemblance prépondérante, imputables à l'accident du 17 juin 1992. En outre, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de responsable d'un office du tourisme, ainsi que dans toute activité essentiellement sédentaire ne sollicitant pas le genou gauche.

Par réponse du 8 novembre 2024 au complément d'expertise sollicité par le SMR, le Dr BF._____ a précisé que les limitations fonctionnelles liées à l'épaule droite avaient disparu dès le 1^{er} janvier 2021. Il a retenu une incapacité de travail totale dans une activité adaptée du 22 août 2019 au 5 avril 2021. Il a ensuite estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 6 avril 2021, sous réserve d'une période d'incapacité liée à l'intervention au genou gauche, soit du 27 mars au 27 septembre 2023.

Dans un avis du 13 décembre 2024, le SMR a considéré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes et pouvaient être suivies. Il a retenu que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de responsable d'un office du tourisme était totale depuis l'accident d'août 2019, probablement de manière définitive. En revanche, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, depuis le 6 avril 2021, à l'exception de la période comprise entre le 27 mars et le 17 décembre 2023, à la suite de la révision de la prothèse

totale du genou gauche. La capacité de travail dans une activité adaptée étant à nouveau entière dès le 18 décembre 2023.

Par projet de décision du 26 mars 2025, l'Office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021, ainsi que du 1^{er} mars 2023 au 31 mars 2024.

Par courrier du 29 avril 2025, l'assuré, alors représenté par Me Charles Guerry, a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précitée. En substance, il faisait valoir que, compte tenu de son âge de 58 ans au moment du projet de décision et de son éloignement du marché du travail depuis août 2019, l'Office AI ne pouvait supprimer la rente sans examiner préalablement son besoin de mesures d'ordre professionnel. Il ne disposait pas des capacités nécessaires pour se réadapter par lui-même et la rente entière devait continuer à être versée jusqu'à l'examen et, le cas échéant, la mise en œuvre de telles mesures. En outre, le revenu sans invalidité devait être fixé à 86'284 fr. en 2021 sur la base du revenu de chef de cuisine retenu dans une précédente décision, tandis que le revenu d'invalidité devait tenir compte d'une diminution de rendement de 50 % attestée par ses médecins, soit 32'192 fr. 52. A l'appui de ses objections il a produit les rapports suivants :

- un rapport du 12 mars 2024 du Dr W._____, lequel faisait état d'une limitation de la mobilité du genou gauche persistante malgré la physiothérapie, sans perspective d'amélioration significative, tout en relevant qu'il convenait désormais d'examiner les perspectives professionnelles de l'assuré au regard de l'atteinte durable du genou ;
- un rapport du 5 avril 2024 du Dr W._____, lequel estimait que l'assuré demeurerait totalement incapable de reprendre son activité habituelle, seule une capacité de travail maximale de 50 % dans une activité adaptée, avec port de charges limité à 15 kg, pouvant être envisagée ;
- un rapport du 19 décembre 2024 de la Dre P._____, laquelle mentionnait des douleurs permanentes du genou, limitant notamment la station debout, la marche et la position assise prolongée, tout en estimant que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans

une activité administrative, avec toutefois un rendement réduit à 50 % en raison des pauses nécessaires ;

- un rapport du 11 mars 2025 du Dr W._____, lequel constatait une péjoration de la mobilité du genou gauche et des difficultés dans la vie quotidienne, avec un périmètre de marche limité à 100 mètres, tout en évoquant à terme une arthrodèse ou une nouvelle révision de la prothèse, malgré le risque de récurrence de l'arthrofibrose.

Dans une prise de position du 19 juin 2025, l'Office AI a indiqué avoir soumis le dossier à son service de réadaptation à la suite des objections de l'assuré, lequel avait conclu, sur la base notamment de l'expertise du 4 septembre 2024, à l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, l'intéressé ne se projetant ni dans un processus de réadaptation ni dans une activité professionnelle. Pour ce motif, l'Office AI renonçait à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel préalablement à la suppression de la rente, tout en réservant la possibilité d'une aide au placement en cas de démarche ultérieure de l'assuré.

Dans ses déterminations du 14 juillet 2025, l'assuré a contesté le revenu sans invalidité retenu par l'Office AI, faisant valoir que son taux d'activité de 60 % en 2019 était déjà imputable à ses atteintes à la santé et qu'il aurait travaillé à plein temps sans celles-ci, de sorte que son dernier salaire de directeur d'un office du tourisme devait être extrapolé à 100 %, puis indexé. Il a par ailleurs indiqué avoir reconsidéré sa position quant à une reprise professionnelle à la suite d'échanges avec ses médecins traitants et s'est déclaré désormais disposé à reprendre une activité adaptée à un taux d'environ 50 %, sollicitant ainsi la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel en vue de sa réinsertion sur le marché du travail.

Par communication du 24 juillet 2025, l'Office AI a octroyé une aide au placement à l'assuré.

Par décision du 11 août 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision.

B. **a)** Par acte du 8 septembre 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, a déféré la décision du 11 août 2025 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit alloué dès le 1^{er} août 2020 jusqu'à la fin des mesures d'ordre professionnel, et, subsidiairement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyé du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021, trois quarts de rente du 1^{er} août 2021 au 28 février 2023 et une rente entière depuis le 1^{er} mars 2023. En substance, l'assuré contestait l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation retenue par l'Office AI, faisant valoir qu'il avait reconsidéré ses possibilités de reprise professionnelle à la suite d'échanges avec ses médecins. Il se déclarait désormais disposé à participer à des mesures d'ordre professionnel et avait déjà mené avec succès une réadaptation professionnelle par le passé. La mise en place de mesures d'ordre professionnel devait être concrètement examinée avant toute suppression de la rente, celle-ci devant être maintenue dans l'intervalle. À titre subsidiaire, il contestait la fixation des revenus avec et sans invalidité, estimant que ce dernier devait être déterminé soit sur la base du revenu retenu par l'Office AI en 1999, dûment indexé, soit à partir de son dernier salaire de directeur d'un office du tourisme, extrapolé à un taux d'activité de 100 %. En outre, une diminution de rendement de 50 % devait être prise en compte dans une activité adaptée, conformément aux appréciations de ses médecins traitants.

b) Dans sa réponse du 24 novembre 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Sur le plan médical, les deux expertises réalisées en 2024 confirmaient de manière convaincante une capacité de travail entière dans une activité adaptée, les rapports des médecins traitants établis en 2024 et 2025 n'apportant aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause cette appréciation. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il relevait la position ambivalente de l'assuré, qui sollicitait désormais une aide au placement tout en déclarant ne pas se sentir apte à reprendre une activité professionnelle en raison de l'état de son genou. En outre, son CFC

d'employé de commerce, les tâches administratives exercées dans sa dernière activité, son parcours professionnel varié et ses capacités d'adaptation constituaient des ressources suffisantes pour lui permettre de se réadapter par lui-même. Il a produit un avis médical du 28 octobre 2025 du SMR.

c) Par réplique du 6 janvier 2026, B._____ a contesté être en mesure de se réadapter par lui-même, compte tenu de son âge, de son éloignement du marché du travail depuis août 2019 et de son état de santé, et a réfuté toute absence d'aptitude subjective à la réadaptation. En outre, sa capacité de travail n'était pas seulement restreinte par les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte au genou gauche, mais également par les douleurs chroniques persistantes.

d) Par duplique du 5 février 2026, l'Office AI a derechef conclu au rejet du recours.

En droit :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité qu'il présente à compter du 1^{er} août 2020, étant précisé qu'il n'est pas contesté que le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021 et du 1^{er} mars 2023 au 31 mars 2024, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la novelle du 1^{er} janvier 2022).

b) Dans le cas présent, par décision du 11 août 2025, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021 et du 1^{er} mars 2023 au 31 mars 2024. Celui-ci étant âgé de 55 ans en date du 1^{er} janvier 2022, il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de

savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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). 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).

6. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire de V._____ du 4 septembre 2024, complété le 8 novembre 2024, a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021 et du 1^{er} mars 2023 au 31 mars 2024. Pour le reste, il a estimé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de V._____ du 4 septembre 2024 et de son complément du 8 novembre 2024, selon laquelle le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une « activité sédentaire assise, avec possibilité de se mobiliser de manière libre, pas de marche en terrain inégal, déplacement limité à 300 mètres, pas d'activité en position statique debout, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant ». Une telle capacité de travail était exigible depuis le 6 avril 2021, sous réserve de la période d'incapacité totale consécutive à la révision de la prothèse totale du genou gauche. Ces conclusions résultent d'une analyse bidisciplinaire de la situation médicale du recourant, sur les plans orthopédique et psychiatrique, et sont en outre corroborées, s'agissant de l'atteinte orthopédique et de ses répercussions sur la capacité de travail, par l'expertise réalisée le 13 août 2024 par le centre d'expertises O._____ sur mandat de l'assurance-accidents et ayant donné lieu au rapport d'expertise du 29 août 2024.

aa) D'un point de vue formel, il y a lieu de constater que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que de ses antécédents. Chacun des experts a personnellement rencontré le recourant et procédé à un examen clinique détaillé. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Ils ont par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, d'abord dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle.

bb) Sur le plan orthopédique, l'expert a retenu les diagnostics – avec incidence sur la capacité de travail – de raideur du genou après une prothèse totale du genou gauche pour gonarthrose post-traumatique, avec une récurrence d'une fibrose intra-articulaire, ainsi que de status après des fractures de la cheville droite, du poignet droit, d'une vertèbre lombaire et des côtes. Il a retracé de manière détaillée l'évolution de l'atteinte au genou gauche depuis l'accident de 1992, relevant notamment la persistance de douleurs, l'évolution vers une gonarthrose ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale le 5 octobre 2020, l'apparition d'un flexum et d'une limitation de la flexion en lien avec une fibrose intra-articulaire, puis le changement de prothèse intervenu le 27 mars 2023, lequel avait entraîné une amélioration initiale durant quelques mois avant une nouvelle diminution de la mobilité. Il a également tenu compte de l'atteinte à l'épaule droite consécutive à l'accident d'août 2019 et des interventions pratiquées à ce niveau, tout en constatant que celle-ci avait évolué favorablement et n'occasionnait plus de gêne au moment de l'expertise. L'expert a considéré les plaintes et les pertes fonctionnelles alléguées comme cohérentes et plausibles au regard de la fibrose intra-articulaire post-opératoire et a constaté une limitation uniforme sur le plan orthopédique. Il a relevé que la marche était limitée à environ 300 mètres en raison du flexum, mais que le recourant ne présentait pas de douleurs en position assise et demeurait en mesure de conduire. Il a ainsi retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, tandis qu'une capacité de travail entière subsistait dans une activité sédentaire exercée en position assise, sans position statique debout ni déplacements de plus de 300 mètres, sans position accroupie ou à genoux, sans marche en terrain irrégulier, sans utilisation d'échelles ou d'échafaudages et sans exposition à des engins vibrants. Dans son complément du 8 novembre 2024, établi à la demande du SMR, l'expert a en outre précisé l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles liées à l'épaule droite avaient disparu dès le 1^{er} janvier 2021 et retenu une incapacité totale dans une activité adaptée du 22 août 2019 au 20 décembre 2020 en raison de cette atteinte, puis une pleine capacité de travail dès le 21 décembre 2020, sous réserve des périodes d'incapacité liées aux interventions pratiquées

au genou gauche, soit du 5 octobre 2020 au 5 avril 2021 et du 27 mars au 27 septembre 2023. Le SMR s'est toutefois écarté de cette dernière date et a retenu, sur la base des éléments figurant dans l'expertise du 4 septembre 2024, que l'incapacité de travail consécutive à la révision de la prothèse du genou gauche avait perduré jusqu'au 17 décembre 2023, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée étant ainsi exigible dès le 18 décembre 2023 (cf. rapport d'examen du SMR du 13 décembre 2024).

Les conclusions de l'expert trouvent par ailleurs un appui dans l'expertise orthopédique réalisée le 13 août 2024 sur mandat de l'assurance-accidents et ayant donné lieu au rapport du 29 août 2024. Le Dr BB. _____ a lui aussi procédé à une analyse de l'évolution de l'atteinte au genou gauche et retenu comme séquelle objectivable une limitation persistante de sa mobilité en extension et en flexion, avec tuméfaction capsulaire, après deux implantations de prothèse totale. Il a considéré que les douleurs au repos et à l'effort alléguées par le recourant pouvaient être rattachées aux lésions initiales et aux interventions chirurgicales subséquentes. Il a néanmoins estimé que ces séquelles demeuraient compatibles avec une capacité de travail de 100 % dans une activité n'impliquant pas de sollicitation du genou gauche, en particulier une activité exercée en position assise. Il a en outre considéré qu'aucune amélioration significative de l'état orthopédique ne pouvait plus être attendue. Certes, cet expert s'est écarté de l'appréciation retenue dans l'expertise du 4 septembre 2024 quant à l'activité habituelle de responsable d'un office du tourisme, qu'il a estimée exigible à plein temps. Cette divergence n'est toutefois pas déterminante en l'espèce, dès lors que les deux expertises concordent sur les constatations médicales essentielles ainsi que sur le point décisif de l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire et n'impliquant pas de sollicitation du genou gauche.

cc) Sur le plan psychiatrique, le Dr Y. _____ a retenu le diagnostic – sans incidence sur la capacité de travail – de syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue (CIM-10 F10.25). Il a relevé que cette dépendance était ancienne, chronique et toujours active, mais

qu'elle avait coexisté durant de nombreuses années avec l'exercice par le recourant de différentes activités professionnelles, notamment comme cuisinier, directeur d'exploitation et responsable d'un office du tourisme. Hormis les périodes de sevrage en 2016 et 2018, elle n'avait ainsi jamais été incapacitante. L'examen clinique ne mettait par ailleurs en évidence aucun état dépressif ni aucune autre psychopathologie incapacitante. Les éléments de trouble du déficit de l'attention évoqués antérieurement n'avaient pas davantage de répercussion sur le quotidien du recourant et étaient demeurés sans incidence sur son parcours professionnel.

À cet égard, l'expert psychiatre a – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychiques (cf. *supra* consid. 5c) – posé les diagnostics selon les règles de l'art. Il a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est notamment prononcé sur le degré de gravité du trouble (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), en exposant que le syndrome de dépendance à l'alcool n'avait pas de caractère incapacitant, ce qui constitue un indice fort allant dans le sens d'une atteinte de faible gravité (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.1). S'agissant du critère du traitement et de la réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), il a relevé que l'évolution était stable, que le recourant ne prenait plus de psychotropes depuis 2022 et que son suivi psychiatrique avait été espacé à une consultation tous les deux mois depuis deux ans. Le recourant ne présentait certes aucune motivation pour entreprendre une prise en charge spécialisée en addictologie ou un sevrage durable et entendait poursuivre sa consommation malgré les répercussions de celle-ci sur sa santé physique. L'expert a toutefois estimé qu'aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer la capacité de travail, dès lors que celle-ci était déjà entière, et a qualifié le potentiel de réadaptation de bon et le pronostic de favorable. Au regard de la Mini CIF-APP, l'expert n'a constaté aucune limitation s'agissant notamment de l'adaptation aux règles et aux routines, de la planification et de la structuration des tâches, de l'usage de compétences spécifiques, de la capacité d'endurance, de l'aptitude à s'affirmer, à établir des relations avec les autres ou à évoluer au sein d'un groupe et de l'aptitude à exercer des activités spontanées. Seules une

limitation modérément prononcée de la flexibilité et de la capacité d'adaptation ainsi qu'une limitation peu prononcée de la capacité de jugement et de prise de position étaient relevées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). L'expert psychiatre a de surcroît fait état de nombreuses ressources mobilisables, le recourant disposant de bonnes ressources personnelles et pouvant compter sur le soutien de son épouse, de ses enfants et de ses amis, avec lesquels il entretenait des relations régulières (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). Du point de vue de la cohérence, l'expert n'a pas constaté de limitation uniforme du niveau des activités dans les différents domaines comparables de la vie, le recourant étant décrit comme actif et vif et disposant d'une vie sociale particulièrement riche (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Malgré sa dépendance à l'alcool, il n'avait pas progressivement abandonné ses sources de plaisir et ses centres d'intérêt et demeurait en mesure de maintenir des relations familiales et amicales soutenues. Au terme de son analyse, l'expert psychiatre a conclu que le syndrome de dépendance à l'alcool ne présentait aucun caractère incapacitant et qu'il n'existait aucun trouble fonctionnel. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 100 %, sans diminution de rendement, tant dans l'activité habituelle que dans toute autre activité.

b) Les autres avis médicaux versés au dossier ne sont pas susceptibles de jeter le doute sur les conclusions des expertises précitées. En particulier, les rapports des 12 mars et 5 avril 2024 ainsi que du 11 mars 2025 du Dr W._____ et celui du 19 décembre 2024 de la Dre P._____ ne font état d'aucun élément médical pertinent qui aurait été ignoré par les experts. La limitation de la mobilité du genou gauche, les douleurs persistantes ainsi que la récurrence de l'arthrofibrose étaient en effet connues de ceux-ci, les experts ayant précisément retenu une raideur du genou gauche, avec une récurrence d'une fibrose intra-articulaire, et considéré la symptomatologie alléguée comme plausible. Les limitations fonctionnelles décrites par les médecins traitants se recoupent en outre, pour l'essentiel, avec celles retenues dans le cadre de l'expertise, à savoir la nécessité de privilégier une activité sédentaire en position assise, d'éviter la station debout prolongée et de limiter les déplacements, ainsi que les activités sollicitant davantage le genou gauche. Certes, le Dr W._____ a estimé,

dans son rapport du 5 avril 2024, qu'une activité adaptée n'était exigible qu'à un taux de 50 %, tandis que la Dre P. _____ a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité administrative avec une diminution de rendement de 50 % en raison des pauses rendues nécessaires par les douleurs. Les brèves explications fournies à l'appui de ces appréciations ne permettent toutefois pas de comprendre pour quels motifs les limitations constatées empêcheraient l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement d'une activité adaptée. Quant au rapport du 11 mars 2025 du Dr W. _____, s'il fait état d'une aggravation de la mobilité et d'un périmètre de marche désormais limité à 100 mètres, il ne comporte pas d'appréciation nouvelle et motivée de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'évocation d'une éventuelle arthrodèse ou d'une nouvelle révision de la prothèse ne suffit pas davantage à remettre en cause les conclusions expertales quant à l'exigibilité d'une telle activité. Ces avis traduisent ainsi essentiellement une appréciation différente des répercussions sur la capacité de travail d'une situation médicale connue des experts, sans apporter d'élément objectif propre à mettre en doute leurs conclusions.

7. a) Sur le plan de l'exigibilité, il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles retenues, à savoir l'absence de position accroupie, agenouillée ou basse, de déplacements en terrain accidenté, de montée et descente d'escaliers ou d'échelles, de travail sur des échafaudages et d'utilisation d'engins vibrants, ainsi que la nécessité de privilégier une activité sédentaire en position assise, sans station debout statique ni déplacements de plus de 300-500 mètres, ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. L'Office AI a d'ailleurs considéré que le recourant était en mesure d'exercer une activité d'employé de commerce, laquelle apparaît compatible avec ces limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée apparaît également exigible. Âgé de 58 ans à la date de la décision litigieuse, il n'a pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence

considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 ; voir également TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2).

8. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que le recourant présente.

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 ; art. 16 LPGa).

aa) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante quel salaire l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant de la naissance du droit à la rente, s'il n'était pas devenu invalide. Ce revenu doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 135 V 297 consid. 5.1; 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 5.1 avec les références citées).

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. 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 (ci-après : l'OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que 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 était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, 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. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

b) Il n'est pas contesté que le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021, puis du 1^{er}

mars 2023 au 31 mars 2024. Il reste à déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant en dehors de ces périodes, étant précisé que les considérations qui suivent relatives à la comparaison des revenus valent tant pour la période courant d'avril 2021 à mars 2023 que pour celle débutant en janvier 2024.

aa) S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de tenir compte du fait que le recourant avait déjà dû changer d'orientation professionnelle en raison des séquelles de l'accident du 17 juin 1992. L'intimé lui avait alors octroyé une mesure de reclassement professionnel sous la forme d'un apprentissage d'employé de commerce, au terme duquel il avait obtenu un CFC d'employé de commerce en 1998. Il avait ensuite complété cette formation, en 1999, par l'obtention d'un diplôme de gestionnaire d'entreprise dans le secteur de la restauration et de l'hôtellerie. A la suite de ce reclassement, le recourant a durablement mis à profit les compétences ainsi acquises, puisqu'il a travaillé jusqu'en 2015 en qualité de gestionnaire d'établissements pour le compte de F._____ au J***, puis, de 2017 à 2019, en qualité de responsable de l'Office du tourisme de K***, à un taux de 60 %. Il a ainsi exercé, pendant près de deux décennies, des activités correspondant à la nouvelle orientation professionnelle acquise grâce aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de déterminer le revenu sans invalidité en se référant à l'ancienne activité de cuisinier exercée avant le reclassement. En effet, lorsqu'un assuré a accompli avec succès une mesure de reclassement et a ensuite exercé durablement la nouvelle profession acquise, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction de cette dernière activité lorsque, sans la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé, il aurait vraisemblablement continué à l'exercer (cf. TF 9C_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2 et 4.3). Or rien au dossier ne permet de retenir que, sans la péjoration de son état de santé, le recourant aurait abandonné le domaine professionnel dans lequel il était actif depuis son reclassement. Il apparaît au contraire vraisemblable qu'il aurait poursuivi une activité correspondant à sa formation et à son parcours professionnel, en particulier celle de responsable de l'Office du tourisme de K*** qu'il exerçait en dernier lieu. Partant, le revenu sans invalidité doit être

déterminé sur la base du revenu que le recourant aurait réalisé en 2021 dans cette activité, et non sur celle du salaire statistique qu'il aurait pu percevoir en qualité de cuisinier.

Il y a ainsi lieu de se référer à l'attestation remplie par l'employeur le 21 avril 2020, dont il ressort que le recourant réalisait, en 2019, un salaire annuel de 53'924 fr. pour une activité exercée à un taux de 60 %. Extrapolé à un taux d'activité de 100 %, ce montant correspond à un revenu annuel de 89'873 fr. 33. Après indexation de ce montant à l'année 2021 (+ 0,8 % [2020] ; - 0,7 % [2021] ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2025 »), année déterminante pour la comparaison des revenus, le revenu sans invalidité s'élève à 89'958 fr. 17.

bb) Quant au revenu avec invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, le choix de l'intimé de se référer au salaire statistique prévu par le tableau ESS 2020 (TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 2) n'est pas critiquable. Le niveau de compétence 2 se justifie en particulier dès lors que le recourant est titulaire d'un CFC d'employé de commerce et qu'il est en mesure de mettre à profit cette formation dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, compte tenu d'un salaire mensuel de 5'157 fr., d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures durant l'année 2020 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et de l'indexation à l'année 2021 (- 0,7 % [2021]), on obtient un revenu annuel à 64'062 fr. 47.

cc) Quant à la question de l'abattement, l'étendue de la déduction opérée par l'office intimé (5 %) ne tient pas suffisamment compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il convient en particulier de prendre en considération les limitations fonctionnelles présentées par le recourant, lesquelles restreignent l'éventail des activités encore exigibles à des emplois essentiellement sédentaires, ainsi que son âge, celui-ci étant âgé de 58 ans au moment déterminant. Ces éléments sont susceptibles d'influer concrètement sur ses perspectives salariales sur un marché du

travail équilibré. Dans ces circonstances, une déduction globale de 10 % apparaît mieux tenir compte des facteurs pertinents du cas d'espèce que l'abattement de 5 % retenu par l'intimé. Le revenu d'invalidité déterminant s'élève par conséquent à 57'656 fr. 22 par année.

dd) Partant, il résulte de la comparaison des revenus déterminants (89'958 fr. 17 et 57'656 fr. 22) un degré d'invalidité arrondi de 36 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.3), lequel n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI. L'application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, n'aboutit pas à un résultat différent, le degré d'invalidité demeurant inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

9. Il reste à déterminer si, avant de mettre fin au versement de la rente entière d'invalidité au 31 juillet 2021, respectivement au 31 mars 2024, le recourant doit préalablement être mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel afin de lui permettre de réintégrer le marché du travail.

a) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une

capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (TF 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 ; TF 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139) ou lorsqu'elle dispose d'une formation et d'une expérience professionnelle particulièrement larges (TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, il est constant que le recourant était âgé de 58 ans au moment où la décision litigieuse lui supprimant le droit à la rente entière d'invalidité a été rendue. Il incombait dès lors à l'office intimé d'examiner, au regard de la situation concrète du recourant, si des mesures d'ordre professionnel étaient indiquées pour assurer sa réinsertion sur le marché du travail. Contrairement à ce que le recourant soutient, l'office intimé n'a toutefois pas omis de procéder à un tel examen. Il ressort en particulier de sa prise de position du 19 juin 2025 qu'il a soumis le dossier à son service de réadaptation et examiné concrètement l'opportunité de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Il a considéré, d'une part, que le recourant était en mesure de mettre à profit son CFC d'employé de commerce et son expérience professionnelle et, d'autre part, qu'il ne présentait alors pas l'aptitude subjective nécessaire à une réadaptation, dès lors qu'il ne se projetait ni dans un processus de réadaptation ni dans la reprise d'une activité professionnelle.

Certes, le point de vue du recourant paraît avoir évolué par la suite, puisqu'il a finalement indiqué être disposé à reprendre une activité adaptée et à bénéficier de mesures destinées à favoriser sa réinsertion. Cette évolution sur le plan subjectif ne permet toutefois pas encore de conclure à la nécessité objective de mesures de réadaptation professionnelle. Le recourant est en effet titulaire d'un CFC d'employé de

commerce et dispose d'une expérience professionnelle diversifiée. Sa formation et les compétences acquises au cours de son parcours professionnel sont ainsi directement susceptibles d'être valorisées sur le marché du travail, sans qu'une nouvelle formation ou un reclassement professionnel apparaisse nécessaire. Le recourant n'a d'ailleurs jamais prétendu avoir besoin d'une mesure particulière de formation ou d'une mise à niveau de ses connaissances pour pouvoir exercer une activité adaptée.

Le recourant se prévaut également de son éloignement prolongé du marché du travail, puisqu'il n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis août 2019. Toutefois, il apparaît que son éloignement du marché du travail n'est que partiellement imputable à ses atteintes à la santé. D'une part, il ressort du dossier que, durant plusieurs années, le recourant ne s'est pas projeté dans une reprise professionnelle et n'a entrepris aucune démarche concrète en ce sens, même à temps partiel. D'autre part, il convient également de tenir compte de la consommation chronique et importante d'alcool par le recourant rapportée au dossier. Si l'expert psychiatre n'a retenu aucune incapacité de travail en lien avec le syndrome de dépendance à l'alcool, une telle consommation est néanmoins susceptible d'altérer le comportement et de constituer concrètement un frein à la recherche d'un emploi. Cet élément, tout comme le manque de démarches entreprises en vue d'une reprise professionnelle, ne saurait être compensé par l'octroi de mesures de réadaptation à charge de l'assurance-invalidité.

Dans ces circonstances, malgré l'âge du recourant et son éloignement prolongé du marché du travail, il n'apparaît pas que la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail nécessite préalablement des mesures de réadaptation professionnelle. Ses qualifications et son expérience demeurent directement exploitables dans une activité administrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Une aide concrète à la recherche d'un emploi pouvait tout au plus se justifier afin de faciliter son retour sur le marché du travail, prestation qui lui a finalement été accordée sous la forme d'une aide au placement (cf. communication du 24 juillet 2025). Partant, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en renonçant à

mettre en œuvre d'autres mesures d'ordre professionnel préalablement à la suppression de la rente.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 11 août 2025 par l'intimé confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 août 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 mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour B. _____),
- 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 :