

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 juillet 2023

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mmes Dormond Béguelin et Gabellon, assesseures  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à **N.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Entré en Suisse en 1993, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien, né en 1969, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, il a travaillé dès 1996 en tant que magasinier pour le compte de la Société H.\_\_\_\_\_ avant d'occuper un emploi de cuisinier au service de ce même employeur à partir de 2003. En incapacité totale de travail depuis le 25 octobre 2018 en raison de lombalgies et de troubles dégénératifs associés à une dépression réactionnelle, l'assuré a en outre été victime, le 23 décembre 2018, d'un accident lors duquel il s'est tordu la cheville et le pied droits en manquant une marche, ce qui a entraîné sa chute sur le genou gauche. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Souffrant de lombalgies sur troubles dégénératifs et de dépression réactionnelle, P.\_\_\_\_\_ a déposé, le 18 mars 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré, de même qu'il s'est procuré le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie (D.\_\_\_\_\_ SA).

Y figuraient notamment les documents médicaux suivants :

- un rapport du 21 décembre 2018 du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, dans lequel il posait les diagnostics de lombalgie sur troubles dégénératifs existant depuis le 23 avril 2018 et de dépression réactionnelle existant depuis le 24 août 2018 ;
- un rapport d'expertise établi à la demande de D.\_\_\_\_\_ SA le 29 mai 2019 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie ; il relevait que le bilan radiologique avait mis en évidence des atteintes dégénératives diffuses, avec

principalement une discopathie L4-L5 et L5-S1, associée à des arthroses facettaires étagées et des signes inflammatoires discrets à modérés ; ayant fait référence à la consultation du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 30 novembre 2018 lors de laquelle ce médecin avait fait mention d'un état dépressif, l'expert était d'avis qu'il existait une composante psychologique liée à un certain découragement face aux douleurs ; l'assuré se plaignait beaucoup et semblait découragé ; toutefois, il ne décrivait pas de trouble de l'humeur marqué et il n'y avait pas, sur le plan clinique, de syndrome douloureux chronique de type somatoforme ou une diminution du seuil de la douleur ou d'éléments en faveur d'une majoration de plaintes ; au vu du tableau clinique subjectivement handicapant et de lombalgies récurrentes et persistantes, le Dr K.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de cuisinier ; cela étant, une fois que l'état de santé se serait amélioré et stabilisé, il serait probablement nécessaire d'envisager, à moyen terme, une réorientation professionnelle.

Dans un rapport du 29 juillet 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs, existant depuis novembre 2018. D'après ce médecin, le caractère continu de la douleur ainsi que ses répercussions sur le comportement et la capacité de concentration étaient incompatibles avec tout travail régulier.

Après avoir pris connaissance des pièces médicales au dossier, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a, dans un avis médical du 20 août 2019, retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « *éviter la position debout prolongée, les mouvements répétitifs de la colonne lombaire ainsi que les efforts physiques, limite de poids 5 kg, marche maximum 15-20 minutes, éviter la position à genoux et accroupie, monter-descendre fréquemment les escaliers et les positions en porte-à-faux ainsi que les activités avec les bras au-dessus de la tête* ». Il a ainsi proposé une reconversion dans une activité compatible avec les

limitations énoncées, dans laquelle l'exigibilité devrait en principe être de 100 %.

Après qu'une mesure d'orientation professionnelle (bilan de carrière) ait dû être interrompue en raison de l'état de santé de l'assuré (douleurs et état psychique), l'OAI l'a informé, par courrier du 10 février 2020, que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant, en sorte qu'il poursuivait l'instruction de la demande de prestations.

Procédant de son côté à l'examen médical final de l'assuré, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a, dans un rapport du 5 août 2020, posé le diagnostic d' *« entorse de la cheville et du pied droits ayant entraîné une fracture-arrachement au contact de l'interligne astragalo-naviculaire et entorse du Lisfranc droit au décours »*. D'après cette médecin, l'activité de cuisinier était, au vu d'une bonne évolution, pleinement exigible sans diminution de rendement pour les seules suites de l'événement accidentel du 23 décembre 2018, à condition qu'elle n'implique pas de tâches répétées et prolongées en terrains irréguliers. L'assuré s'était déclaré d'accord avec ces conclusions.

Le 12 août 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que le stage de rééducation intensive dont l'assuré bénéficiait à l'Hôpital G.\_\_\_\_\_ s'était soldé par un échec en raison d'une exacerbation des douleurs.

Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois posé le diagnostic de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs. D'après ce médecin, l'état de santé de son patient évoluait défavorablement avec un état dépressif surajouté. Il a expliqué que la symptomatologie douloureuse et persistante était responsable d'une limitation des gestes dans la vie quotidienne. En outre, le caractère continu de la douleur et son effet sur le comportement excluaient toute capacité de travail résiduelle, y compris dans une activité adaptée.

Compte tenu d'appréciations différentes de la capacité de travail émanant de la Dre C. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_ ainsi que de la présence d'éléments psychiatriques malgré l'absence de suivi, le Dr V. \_\_\_\_\_ a, dans un avis médical du 24 septembre 2020, demandé la réalisation d'un « *examen/expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique* ».

Le 16 février 2021, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé au SMR par les Drs J. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 22 février 2021, ils ont posé le diagnostic incapacitant de « *lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre de discopathies et d'arthrose des articulations postérieures, prédominant de L3 à S1* », tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une « *gonarthrose prédominant du côté gauche* » ainsi qu'un « *status post-entorse du Lisfranc, du spring ligament, arrachement osseux, astragalo-naviculaire du pied droit le 23 décembre 2018 et arthrose du Lisfranc* ». Si la capacité de travail était nulle dans l'activité de cuisinier, elle était en revanche totale, depuis le 8 juillet 2019 (cf. rapport du 25 septembre 2019 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, faisant état d'une rapide amélioration concernant le pied droit) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « *colonne lombaire : port de charges au-delà de 10 kg, position debout statique au-delà de 30 minutes, position assise au-delà de 2 heures, marche au-delà de 30 minutes, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation du tronc ; genoux : activité en zone basse à genoux ou accroupi ; pied droit : marche ou activité sur terrain irrégulier ; une activité en position assise avec possibilité de se lever par intermittence est adaptée aux pathologies de l'assuré* ». En l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, d'où une capacité de travail totale sur ce plan.

Se fondant sur les conclusions de l'examen bi-disciplinaire effectué au SMR, l'OAI a, par projet de décision du 2 juin 2021, averti

l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité, motif pris que la comparaison des revenus sans et avec invalidité - fixés respectivement à 62'777 fr. et à 61'539 fr. 91 après un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles - conduisait à un degré d'invalidité de 1,97 %, inférieur au seuil légal ouvrant le droit à cette prestation.

En l'absence de contestation, l'OAI a, par décision du 12 juillet 2021, entériné son refus de prester.

**B.**           **a)** Par acte du 13 septembre 2021, P.\_\_\_\_\_, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate, a exercé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 12 juillet 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 25 octobre 2019 avec intérêt à 5 % l'an dès le 25 octobre 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Contestant la capacité de travail qui lui est reconnue, l'assuré reprochait à l'OAI une violation du devoir d'instruction d'office dans la mesure où celui-ci avait rendu la décision attaquée en se fondant exclusivement sur le rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR du 22 février 2021, en écartant tout autre document médical, si bien qu'il avait par là-même fait abstraction de toute atteinte psychiatrique. Il fallait dès lors admettre que ce rapport était dépourvu de valeur probante, ce qui justifiait, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une « *expertise judiciaire effectuée par des médecins indépendants, spécialisés dans le domaine des affections dont il souffre* ».

**b)** Dans sa réponse du 8 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé que le rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 22 février 2021 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, si bien qu'il n'entendait pas revenir sur son refus d'allouer des prestations de l'assurance-invalidité.

c) A l'appui de sa réplique du 17 février 2022, l'assuré a produit un rapport d'expertise rhumatologique du 3 février 2022 établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, un rapport d'expertise psychiatrique du 31 janvier 2022 rédigé par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un consilium du 3 février 2022 signé par les experts précités. Selon ces derniers, la capacité de travail globale sur le plan psychiatrique et rhumatologique était nulle en toute activité du 25 octobre 2018 au 16 février 2021 puis s'élevait à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, taux qui devrait par la suite rester stable en raison de la pathologie psychiatrique - à savoir un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) - dominant le tableau clinique. Sur le plan rhumatologique, il convenait d'éviter, en raison de la pathologie de la colonne lombaire : le port de charges au-delà de 10 kg ainsi que le port de charges répétitif en-dessous de 10 kg, la position debout statique, la position assise au-delà d'une heure, la marche au-delà de trente minutes, les postures en porte-à-faux lombaire, les mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation du tronc ; la gonarthrose et l'atteinte au pied droit ne permettaient pas les activités en zone basse à genoux ou accroupi, la marche ou une activité sur terrain irrégulier et en pente, les échelles, escaliers ou échafaudages ; une activité en position assise avec possibilité de se lever par intermittence était adaptée aux pathologies de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, il convenait de prévoir une activité sans obligation de rendement élevée, sans responsabilité importante, sans nécessité d'initiative ou de travail de groupe.

L'assuré déduisait des expertises produites que le rapport du 22 février 2021 ne pouvait être suivi dès lors qu'il subsistait des doutes importants quant à la fiabilité et à la pertinence de son appréciation, en particulier s'agissant des limitations fonctionnelles psychiques. Corollairement, il ne pouvait servir de base à la fixation du revenu d'invalidité et, partant, au calcul du degré d'invalidité, lesquels étaient en conséquence contestés. L'assuré a ainsi modifié ses conclusions en demandant, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce qu'il soit

mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019 suivie d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021 avec intérêt à 5 % l'an depuis le 25 octobre 2021 et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, celui-ci étant au surplus, dans les deux cas, condamné à lui verser le montant de 9'900 fr. à titre de remboursement des frais de l'expertise bi-disciplinaire des Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. Si la Cour de céans ne devait toutefois pas se convaincre du bien-fondé de leur appréciation, l'assuré a déclaré maintenir sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**d)** Dupliquant en date du 17 mars 2022, l'OAI s'est référé à un avis établi le 8 mars 2022 par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, selon lequel les expertises des Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de jeter un doute sur l'appréciation de la capacité de travail pour la période comprise entre 2018 et 2021. Il fallait dès lors admettre que les conclusions du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 22 février 2021 demeuraient valables, dès lors qu'elles s'appuyaient sur des données médicales objectives ainsi que sur les observations cliniques des deux médecins examinateurs. Tout au plus pouvait-on admettre la présence d'une décompensation psychiatrique au moment de la réalisation de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ en décembre 2021. Or, en tant qu'elle était postérieure à la décision attaquée, elle n'avait pas à être examinée dans le cadre de la présente contestation. Partant, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**e)** Par déterminations du 25 avril 2022, l'assuré a produit deux compléments d'expertise des 1<sup>er</sup> et 13 avril 2022, dans lesquels les Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ exposaient en quoi l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2022 ne pouvait être suivi. Pour le reste, il a repris les explications formulées dans sa précédente écriture pour justifier l'imputation à l'OAI des frais des expertises confiées aux médecins précités, en relevant qu'il convenait désormais d'ajouter au montant de 9'900 fr. celui de 420 fr. correspondant au complément d'expertise bi-disciplinaire du Dr S.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2022.

**f)** S'exprimant par pli du 16 mai 2022, l'OAI a souligné qu'aucun élément médical objectif n'avait été fourni permettant de douter des conclusions des Drs J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, si bien que l'instruction effectuée ne pouvait être qualifiée de lacunaire et qu'il n'avait donc pas à supporter les frais afférents aux expertises privées produites dans le cadre de la présente procédure. En conséquence, il a maintenu sa conclusion tendant au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 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 d'invalidité, singulièrement l'existence d'une éventuelle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles tant rhumatologiques que psychiatriques.

**3.**           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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

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

**c)** Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**d)** Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**e) aa)** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C\_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment

élucidés (TF 8C\_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**bb)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

**cc)** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.3). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une

interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** Le recourant critique l'instruction lacunaire menée par l'office intimé. Il lui reproche de s'être fondé uniquement sur le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 22 février 2021 et d'avoir ainsi écarté les rapports motivés et concordants des autres médecins (cf. rapports des 21 décembre 2018 et 2 septembre 2020 des Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ de même que celui du 29 mai 2019 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ mandaté par D.\_\_\_\_\_ SA) attestant, ou à tout le moins faisant état, d'une possible dépression réactionnelle depuis le mois d'août 2018. Au regard de l'appréciation contradictoire émanant de ces médecins et des examinateurs du SMR quant à un trouble psychique, le recourant fait valoir que l'OAI aurait dû instruire davantage la problématique de la dépression, afin de déterminer si des limitations fonctionnelles devaient être reconnues en lien avec une telle atteinte. En cours d'instruction, il a à ce sujet produit une expertise bi-disciplinaire, réalisée pour le volet psychiatrique par le Dr B.\_\_\_\_\_ le 31 janvier 2022. Ce médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen).

En tant que le recourant se prévaut du rapport initial établi le 11 juin 2019 dans le cadre de la procédure d'intervention précoce et de l'avis médical du 20 août 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, faisant mention d'une dépression réactionnelle, il sied de relever que ces documents n'ont pas valeur d'attestation d'un tel trouble mais qu'ils opèrent uniquement la synthèse des déclarations du recourant. Quant au rapport du 5 août 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, il ne contient nulle indication quant à une dépression.

Cela étant, c'est à juste titre que l'assuré se prévaut de plusieurs pièces médicales attestant ou laissant augurer l'existence d'une dépression. Certes, quand bien même le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne dispose pas d'une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie, ses constatations

se caractérisent par leur constance (cf. ses observations du 30 novembre 2018 rapportées dans l'expertise du 29 mai 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_ et son rapport du 2 septembre 2020). Confrontées à celles des médecins du SMR, elles faisaient apparaître des doutes suffisants quant au bien-fondé de leurs conclusions, en sorte que l'office intimé se devait - en vertu de son devoir d'instruction (cf. considérant 4e/aa *supra*) - de les lever avant de rendre une décision (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Sur le vu de ce qui précède, il convient donc d'admettre le grief de violation du devoir d'instruction.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative. *A contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort du considérant précédent que l'instruction à laquelle a procédé l'intimé est lacunaire et qu'elle laisse ainsi subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation opérée dans la décision du 12 juillet 2021 sur le plan psychique. Reste à savoir si le recourant a remédié au caractère incomplet de cette instruction en faisant réaliser une expertise de son propre chef et s'il est ainsi possible de statuer sur la base du dossier. Il apparaît à cet égard que le dossier - complété par le recourant en cours d'instance - permet à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause, sans qu'il ne se justifie d'ordonner à nouveau la mise en œuvre d'une expertise judiciaire supplémentaire (sur l'appréciation anticipée des

preuves ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**c)** En conséquence, la requête formulée en ce sens par le recourant est rejetée.

**7. a)** En l'occurrence, l'expertise rhumatologique du Dr S. \_\_\_\_\_ du 3 février 2022 et l'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2022, complétées respectivement les 1<sup>er</sup> et 13 avril 2022, de même que le consilium de l'expertise bi-disciplinaire du 3 février 2022 peuvent se voir conférer pleine valeur probante. En effet, l'expertise est le fruit d'une analyse fouillée du cas, comporte une anamnèse circonstanciée, décrit le contexte médical déterminant, résume les documents médicaux et assécurologiques à disposition et tient compte des avis des médecins traitants contactés téléphoniquement. Reposant sur des investigations approfondies, elle relate l'ensemble des plaintes – tant somatiques que psychiques – du recourant, s'attache à l'examen de sa vie quotidienne, décrit ses capacités, ressources et difficultés, tout en évaluant la cohérence et la plausibilité. Elle contient une appréciation rigoureuse de la situation médicale fondée sur des examens spécialisés et aboutit à des conclusions claires et soigneusement motivées. Ces dernières sont le résultat d'une discussion consensuelle entre les Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ dans une approche à juste titre globale du cas du recourant. Les rapports divergents des autres médecins ou experts ont été discutés et intégrés dans les conclusions présentées.

**b)** Sous l'angle rhumatologique, le Dr S. \_\_\_\_\_ pose, dans son rapport du 3 février 2022, les diagnostics incapacitants de gonarthrose fémoro-patellaire, de lombodiscarthrose et d'arthrose du tarse au pied droit dans les suites de l'accident du 23 décembre 2018. S'agissant de la capacité de travail, il estime qu'elle est nulle dans les métiers de la restauration depuis le 25 octobre 2018 mais s'écarte en revanche de l'examen rhumatologique effectué au SMR par le Dr J. \_\_\_\_\_, évoquant une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. En effet, il n'y a pas de

bonne corrélation entre les plaintes douloureuses subjectives et les éléments objectifs (qui sont les seuls susceptibles d'être évalués *a posteriori*) en cas de lombalgies sur troubles dégénératifs. Par conséquent, le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que seuls les médecins ayant examiné physiquement l'assuré sont à même de déterminer sa capacité avant l'examen effectué au SMR le 16 février 2021. Or les descriptions de ces médecins ainsi que celle du Dr K.\_\_\_\_\_ mentionnent une évolution « en dents de scie » et leurs avis divergent quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Ces avis contradictoires ne permettent dès lors pas à l'expert d'évaluer rétrospectivement la capacité de travail dans une activité adaptée, en sorte qu'il ne peut retenir une capacité de travail dans une telle activité que depuis le 16 février 2021. Depuis cette date, il n'y a pas eu, à sa connaissance, de nouvel élément objectif concernant les atteintes rhumatologiques lui permettant de s'écarter des conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_. En revanche, la situation sur le plan des lombalgies n'était pas encore stabilisée au jour de l'expertise. Au vu de ces éléments, le Dr S.\_\_\_\_\_ considère qu'une capacité horaire de 50 % est exigible sur le plan strictement rhumatologique depuis le 16 février 2021, l'assuré n'ayant pas pu mettre en œuvre, pour diverses raisons (entorse du pied, infection, mesures sanitaires) le programme de physiothérapie. Une fois que ce programme aura pu redémarrer, la capacité horaire pourrait être améliorée jusqu'à 100 % moyennant la mise en œuvre de diverses mesures thérapeutiques dans un délai de neuf mois (exercices de gainage et de posture, activité aérobique légère, renforcement musculaire couplé à une perte pondérale, traitement antalgique voire intervention chirurgicale en cas d'aggravation).

**c)** Les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409

consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). En outre, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant *de lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1).

**aa)** Sous l'angle psychiatrique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen (F 33.1) a été rendu *lege artis* par le Dr B.\_\_\_\_\_, en référence à la codification internationale, c'est-à-dire la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). Sous l'intitulé « *Diagnostics* » (cf. rapport d'expertise du 31 janvier 2022, pp. 18 s), l'expert constate, lors de son examen, la présence des trois signes principaux du trouble dépressif, à savoir un abaissement de l'humeur, une diminution, voire une disparition des intérêts et du plaisir, un sentiment de fatigue et de manque d'énergie avec une diminution majeure de l'activité. Il observe par ailleurs la présence de six symptômes secondaires : une diminution de la concentration, une altération majeure de l'estime de soi, des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil et de l'appétit. Cela étant, il explique en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies. A cet égard, il estime que le diagnostic de trouble dépressif réactionnel, évoqué initialement par le Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 décembre 2018) ne peut plus être évoqué au regard de la durée des troubles, malgré la persistance des phénomènes douloureux ayant été mis en cause lors du début des troubles psychiques. Il s'oppose également aux médecins du SMR, selon lesquels il n'existe pas de pathologie psychiatrique caractérisée (cf. rapport du 22 février 2021, p. 15) ; or, d'une part, la présence de troubles anxio-dépressifs a été signalée par plusieurs médecins à réitérées reprises entre 2018 et la période actuelle et, d'autre part, l'examen de l'assuré met clairement en évidence des symptômes dépressifs actuels : ralentissement de la pensée, attention fluctuante, anxiété avec signes neurovégétatifs, tristesse, fatigue, sentiment d'inutilité, idées suicidaires, absence de projets. S'agissant de la structure

de la personnalité, l'expert souligne qu'il n'existe aucun trouble de la lignée psychotique ; en revanche, « *la symptomatologie dépressive est notoire* » et une certaine anxiété est perceptible sous la forme d'un état de tension interne, d'une gestuelle nerveuse, de quelques signes neurovégétatifs d'angoisse (tremblements des extrémités, sudation, rougeur cutanée). Il ne constate cependant pas de manifestation de labilité émotionnelle majeure ni de signes en faveur de troubles phobiques ou obsessionnels. L'expert relève que les traitements exigibles sont ceux correspondant aux règles de l'art pour le traitement des troubles dépressifs récurrents, c'est-à-dire en premier lieu un traitement antidépresseur au long cours associé à une prise en charge psychothérapeutique, puis en cas de résistance à un traitement bien conduit, l'association de plusieurs antidépresseurs et, si besoin, d'un stabilisateur de l'humeur. Des méthodes physiques peuvent également être tentées (luminothérapie, stimulation magnétique transcrânienne). Toutefois, vu l'ancienneté des troubles et les facteurs environnementaux et personnels d'entretien (lombalgies chroniques, milieu familial perturbé, manque de motivation aux soins psychiques), l'expert estime peu probable, même avec un traitement bien conduit, qu'une guérison totale puisse être obtenue du point de vue psychique. En ce qui concerne l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, le Dr B.\_\_\_\_\_ relève que le fait de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité, notamment pour des raisons psychiatriques, tout en ne s'astreignant pas à des soins pour ces troubles semble être un manque de cohérence. Néanmoins, à l'aune de la compréhension du fonctionnement mental de l'assuré, c'est-à-dire son refus défensif de percevoir et donc d'exprimer ses symptômes psychiques, ce défaut de cohérence n'est qu'apparent. En réalité, l'absence d'expression directe des plaintes, le fait que ces dernières soient centrées sur les douleurs lombaires et l'absence d'intérêt pour des soins psychiatriques, relèvent d'un même mécanisme de défense psychique, réactionnel au phénomène de dépression entraîné par la blessure narcissique de l'incapacité de travail. D'après l'expert, il existe plutôt un certain manque de cohérence dans le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 22 février 2021, dans la mesure où tous les antécédents de signalements de troubles anxio-dépressifs y sont notés.

Lors du status, les médecins examinateurs ont en effet constaté que l'assuré était venu à l'examen accompagné, qu'il disait se sentir inutile, qu'il n'avait plus d'intérêt pour son métier et qu'il se plaignait de fatigabilité. Malgré ces antécédents et les plaintes de l'intéressé, tout diagnostic psychiatrique a été écarté. Le Dr B.\_\_\_\_\_ estime donc qu'il n'est pas cohérent, surtout dans le cadre d'une expertise, d'écarter un diagnostic uniquement sur la base du constat ponctuel d'un manque de symptôme au moment de l'examen. Finalement, l'analyse de l'expert révèle que les troubles mentaux présentés par l'assuré altèrent l'ensemble des capacités psychiques nécessaires à l'exercice d'une profession ; certaines capacités sont fortement affectées (adaptation, planification, flexibilité, mise en pratique, proactivité, endurance, affirmation de soi, contact avec des tiers), alors que d'autres le sont moins (jugement, relations à deux, soin personnel, mobilité). L'intéressé conserve par ailleurs des aptitudes à maintenir des relations et des fonctions au sein de la famille. En raison du maintien de certaines capacités, l'expert est d'avis qu'il persiste, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité sans obligation de rendement élevée, sans responsabilité importante, sans nécessité d'initiative ou de travail de groupe. Cependant, en raison de la fragilité psychique de l'assuré, le rendement est susceptible d'être grevé par des périodes de baisse de dynamisme, de démotivation, voire d'absence, de l'ordre de 20 %.

**bb)** Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr B.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques et assimilés (cf. considérant 7c *supra*). A cela s'ajoute que l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ discute le point de vue de ses confrères du SMR et explique les raisons pour lesquelles il ne peut être suivi.

**cc)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2022, complétée le 13 avril 2022. Particulièrement fouillée, elle tient compte de l'ensemble du dossier. En revanche, à la lecture du volet psychiatrique de l'examen bi-disciplinaire du SMR (rapport du 22 février 2021), on constate que les conclusions ne discutent pas les rapports des médecins traitants mais se fondent uniquement sur l'entretien qui s'est déroulé à cette occasion, lequel ne représente que quelques heures de la vie de l'assuré. Au demeurant, dans son rapport complémentaire, l'expert explique qu'il confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) pour la période 2018-2021 car il rejoint les observations figurant dans plusieurs documents médicaux au dossier.

**d)** D'un point de vue consensuel, les Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ s'accordent pour retenir que la capacité de travail de l'assuré est nulle de manière définitive dans l'activité de cuisinier en raison de l'atteinte lombaire depuis le mois d'octobre 2018. Il s'agit d'une atteinte dégénérative incurable imposant des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice des métiers de la restauration. Concernant la capacité de travail globale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, les experts retiennent que la pathologie psychiatrique prédomine en ce qui concerne le taux horaire et le rendement. Il s'ensuit une capacité de travail de 50 % depuis le 16 février 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, la capacité de travail étant nulle entre le 25 octobre 2018 et le 15 février 2021.

**e) aa)** Dans son avis médical du 8 mars 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, reconnaît la qualité de l'expertise des Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ et se limite à revenir sur les rapports des médecins traitants sans véritablement mettre en évidence des éléments aptes à remettre en cause les conclusions des experts, lesquels ont du reste répondu aux critiques formulées dans un rapport complémentaire des 1<sup>er</sup> avril 2022 (complément d'expertise rhumatologique du Dr S. \_\_\_\_\_) et 13 avril 2022 (complément d'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_), en

explicitant pour quels motifs ils maintenaient leur point de vue. En ce sens, l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ ne constitue qu'un avis différent sur une problématique pourtant dûment analysée par deux experts reconnus, dont les conclusions sont exemptes de toute contradiction. Il ne permet pas d'admettre une capacité de travail totale dans une activité adaptée et le fait qu'il ait exprimé ses réserves quant à l'expertise bi-disciplinaire des Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ne suffit pas en soi à remettre en cause le caractère incapacitant des pathologies retenues, faute d'objection établie au stade de la vraisemblance prépondérante.

**bb)** Au terme d'une analyse soignée et consciencieuse, les Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ aboutissent à une appréciation concluante alors que le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 22 février 2021 – qui a écarté sans réelle discussion le diagnostic de trouble dépressif retenu par plusieurs médecins consultés par le recourant – n'emporte pas la conviction. Au regard du principe de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées), il n'existe pas d'élément objectif décisif de nature à mettre en doute les conclusions des experts cités. Comme déjà relevé ci-avant (cf. considérant 6b et 6c *supra*), la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire judiciaire ne se justifie pas, ce d'autant que le SMR admet (cf. avis médical du 8 mars 2022) qu'une expertise « rétrospective » n'est guère possible ou propre à fournir des renseignements fiables. En conséquence, il y a lieu de suivre l'avis des Drs S. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ dont les diagnostics et les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique sont largement superposables à ceux retenus par le SMR, alors qu'ils diffèrent notablement sur le plan psychiatrique, la symptomatologie dépressive existant depuis 2018 étant décrite comme « *notoire* » (cf. rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2022, p. 17) et « *prédominante* » (cf. consilium de l'expertise bi-disciplinaire du 3 février 2022, n° 4.9). Dès lors que seuls l'office intimé et le SMR nient l'existence de cette pathologie et les caractéristiques qui lui sont associées, il convient d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la mention d'une dépression figurant depuis la

constitution du dossier par l'office intimé, puis validée par l'expert B.\_\_\_\_\_, est fondée.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, au regard de l'appréciation des Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, le constat d'une incapacité de travail globale totale en toute activité s'impose entre le 25 octobre 2018 et le 15 février 2021 suivie d'une capacité de travail de 50 % dès le 16 février 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques décrites (cf. consilium de l'expertise bi-disciplinaire du 3 février 2022, n° 4.9), sous réserve de la décompensation psychiatrique du mois de décembre 2021, laquelle n'a pas à être prise en considération dans le cadre de la présente procédure puisqu'elle est survenue postérieurement à la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le droit à une rente entière d'invalidité doit dès lors être reconnu en faveur du recourant, ceci à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019, dès l'expiration du délai d'attente de six mois depuis la date du dépôt de la demande de prestations le 18 mars 2019 (cf. considérant 4c *supra*). Dans la mesure où les experts prénommés considèrent la capacité de travail de 50 % comme stable dès le mois de février 2021, il convient d'examiner si le droit à une rente partielle est ouvert trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant (cf. art. 88a al. 1 RAI). Il n'incombe toutefois pas à la Cour de céans d'examiner cette question dans le cadre de la présente procédure.

**g)** Sur la base des observations du Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 31 janvier 2022, pp. 20 ss), il convient de réserver une évolution de l'état de santé du recourant, puisque sa situation ne saurait être considérée comme définitivement figée sur le plan médical. Dans ce contexte, il y a lieu d'insister sur le caractère impératif d'un suivi psychiatrique qu'il lui appartient de suivre dans l'optique de diminuer le dommage, avec pour corollaire qu'il reviendra à l'office intimé d'examiner les conditions de mise en place du traitement psychiatrique exigible de la part du recourant, dans le but de réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail au titre de son obligation de diminuer le dommage (art. 7 al. 1 LAI), cas échéant lui enjoindre de se soumettre au traitement qui serait recommandé par le corps médical, en procédant à une mise en

demeure écrite conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (cf. art. 7b al. 1 en relation avec l'art. 7 al. 2 let. d LAI ; voir aussi ATF 145 V 215 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_309/2019 du 7 novembre 2019 consid. 4.2.2 *in fine* et les références).

**8.** Le recourant conclut au remboursement des frais de l'expertise effectuée par les Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, à hauteur respectivement de 4'900 fr. et 5'000 fr., de même qu'à celui du complément d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ par 420 fr.

**a)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**b)** En l'occurrence, l'OAI a fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'examen clinique bi-disciplinaire du SMR (rapport du 22 février 2021), dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. considérant 5 *supra*). Au vu de ces éléments, qui interpellèrent quant à la qualité de cet examen, le SMR aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions des médecins examinateurs, en particulier celles du psychiatre. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'examen dont les carences ne pouvaient être que manifestes au regard de la complexité de la situation médicale du recourant mise en évidence par les Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. L'expertise privée a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans

ces conditions, il est justifié de mettre à charge de l'assurance-invalidité la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise privée, à savoir les honoraires du Dr S.\_\_\_\_\_, par 5'320 fr. (factures d'honoraires des 7 février et 1<sup>er</sup> avril 2022) et ceux du Dr B.\_\_\_\_ (facture d'honoraires du 14 février 2022), par 5'000 fr., pour un total de 10'320 francs.

**9.** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse du 12 juillet 2021 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 mai 2021. Il convient pour le surplus de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il examine le droit du recourant à une rente partielle pour la période ultérieure, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % présentée par le recourant dès le mois de février 2021, singulièrement afin qu'il calcule le montant de ces prestations et qu'il fixe les modalités de leur éventuelle allocation.

**10. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 12 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que P.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 mai 2021 ; pour le surplus, la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il procède conformément aux considérants pour la période courant dès le mois de juin 2021.
  
- III. Les frais de l'expertise rhumatologique et psychiatrique des Drs S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, à hauteur de 10'320 fr. (dix mille trois cent vingt francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :