

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 novembre 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Neu, juge, et Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Audrey Gohl, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, présente depuis la naissance un syndrome de Bartter ou de Gitelman, à savoir une malformation héréditaire des tubules rénaux, responsable d'une hypokaliémie nécessitant une supplémentation per os.

A la suite d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par les parents de l'assuré le 12 février 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge les frais de traitement de l'affection congénitale répertoriée sous chiffre 341 (glomérulopathies et tubulopathies congénitales) de l'Annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; RS 831.232.21 ; cf. communication de l'OAI du 24 novembre 1997).

Compte tenu d'un retard du développement cognitif et affectif, ainsi que de troubles du comportement, l'assuré a été mis au bénéfice de mesures de formation scolaire spéciale et d'orientation professionnelle (cf. communications de l'OAI des 29 juillet 1999, 14 juin et 28 août 2001). Il a, par la suite, entrepris une formation professionnelle initiale en qualité de poseur de sols industriels et de chapes, dont les coûts supplémentaires ont été assumés par l'OAI (cf. communications de l'OAI des 10 juin 2002, 26 juillet et 12 août 2004). L'interruption de cette formation a justifié l'octroi de mesures d'observation professionnelle (stages et évaluations entre les 11 avril et 10 novembre 2005 ; cf. communications de l'OAI des 11 avril et 11 août 2005).

En l'absence de données médicales actualisées sur l'état de santé de l'assuré, l'OAI a envisagé de diligenter une expertise pluridisciplinaire. L'assuré ayant refusé de s'y soumettre pour cause de prise d'emploi, l'OAI a établi une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, le 22 novembre 2006, au motif d'un défaut de collaboration aux mesures d'instruction.

**B.** B.\_\_\_\_\_ a requis de nouvelles prestations de l'assurance-invalidité par formulaire déposé auprès de l'OAI le 23 février 2011, exposant souffrir de lombalgies depuis décembre 2010.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI les rapports établis par ses médecins traitants, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, le 18 mars 2011, et la Dre G.\_\_\_\_\_, médecin associée du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, le 28 mars 2011. Il est ressorti de ces documents que l'assuré souffrait d'un antélisthesis de L5-S1 dans un contexte de lyse isthmique postérieure bilatérale de L5, sans troubles dégénératifs associés. Un traitement intensif et multidisciplinaire était envisagé sur trois semaines en vue d'un reconditionnement musculaire. Le 18 avril 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de cariste au sein de la société H.\_\_\_\_\_. Il était en revanche doté d'une capacité de travail entière dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, sans soulèvement ni port de charges, sans travail en porte-à-faux statique ou prolongé et sans exposition à des vibrations. Cette appréciation a été corroborée par la Dre G.\_\_\_\_\_ aux termes de son rapport du 14 juillet 2011 mettant fin à une prise en charge multidisciplinaire au sein du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_.

Par décision du 13 décembre 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, retenant que la comparaison des revenus avec et sans invalidité (respectivement chiffrés à 56'294 fr. et 51'324 fr.) mettait à jour un degré d'invalidité nul. Cela étant, l'assuré se voyait octroyer une aide au placement (notamment sous forme d'un stage en tant qu'ouvrier en logistique), laquelle a été clôturée sans succès le 21 septembre 2012.

**C.** B.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième requête de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, complétée le 29 septembre 2016, au motif de douleurs cervico-scapulaires droites présentes depuis octobre 2015.

Par rapport du 12 décembre 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a indiqué que l'assuré présentait des cervicalgies chroniques sur contractures musculaires et discopathie C6-C7. En arrêt de travail depuis septembre 2015, il avait repris son travail de magasinier auprès de K.\_\_\_\_\_<sub>SA</sub> en novembre 2015. Le jour de son licenciement par cette société, intervenu le 29 janvier 2016, il avait été victime d'une chute dans les escaliers, ce qui avait réactivé ses cervicalgies. A l'issue d'un examen auprès de la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, celle-ci avait conclu à des cervicalgies de nature musculaire et avait encouragé la reprise d'une activité sportive (cf. rapport de cette praticienne du 31 mars 2016 au Dr N.\_\_\_\_\_.) Une expertise avait, par ailleurs, été mise en œuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au sein de la Clinique M.\_\_\_\_\_. Ce dernier avait conclu à une capacité de travail entière dans toutes activités dès le 21 novembre 2016 (date de son examen) dans un rapport d'expertise établi le 16 décembre 2016.

L'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles le 23 avril 2016, considérant que le degré d'invalidité de l'assuré ne s'était pas modifié depuis sa précédente décision. Cela étant, un nouveau calcul du taux d'invalidité par comparaison actualisée des revenus avec et sans invalidité (respectivement chiffrés à 56'294 fr. et 59'150 fr.) mettait en évidence un degré d'invalidité de 4,82 %, ce qui excluait le droit aux prestations revendiquées.

**D.** B.\_\_\_\_\_ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, en déposant une quatrième demande en ce sens auprès de l'OAI le 10 février 2021, après avoir annoncé sa situation dans un formulaire de détection précoce le 15 décembre 2020. Il soulignait avoir été victime d'une fracture du péroné le 21 novembre 2019.

L'OAI s'est procuré le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Il en est ressorti que l'assuré était employé en qualité de préparateur de commandes pour le compte de la société V. \_\_\_\_\_ SA par l'intermédiaire de l'agence E. \_\_\_\_\_ SA depuis le 20 février 2019. Le 21 novembre 2019, il s'était fait happer la jambe droite lors du transport de palettes en métal sur son lieu de travail, ce qui avait entraîné une fracture isolée du péroné proximal, traitée par décharge sans immobilisation. Une incapacité totale de travail avait été prononcée depuis lors. La CNA avait pris en charge les suites financières de cet événement.

Dans un rapport du 30 mars 2021, le Centre P. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré était suivi en ambulatoire depuis le 10 novembre 2020 en dépit de son manque d'adhésion à une prise en charge psychologique (annulation de nombreux rendez-vous). Il présentait un épisode dépressif léger, avec humeur triste, difficultés d'endormissement, perte d'appétit et incapacité à se projeter dans l'avenir. Il se plaignait d'un retentissement de son accident sur la vie quotidienne et attendait réparation et reconnaissance des responsabilités liées à cet événement. L'incapacité de travail était totale dans l'emploi de magasinier logistique, mais une autre activité pouvait être envisagée au taux maximal de 50 % (entre deux et quatre heures par jour).

La médecin généraliste traitante de l'assuré, la Dre S. \_\_\_\_\_, a fait état, le 12 août 2021, d'une fracture du péroné droit, d'une maladie de Gitelman et d'un stress post-traumatique. Son patient présentait des douleurs résiduelles entraînant d'importantes limitations fonctionnelles, une anxiété, une irritabilité et une agressivité. Un traitement physiothérapeutique et antalgique se poursuivait. L'incapacité de travail demeurait totale.

Dans l'intervalle, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique R. \_\_\_\_\_ du 8 au 23 juin 2021 sur mandat de la CNA. Le rapport correspondant, établi le 7 juillet 2021, a retenu les diagnostics de traumatisme du membre inférieur droit avec fracture du péroné proximal

non déplacée, de lombosciatalgies chroniques, d'antélisthésis de grade 1 de L5-S1 en rapport avec une lyse isthmique L5 des deux côtés, de discopathie L4-L5 et de petite protrusion foraminale gauche L3-L4 au contact de la racine L3 gauche avec débord discal L5 au contact des racines L5 droite et gauche, en sus d'une maladie de Gitelman. Les spécialistes de la Clinique R. \_\_\_\_\_ relevaient que l'évolution subjective et objective de l'état de santé n'avait pas pu être évaluée. Le séjour avait été écourté en raison des incivilités et du comportement agressif de l'assuré, rendant impossible la mise en œuvre du programme d'évaluation et de réadaptation. Le tableau clinique apparaissait incohérent et frappé par de multiples autolimitations. La situation était stabilisée d'un point de vue médical, au vu de l'impossibilité de mettre en place une prise en charge thérapeutique et de la consolidation de l'unique lésion en relation directe avec le choc direct contre la jambe. Un consilium psychiatrique avait été réalisé le 11 juin 2021, aux termes duquel aucun diagnostic psychiatrique n'était pris en compte. Cela étant, il était précisé qu'en l'absence de diagnostic retenu durant le séjour, il convenait toutefois de mettre en évidence le comportement agressif et agité de l'assuré auprès de plusieurs membres du personnel. L'hypothèse d'un état hypomaniaque, voire maniaque, ou d'un trouble de la personnalité ne pouvait être écartée malgré la description anamnestique d'une vie professionnelle et personnelle stable.

Par décision du 30 septembre 2021, la CNA a mis fin au versement de ses prestations en faveur de l'assuré avec effet au 11 octobre 2021, précisant que les constatations médicales permettaient de conclure que les séquelles de l'accident du 21 novembre 2019 étaient en voie de guérison et ne représentaient plus une gêne significative. La capacité de travail était donc considérée comme entière dès le 11 octobre 2021.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 24 septembre 2021, la Dre S. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics précédemment évoqués de fracture du péroné, avec douleurs chroniques du membre inférieur droit et sciatalgies, de maladie génétique de Gitelman, de lombosciatalgies chroniques,

d'antélisthésis de grade 7 [recte :1] de L5-S1 en rapport avec une lyse isthmique L5 des deux côtés, de discopathie L4-L5, de protrusion foraminale gauche L3-L4 et de débord discal L5, mentionnant en outre une dépendance au cannabis. Elle soulignait que les plaintes et manifestations cliniques relatées par son patient évoquaient un syndrome d'Ehlers-Danlos (hypermobilité articulaire, manifestations extra-articulaires du tissu conjonctif, atteinte musculosquelettique et anamnèse familiale positive). Ce diagnostic devait encore être confirmé. De l'avis de la Dre S.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail demeurait totale dans toutes activités. Etaient annexés à son rapport les tirages de diverses pièces médicales, dont celles établies par le Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, pour le suivi de la fracture du péroné, le rapport de séjour au sein de la Clinique R.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport de prise en charge du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre médical U.\_\_\_\_\_ du 25 février 2020, lequel avait préconisé un traitement de physiothérapie en piscine pour les douleurs de la jambe droite, en présence d'un examen clinique rassurant. Figurait également un courriel du 14 septembre 2021 de la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin assistante au sein du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, laquelle indiquait avoir la charge du suivi psychiatrique de l'assuré.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a complété un rapport le 17 janvier 2022, précisant avoir rencontré l'assuré à deux reprises. Il signalait avoir sollicité un avis neurologique pour évaluer une éventuelle atteinte du nerf sciatique poplité externe, susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse, en l'absence de lésion de la jambe droite visible à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il relevait que l'assuré était suivi en psychiatrie pour des troubles d'anxiété. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail, considérant que la situation n'était pas stabilisée.

Par projet de décision du 15 mars 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, estimant que son état de santé ne s'était pas modifié dans une mesure susceptible de se répercuter sur sa capacité de

travail. Les conclusions de la décision du 13 décembre 2011 demeuraient dès lors valables (taux d'invalidité inférieur à 40 % en présence d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles).

L'assuré, assisté de Me Claudio Venturelli, s'est opposé au projet de décision précité, dans une correspondance du 28 avril 2022. Il a contesté l'appréciation médicale de son cas. Sur le plan somatique, il estimait que l'OAI aurait dû à tout le moins prendre en compte une incapacité totale de travail jusqu'au 11 octobre 2021 sur la base des conclusions de la CNA, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps dès août 2021. Cela étant, il considérait que cet aspect de son dossier n'était pas complet puisque des examens étaient encore en cours. Concernant le volet psychique, il rappelait que non seulement le Centre P.\_\_\_\_\_, mais également d'autres praticiens, tels que la psychiatre de la Clinique R.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, avaient évoqué des troubles psychiques. De nouveaux rapports médicaux seraient prochainement transmis à l'OAI.

Par complément du 30 juin 2022, l'assuré a réitéré ses griefs sur le plan somatique et indiqué avoir entamé un suivi spécialisé auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en mai 2022. En attente d'un rapport de ce dernier, l'assuré sollicitait un délai pour produire ce document.

L'OAI a refusé l'octroi d'un délai supplémentaire à l'assuré par correspondance du 21 juillet 2022 et établi, à la même date, une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, conforme aux termes de son projet de décision du 15 mars 2022.

**E.** B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Venturelli, a déféré la décision de l'OAI du 21 juillet 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 septembre 2022. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité d'août 2021 à janvier 2022, suivie d'une demi-rente d'invalidité depuis lors

et, à titre subsidiaire, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Préalablement, il a fait valoir un grief d'ordre formel, à savoir la violation de son droit d'être entendu, dans le sens d'une motivation insuffisante de la décision litigieuse, l'OAI n'ayant pas répondu aux arguments soulevés en procédure d'audition. Il a également observé que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'incapacité de travail reconnue par la CNA sur le plan physique du 21 novembre 2019 au 11 octobre 2021. En outre, il a considéré que l'OAI avait violé son devoir d'instruction dans la mesure où il avait négligé d'investiguer son état de santé psychique, en dépit de nombreuses pièces attestant de troubles de ce registre. A cet égard, il s'est prévalu de deux rapports établis par le Dr J. \_\_\_\_\_ les 30 août et 6 septembre 2022. Dans le premier rapport du 30 août 2022, à l'attention de l'OAI, ce spécialiste a attesté d'une prise en charge spécialisée dès le 24 mai 2022 à hauteur de deux fois par mois. Il retenait les diagnostics d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une modification traumatique de la personnalité, envisageant également un trouble somatoforme douloureux persistant. La situation devait être réévaluée à une échéance de six mois, la capacité de travail se trouvant en l'état diminuée de 50 % dans toutes activités. Un bilan de compétences suivi de mesures de réadaptation pouvait améliorer le pronostic. Dans le rapport du 6 septembre 2022, adressé au mandataire de l'assuré, le Dr J. \_\_\_\_\_ estimait probable que la capacité de travail n'ait pas changé entre 2020 et sa prise en charge. Son patient présentait des troubles de la concentration modérés, un ralentissement psychomoteur, un isolement social partiel, des flashbacks et des évitements.

L'OAI a répondu au recours le 21 novembre 2022 et conclu à son rejet, se prévalant notamment d'un avis du Service médical régional (SMR) du 4 novembre 2022. Ce service considérait que la fracture du péroné survenue en novembre 2019 était stabilisée « depuis mai 2020 au moins » et que cette atteinte n'avait pas entraîné de nouvelles limitations fonctionnelles depuis la dernière décision de l'OAI. Sur le plan psychique, il estimait n'avoir aucun élément pour envisager une atteinte à la santé durable ou incapacitante.

Par réplique du 22 février 2023, l'assuré a maintenu ses conclusions et produit un rapport d'expertise privée, rédigé le 22 décembre 2022 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a retenu le diagnostic incapacitant d'un état mixte d'intensité modérée depuis quelques mois, faisant suite à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et avec épisode hypomane dans le passé. Sans répercussion sur la capacité de travail étaient mentionnés des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse actuellement non décompensés, une dépendance au cannabis et à la cocaïne, actuellement abstinent, un trouble de l'attention avec hyperactivité durant l'enfance et un état de stress post-traumatique quelques mois après l'accident, actuellement en rémission. Le Dr C.\_\_\_\_\_ considérait que l'évolution était demeurée globalement stationnaire depuis fin 2020. La reprise d'une activité adaptée sur le plan somatique était envisageable à 50 % dans le cadre d'une réadaptation professionnelle après un bilan de compétences. L'assuré a suggéré à la Cour de céans de mettre les frais de cette expertise privée à la charge de l'OAI.

Dans une duplique du 14 mars 2023, l'OAI a renvoyé à un nouvel avis établi par le SMR le 1<sup>er</sup> mars 2023, lequel considérait que le rapport d'expertise privée contenait d'importantes contradictions et imprécisions. Un trouble psychique ne pouvait toutefois être exclu dès mai 2022 (à savoir à la date de la prise en charge par le Dr J.\_\_\_\_\_), ce qui justifiait une nouvelle évaluation psychiatrique.

Par détermination du 19 avril 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Audrey Gohl, a confirmé ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents

considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**c)** En l'occurrence, il convient d'observer que les termes de la décision litigieuse - certes succincte - permettent de comprendre les motifs matériels pour lesquels l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant (absence de motif de révision faute de changement significatif de l'état de santé et des limitations fonctionnelles). Ainsi que le recourant le fait valoir, la décision du 21 juillet 2022 ne se prononce toutefois pas sur les arguments avancés au stade de la procédure d'audition, eu égard à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail jusqu'au 11 octobre 2021 sur le plan somatique et à la survenance d'une problématique d'ordre psychique.

**d)** On peut en outre s'interroger sur le bien-fondé du refus d'un délai supplémentaire exceptionnel en faveur du recourant pour produire le rapport médical attestant de sa prise en charge psychiatrique à partir de mai 2022.

**e)** Cela étant, on observe que le recourant a été en mesure de saisir la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen, et de faire valoir l'intégralité de ses griefs, de sorte qu'on pourrait qualifier de réparée la violation de son droit d'être entendu. Il n'y a cependant pas lieu de s'attarder davantage sur cette problématique au vu de l'issue de la présente procédure sur le fond.

**3.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente entière d'invalidité d'août 2021 à janvier 2022, suivie d'une demi-rente d'invalidité.

**4. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

**b)** En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**c)** En l'occurrence, la décision attaquée date du 21 juillet 2022. Elle porte sur une demande de révision déposée formellement par le recourant le 10 février 2021, en raison de l'accident dont il a été victime le 21 novembre 2019. Les pièces médicales et les événements fondant cette décision sont pour l'essentiel antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

**5. 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).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient

de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

**6. a)** 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet

d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, la précédente décision rendue sur le fond par l'intimé date du 23 avril 2016. Elle a retenu que le recourant demeurerait capable d'exercer, à 100 %, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques définies dans une décision antérieure, rendue le 13 décembre 2011 (à savoir une activité légère ménageant le rachis, permettant l'alternance des positions, excluant le port de charges et les vibrations).

**b)** Depuis la décision du 23 avril 2016, il est établi que le recourant a été victime d'un accident le 21 novembre 2019 (fracture du péroné), à la suite duquel la CNA lui a alloué des indemnités journalières sans interruption jusqu'au 10 octobre 2021. Dans ce contexte, la CNA a pris en charge un séjour au sein de la Clinique R. \_\_\_\_\_ du 8 au 23 juin 2021, avant de considérer que le recourant était « pleinement apte au travail » dès le 11 octobre 2021 (cf. décision de la CNA du 30 septembre 2021). Le recourant estime dès lors que l'intimé aurait dû, à tout le moins, s'aligner sur la position de la CNA et lui allouer une rente entière d'invalidité entre août 2021 et janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, 29 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**c)** La décision litigieuse ne fournit pas les motifs ayant conduit l'intimé à nier le droit du recourant à la prestation revendiquée ci-dessus.

Ces motifs ressortent de l'avis du SMR du 4 novembre 2022 produit auprès de la Cour de céans, lequel est notamment libellé en ces termes :

« [...] RM [réd. : rapport médical] du Dr Z.\_\_\_\_\_, orthopédiste du 25.02.2020 : Status superposable à celui de 2016 hormis une palpation douloureuse à la face externe du genou D [réd. : droit]. On notera un déshabillage debout et des plaintes somme toute peu présentes pour ce qui est du genou D si ce n'est la position stationnaire. Les conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_ évoquent un défaut de compréhension de la part de l'assuré quant à l'aspect bénin de sa fracture et une prise en charge visant à lui refaire prendre confiance en ses capacités.

RX [réd. : radiographie] de la jambe D du 19.05.2020 : pas de fracture décelée.

[...]

RM du Dr T.\_\_\_\_\_, orthopédiste du 17.01.2022 et 13.12.2021 : plaintes essentiellement en station debout prolongée : pas de diagnostic justifiant les douleurs au niveau de la jambe D du patient.

[...]

Lors de cette dernière demande, il est question d'une fracture du péroné proximal, non déplacée, consolidée au moins depuis mai 2020, pour laquelle l'assuré présente des plaintes d'intensité très variables et pour lesquelles de multiples investigations sont menées pour confirmer un état clinique non inquiétant, stabilisé depuis mai 2020 au moins. Il n'y a donc pas de raison de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles. [...] »

**d)** En l'occurrence, on ne saurait suivre la position de l'intimé, respectivement du SMR, quant à la stabilisation de l'état de santé somatique du recourant en mai 2020, sur la base d'un simple avis médical sur dossier, qui plus est postérieur à la décision attaquée. On retient en effet que la CNA a pris en considération une incapacité de travail totale jusqu'au 11 octobre 2021 pour servir ses prestations, non sans avoir soumis le recourant à des examens approfondis au sein de la Clinique R.\_\_\_\_\_. On ne voit par conséquent pas de raison d'écarter l'évaluation de cet assureur au profit de l'appréciation a posteriori produite par l'intimé.

**e)** On rappellera au surplus que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée par le recourant le 10 février 2021. Dans ce contexte, il lui appartenait de procéder à une analyse globale de l'état de santé du recourant. Or, sur le plan somatique, il apparaît que la Dre S.\_\_\_\_\_ a annoncé la poursuite d'investigations d'un éventuel syndrome d'Ehlers-Danlos aux termes de son rapport du 24

septembre 2021. De même, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 17 janvier 2022, avoir préconisé un avis neurologique destiné à se prononcer sur une éventuelle atteinte du nerf sciatique poplité externe. On ignore à ce stade si ces investigations ont effectivement été conduites et quels en ont été les résultats. Le recourant lui-même n'en fait pas état. Cela étant, le dossier constitué par l'intimé demeure, à ce stade, incomplet de sorte qu'il n'est pas possible de se prononcer définitivement sur l'état de santé somatique du recourant en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

**8. a)** Sur le plan psychiatrique, le recourant a fait l'objet d'un suivi au sein du Centre P.\_\_\_\_\_ dès novembre 2020, entravé par un défaut de compliance. A été évoqué un épisode dépressif léger entravant la capacité de travail à hauteur de 50 % environ (cf. rapport dudit centre du 30 mars 2021). Cette appréciation apparaît insuffisamment motivée, étant rappelé qu'elle ne porte que sur une brève prise en charge (quelques mois) dans le contexte d'une collaboration limitée du recourant (annulation de rendez-vous). On ne saurait dès lors en tirer des conclusions probantes quant à la survenance d'une atteinte à la santé psychique invalidante.

**b)** Ultérieurement, le recourant semble avoir été soutenu sur le plan psychique par la Dre W.\_\_\_\_\_ pour le compte du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ (cf. courriel de cette praticienne du 14 septembre 2021). On ne dispose toutefois d'aucune pièce à cet égard, qui permettrait de déterminer la nature de la prise en charge, sa durée et les diagnostics posés.

**c)** On souligne également qu'un consilium de psychiatrie s'est tenu au sein de la Clinique R.\_\_\_\_\_ le 11 juin 2021, au sein duquel aucun diagnostic n'a été retenu, quand bien même un trouble de la personnalité ne pouvait être exclu compte tenu de l'agressivité observée auprès du recourant (cf. consilium du 11 juin 2021, annexé au rapport de la Clinique R.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2021).

**d)** A partir du 24 mai 2022, la recourant a été suivi à la consultation du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a fait état d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et d'une modification traumatique de la personnalité, induisant une capacité de travail réduite à 50 %. Ce spécialiste estimait la capacité de travail inchangée depuis 2020 (cf. rapports des 30 août et 6 septembre 2022). Cet avis apparaît largement insuffisant pour statuer sur le cas du recourant. Le psychiatre traitant n'a que brièvement exposé le status clinique, ainsi que les constats objectifs fondant les diagnostics retenus et la réduction de la capacité de travail. On ignore par ailleurs les limitations fonctionnelles précises qui viennent justifier une telle limitation. On ajoutera que le Dr J.\_\_\_\_\_ n'a pas détaillé les motifs lui ayant permis de conclure à une situation stationnaire depuis 2020. Il n'est par conséquent pas possible de prendre en considération les rapports des 30 août et 6 septembre 2022 pour statuer sur le droit aux prestations du recourant.

**9. a)** Au stade de la présente procédure, le recourant s'est prévalu de l'expertise privée réalisée à sa requête par le Dr C.\_\_\_\_\_. Le rapport correspondant du 22 décembre 2022 a fait mention, au titre de diagnostic incapacitant, d'un état mixte d'intensité modérée depuis quelques mois, faisant suite à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et avec un épisode hypomane dans le passé. Le spécialiste évoquait également des traits de personnalité émotionnellement labile et anxieuse non décompensés, une ancienne dépendance au cannabis et à la cocaïne, un trouble de l'attention avec hyperactivité dans l'enfance et un état de stress post-traumatique en rémission. Il concluait à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, justifiant son évaluation notamment en ces termes :

« [...] Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré ne présente pas de comportements durables et stables nettement disharmonieux mais uniquement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet d'exclure la présence d'un trouble de la personnalité, mais il existe des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, actuellement non décompensés. Nous ne retenons pas de modification traumatique de la personnalité comme le psychiatre traitant, car l'état de stress

post-traumatique a duré juste quelques mois après l'accident selon l'anamnèse

On ne retient pas de trouble de la personnalité chez un assuré qui a pu travailler sans limitations dans le passé, avec une vie conjugale, familiale et amicale stable.

[...]

L'assuré présente un état de perturbation émotionnelle qui se situe dans le contexte d'un état mixte. Ceci permet d'exclure la présence d'un trouble de l'adaptation selon les critères diagnostics de la CIM-10.

[...]

L'assuré ne présente pas de trouble dépressif sévère ou léger avec des activités plaisantes possibles dans la journée type, sans anhédonie totale mais partielle significative, sans isolement social total mais partiel, avec un impact modéré mais significatif sur le quotidien. L'épisode dépressif moyen décrit par le dernier psychiatre traitant apparaît cohérent avec l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, mais il a évolué vers un état mixte d'intensité modérée, ce qui est congruent avec le changement de la médication en cours, dans le sens d'arrêt du traitement antidépresseur et mise en place d'un stabilisateur de l'humeur.

Soulignons que l'assuré aurait déjà présenté un épisode hypomane, voire maniaque selon le rapport lors de l'hospitalisation à la SUVA sans prise d'un traitement antidépresseur, ce qui nous conforte dans le trouble bipolaire épisode actuel mixte que nous retenons actuellement.

Nous ne retenons pas un trouble de la personnalité ou une dépendance incapacitante, car malgré la présence de ces deux troubles l'assuré a pu travailler sans limitations dans le passé sans hospitalisation psychiatrique, sans suivi psychiatrique hebdomadaire, avec une vie conjugale, amicale et familiale stable, ce qui exclue une décompensation éventuelle de la personnalité et il est abstinent selon l'anamnèse.

Nous ne retenons pas de trouble douloureux somatoforme persistant, car l'assuré serait limité uniquement dans les activités lourdes physiquement et les douleurs ont une base organique selon l'anamnèse.

Il n'y a pas de modification traumatique de la personnalité, avec un état de stress post traumatique juste durant quelques mois selon l'anamnèse.

[...]

L'intensité des troubles est modérée, avec un impact modéré mais significatif sur le quotidien et avec limitations objectivables lors de l'examen clinique dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré ou une agitation modérée et des troubles de la concentration modérés avec une légère fuite d'idées et un isolement social partiel chez un assuré limité aussi dans les activités lourdes physiquement.

[...]

Nous constatons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis fin 2020 au présent, avec un traitement antidépresseur dans le passé proche et actuellement un traitement thymorégulateur est en train d'être mis en place avec un suivi psychiatrique et psychothérapeutique adéquat qui est presque hebdomadaire entre le psychiatre et le psychologue.

Le pronostic de reprise professionnelle dépend de la motivation de l'assuré et d'une aide pour une réadaptation professionnelle à 50 %

dans une activité adaptée d'un point de vue somatique et l'assuré est motivé par une telle démarche, à mettre en place dès que possible après un bilan de compétences.

La situation n'est pas stabilisée et la capacité de travail devrait être réévaluée dans 6 mois après la mise en place d'une réadaptation professionnelle et un bilan de compétences. [...] »

**b)** Le 1<sup>er</sup> mars 2023, le SMR s'est déterminé comme suit sur le rapport d'expertise privée du Dr C. \_\_\_\_\_ :

« [...] On s'étonne que l'expert retienne une capacité de travail de 50 % depuis 2020 alors que les éléments médicaux psychiatrique antérieurs n'évoquaient pas réellement de limitations fonctionnelles dans cet axe. Pour rappel, l'assuré est connu de longue date pour ses nombreuses revendications auprès de notre assurance. Il n'était nullement question de ralentissement psychomoteur ou de thymie abaissée jusqu'à la prise en charge en mai 2022 par le Dr J. \_\_\_\_\_ ; dès lors faire remonter le début des répercussions psychiques à 2020 en partant du principe que la situation n'a pas évolué depuis cette date ne repose pas sur des éléments objectifs. Il est par ailleurs regrettable qu'aucune prise de sang n'ait été effectuée dans le cadre de cette expertise (une situation de changement de médication n'empêche nullement de constater la présence ou non de molécules ou vérifier une abstinence) chez un assuré dont la compliance médicamenteuse n'est pas acquise. Quant aux constats objectifs d'un ralentissement, ils ne sont pas objectivés : l'assuré ne participe pas au ménage (mais y participait-il avant ?) et les difficultés cognitives sont vraisemblablement anciennes au vu des éléments au dossier et du suivi spécialisé déjà durant l'enfance [...]. Objectivement, le constat clinique est très rassurant avec un assuré tenant des propos structurés, parfaitement compréhensibles, une mimique adéquate, un visage expressif, un ralentissement psychomoteur significatif par moment et une agitation par moment, la voix est décrite d'intensité normale et modulée de façon adéquate en fonction des sujets, le cours de la pensée est normal. L'assuré est décrit comme parfaitement éveillé, sans troubles attentionnels, sans troubles mnésiques objectivables ... je peine donc à comprendre quels troubles de la concentration ont été observés. Si l'assuré peut présenter une certaine tristesse, force est de constater qu'elle ne semble pas présente en continu et ne pas dépasser un critère de gravité léger. Au vu de ces constats et des ressources dont dispose l'assuré (entourage familial, sorties avec amis, fréquente le fitness) je peine à comprendre sur quels éléments objectifs se fondent les empêchements retenus dans l'évaluation de la mini CIF-APP. [...] »

**c)** En l'occurrence, on peut se rallier à l'appréciation du SMR citée ci-dessus pour considérer que le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ ne peut se voir conférer une valeur probante déterminante. Ainsi que l'a relevé le SMR, on ne voit pas sur quels les éléments cliniques ou anamnestiques objectifs se serait fondé l'expert pour justifier une capacité de travail limitée à 50 %, qui plus est sans évolution depuis 2020. On peut

d'ailleurs observer que le diagnostic évoqué par l'expert privé ne relève pas d'une intensité significative, alors que le recourant n'est pas décrit comme particulièrement entravé dans le quotidien. Il convient également de noter que les diagnostics évoqués par le Dr C. \_\_\_\_\_ pour le passé (état de stress post-traumatique et trouble de l'attention notamment) ne sont étayés par aucun document ou évaluation spécialisée. On ajoutera enfin que la description des ressources et des limitations effectives du recourant apparaissent partiellement contradictoires, en présence d'une situation d'une gravité modérée.

**d)** Au vu des incertitudes diagnostiques du cas particulier, des doutes quant à la date de survenance d'une pathologie psychiatrique et de ses éventuelles répercussions, il s'avère impossible de se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant et sur son évolution. Partant, il n'est pas possible que la Cour de céans statue sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité sur la base des pièces versées en l'état du dossier.

**10. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est

nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**c)** 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 possible 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En l'espèce, faute pour l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause pour procéder à un complément d'instruction. Il lui appartiendra dans ce contexte d'actualiser les données médicales du registre somatique et d'examiner s'il y a lieu de suivre l'appréciation de la CNA s'agissant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 11 octobre 2021. En outre, il incombera également à l'intimé de s'enquérir de l'évolution du suivi spécialisé assumé par le Dr J.\_\_\_\_\_, de recueillir les informations utiles s'agissant de la prise en charge réalisée par \_\_\_\_\_ la Dre W.\_\_\_\_\_ et enfin de procéder à une expertise psychiatrique du recourant, destinée à fixer précisément les diagnostics l'affectant, les éventuelles limitations fonctionnelles de ce registre, la capacité de travail, ainsi que son évolution depuis la première prise en charge spécialisée débutée en novembre 2020. Dite expertise devra également se prononcer au regard de la grille d'indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale (cf. ATF 141 V 281). A l'issue de ces mesures d'instruction complémentaires, l'intimé statuera à nouveau sur le droit aux prestations revendiquées par le recourant à la suite de la demande formelle du 10 février 2021.

**11. a)** Le requérant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2022 s'élevant à 2'700 francs.

**b)** 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\_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

**c)** En l'occurrence, le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour statuer sur le droit aux prestations litigieuses. Ce rapport d'expertise privée n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, dans la mesure où d'autres rapports de spécialistes justifiaient d'envisager une instruction de l'état de santé psychique du requérant (cf. rapport du Centre P.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2021, consilium de psychiatrie de la Clinique R.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2021, courriel de la Dre W.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2021, rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ des 30 août et 6 septembre 2022). Dès lors, les frais de l'expertise privée réalisée par le Dr C.\_\_\_\_\_ n'ont pas lieu d'être mis à la charge de l'intimé.

**12. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** 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 3'000 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 21 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.
  
- III.** 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.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Audrey Gohl, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :