

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Wiedler et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Bruder, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un Certificat fédéral de capacité de gestionnaire de vente, a travaillé plusieurs années dans le secteur de la vente auprès de [...] puis en qualité d'opérateur au remplissage en salle-blanche, au bénéfice d'un contrat de mission temporaire.

Le 22 juin 2018, l'assuré a subi un accident de la voie publique et a été touché au genou gauche, avec une rupture partielle du ligament croisé antérieur. Il a suivi un traitement conservateur avec immobilisation pendant six semaines (rapport de consultation de l'appareil locomoteur du 6 février 2019 du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 21 octobre 2018, l'assuré a fait une chute et s'est tordu la cheville droite. Il a subi une déchirure de grade III des faisceaux talo-fibulaires antérieurs et calcanééo-fibulaires, une déchirure vraisemblablement de grade II du talo-fibulaire postérieur, une déchirure des faisceaux superficiels et profonds du complexe deltoïdien sur le versant médial, et un œdème osseux contusionnel en miroir de la malléole interne et de l'astragale droit (rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] de la cheville droite du 14 décembre 2018). La CNA a pris en charge le cas.

L'assuré a séjourné à la clinique H._____ (ci-après : la clinique H._____) du 6 au 26 mars 2019. Dans son rapport du 4 avril 2019, le Dr G._____ a constaté une évolution très lente, marquée par la persistance d'un status douloureux et des signes faisant suspecter un syndrome douloureux régional complexe de la cheville droite. Ce diagnostic a finalement été écarté, les critères de Budapest n'étant pas remplis. A l'issue du séjour, aucun diagnostic, en particulier psychologique, n'a été retenu. Le Dr G._____ a relevé que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes

fonctionnelles rapportées, notamment une kinésiophobie, un catastrophisme élevé, une perception de handicap majeur, une focalisation sur les douleurs et de nombreuses auto-limitations. La participation aux thérapies était jugée moyenne. La situation n'était pas stabilisée et le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle n'était pas favorable. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : appui et marche prolongés surtout en terrain irrégulier, montée et descente répétitive d'escaliers, port de charges lourdes.

Le 26 mars 2019, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), évoquant son incapacité de travail depuis le 21 octobre 2018 et ses douleurs à la cheville droite.

L'assuré s'est fait opérer le 5 septembre 2019. Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie avec plastie du ligament talo-fibulaire antérieur et une augmentation par retour externe avec résection du conflit antérieur, une plastie du ligament latéral interne et un strayer endoscopique. L'évolution a été lente et difficile (rapport du 16 janvier 2020 du Dr S._____. Un an après l'intervention, l'assuré marchait toujours à l'aide de cannes et signalait des fourmillements dans les deux jambes. L'incapacité de travail totale perdurait (rapport du 4 septembre 2020 du Dr S._____).

Le 27 septembre 2020, l'assuré a subi un nouvel accident de la voie publique, sa voiture se faisant percuter par l'arrière. Il a consulté à l'hôpital de [...], en raison de douleurs dans la nuque. Une incapacité totale de travail a été attestée.

Dans un rapport du 30 septembre 2020, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique du pied droit post-traumatique sans anomalie à l'examen électrophysiologique, avec status après plastie du ligament talo-fibulaire antérieur et augmentation par retour externe avec résection du conflit

antérieur, avec status après plastie du ligament latéral interne et avec status après strayer endoscopique. L'examen neurologique réalisé avait révélé un lâchage antalgique au testing de la force du pied droit, avec des troubles de la sensibilité diffuse au niveau du pied. La sensibilité profonde était parfaitement conservée, les réflexes étaient normovifs et symétriques, sans trouble de la trophicité. La marche s'effectuait avec une certaine surcharge fonctionnelle. Le bilan électrophysiologique du pied droit était normal, sans asymétrie avec le pied gauche. Aucun contrôle supplémentaire n'était prévu.

Le 27 janvier 2021, l'assuré a été examiné par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du lendemain, le Dr V._____ a rapporté que l'assuré n'arrivait pas à se remettre de son entorse et présentait des blocages douloureux occasionnels du genou gauche. L'accident du 27 septembre 2020 semblait se résoudre, avec la persistance de légères douleurs cervico-dorsales non invalidantes. A la suite de cet événement, l'assuré avait débuté un suivi psychiatrique. A l'examen clinique, le Dr V._____ a constaté un assuré sur la réserve, dominé par un comportement douloureux avec une auto-limitation caricaturale. Il a relevé une discordance majeure entre l'ampleur du handicap subjectif et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Un deuxième séjour à la clinique H._____ était préconisé.

Dans un rapport de consultation du 10 mars 2021, le Dr clinique H._____ a constaté que le patient était dépendant de deux béquilles, malgré un tannage plantaire quasiment symétrique, sans amyotrophie du quadriceps ou du mollet. Il a préconisé un séjour à la clinique H._____ pour une rééducation intensive et une évaluation de ses capacités fonctionnelles, ce que l'assuré a accepté à la condition d'avoir une chambre individuelle.

Dans un rapport du 24 mars 2021, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue F._____ ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger en lien avec la pathologie somatique actuelle. Ils ont constaté que l'assuré avait une image

corporelle perturbée, avec un comportement d'évitement. L'intéressé avait rapporté des difficultés d'endormissement avec des réveils fréquents, une thymie fluctuante et légèrement abaissée, une anhédonie légère, des difficultés occasionnelles à se concentrer et une tendance à l'isolement social.

Dans une appréciation du 28 avril 2021, le Dr V._____ a constaté que les conditions exigées par l'assuré pour un séjour à la clinique H._____ n'étaient pas réalisables, de sorte qu'en présence de légères conséquences de l'accident du 21 octobre 2018, laissant tout au plus une cheville plus fragile, et en l'absence de troubles consécutifs aux accidents des 22 juin 2018 et 27 septembre 2020, le cas serait clos. Le Dr G._____ avait au demeurant rappelé que les constatations objectives n'expliquaient pas l'utilisation des cannes. Dans une activité avec un port de charges moyennes, sans station debout prolongée et sans longs trajets surtout en terrain accidenté, la capacité de travail était entière.

Dans un rapport du 13 juillet 2021 à l'attention du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G._____ a indiqué que les plaintes et le status étaient pratiquement superposables à ceux prévalant lors de la dernière consultation.

L'assuré a, à nouveau, séjourné à la clinique H._____ du 31 août au 28 septembre 2021. Dans son rapport du 13 octobre 2021, le Dr G._____ a indiqué ne pas retenir d'autres diagnostics que ceux retenus à l'issue du premier séjour. Il a constaté une évolution subjective et objective peu significative, l'objectif de remise en charge et d'ablation des moyens auxiliaires n'ayant pas abouti. En outre, certains éléments ne s'expliquaient que par une diminution des auto-limitations. L'évaluation aux ateliers professionnels avait mis en évidence des incohérences au niveau des résultats obtenus, une focalisation de l'assuré sur son ressenti douloureux et une motivation incertaine. Le Dr G._____ n'a retenu aucune limitation pour la cheville droite, en se fondant sur les données objectives, et considéré que la situation était stabilisée. Il ne préconisait pas la poursuite du traitement de physiothérapie. Le pronostic de

réinsertion dans l'ancienne activité était théoriquement favorable à 100 %, mais des facteurs non-médicaux pourraient ralentir ce processus, à savoir une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé, une focalisation sur les douleurs, des nombreuses auto-limitations et une perception hors norme du handicap fonctionnel.

Procédant au calcul du degré d'invalidité le 15 mars 2022, l'OAI a estimé que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), aide-administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres).

Dans un projet de décision du 16 mars 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2022. Il a considéré que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toutes activités depuis le 21 octobre 2018, début du délai d'attente, jusqu'au 1^{er} mars 2022, date à laquelle il recouvrait une pleine capacité de travail. Après comparaison des revenus, l'assuré ne présentait aucun préjudice économique dès le 1^{er} mars 2022, de sorte que le droit à la rente prenait fin trois mois plus tard.

Le 16 mars 2022, la CNA a rendu une décision au terme de laquelle elle a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, en l'absence de diminution de sa capacité de gain, et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 7'410 fr. représentant un taux d'indemnité de 5 %. L'assuré a contesté cette décision.

Le 2 mai 2022, l'assuré, représenté par son conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a fait valoir que l'OAI se fondait sur les constatations de la CNA, dont la décision était contestée. Il a également

allégué avoir subi un nouvel accident le 15 janvier 2022, une personne devant lui vers un escalator ayant basculé et marché sur son pied droit. Une nouvelle incapacité était attestée depuis lors. Les 15 juin et 19 août 2022, l'assuré a complété ses objections, se prévalant d'un rapport établi le 27 mai 2022 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait le diagnostic de syndrome du sinus tarsi à la suite de la contusion du 15 janvier 2022, d'un rapport du 15 juillet 2022 de la Dre D._____, médecin praticien, attestant de l'existence d'un syndrome anxio-dépressif sévère, et un rapport du 19 mai 2022 du Dr Q._____, spécialiste en anesthésiologie. L'assuré a ajouté qu'il était suivi sur le plan psychiatrique, sollicitant que l'instruction soit étendue à cet aspect.

Dans un rapport du 11 juillet 2022, le Dr L._____, médecin praticien et médecin d'assurance de la CNA, a estimé que la contusion subie le 15 janvier 2022 au pied droit était une atteinte transitoire qui avait cessé de déployer ses effets à la fin du mois d'avril 2022, à l'issue de l'incapacité de travail attestée par le médecin orthopédiste traitant.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2022, les Drs K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____ ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère, en amélioration depuis l'instauration d'un traitement médicamenteux. Ils ont attesté une incapacité totale de travail depuis le 4 mai 2022, date du début du suivi.

Dans un rapport à l'OAI du 11 avril 2023, les Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____ ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et retenu le diagnostic de fibromyalgie. Une investigation pour un trouble de la personnalité était en cours. L'assuré était toujours incapable de travailler, présentant des douleurs ostéo-musculaires, de la fatigue, des difficultés de déplacement, une intolérance au stress, des troubles de la concentration et de la mémoire, une perte d'énergie et de motivation ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. Malgré un changement de traitement médicamenteux, les médecins ne notaient pas d'amélioration.

Le 12 octobre 2023, en réponse à l'OAI, les Drs C. _____ et R. _____ ont indiqué que l'état psychique de l'assuré était sans changement significatif depuis leur dernier rapport, hormis une impression de légère amélioration au niveau de la thymie et une légère aggravation globale au niveau psychique. Ils considéraient que l'assuré n'était pas en mesure de travailler, mais qu'une reprise à 40 % était envisageable une fois que l'état de santé se serait amélioré. L'assuré présentait toujours des limitations fonctionnelles, à savoir une fatigue accrue, un ralentissement psychomoteur et moteur avec somnolence, des difficultés d'attention et de concentration, des troubles attentionnels, des difficultés de mémorisation et de gestion des tâches administratives, un découragement, des douleurs osseuses et musculaires handicapantes et un besoin constant de pauses. Pour des raisons financières, l'assuré avait toutefois repris un travail à 100 %.

Le 5 décembre 2023, l'assuré a transmis à l'OAI son contrat de travail en tant que chef de rayon auprès de [...], ainsi qu'un rapport du 15 août 2023 du Prof. U. _____, spécialiste en anesthésiologie, retenant le diagnostic de fibromyalgie et constatant la présence des dix points du NPI, une fatigue importante et une légère inflammation facettaire à une IRM lombosacrée.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 14 mars 2024 que les rapports versés au dossier n'apportaient pas d'élément témoignant de l'existence de nouvelles atteintes durablement incapacitantes, sur le plan somatique ou psychique. Sur le plan psychique, le fait pour l'assuré de travailler à plein temps parlait contre l'existence d'une atteinte durablement incapacitante, comme les limitations fonctionnelles retenues qui ne semblaient pas incompatibles avec les descriptions des tâches réalisées et de la journée-type de l'assuré.

Par courrier du 18 mars 2024, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés par l'assuré, exposant que sa contestation n'apportait

pas d'éléments nouveaux et qu'il recevrait prochainement une décision confirmant sa position.

Le 28 juin 2024, l'OAI s'est vu remettre un rapport d'expertise psychiatrique établi le 16 avril 2024 par le Dr W._____, à la demande de l'assuré. Le Dr W._____ retenait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique entre février 2022 et novembre 2022 ainsi que d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entre décembre 2022 et février 2023, avec incidence sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il posait les diagnostics de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse actuellement non décompensés, de troubles douloureux somatoformes persistants depuis 2021, et de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive durant six mois ayant évolué vers un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avant février 2022. Selon le Dr W._____, l'assuré présentait une symptomatologie dépressive qui avait été très légère avant février 2022, sévère, puis moyenne après décembre 2022 et en rémission depuis mars 2023. Le pronostic était mitigé chez l'assuré qui était fragile et avait tendance à faire des accidents à répétition probablement en lien avec des traits de la personnalité. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était désormais pleine. Un suivi psychiatrique n'était plus exigible.

Par décision du 29 juillet 2024, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2022, conformément à son projet de décision.

B. Par acte du 12 septembre 2024, A._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a contesté l'appréciation faite par l'OAI de son état de santé. Sur le plan somatique, il s'est prévalu le rapport du Dr L._____ du 11

juillet 2022, relevant qu'il attestait une incapacité de travail jusqu'à la fin du mois d'avril 2022. L'intimé n'avait par ailleurs pas tenu compte des rapports retenant le diagnostic de fibromyalgie, renvoyant encore à un rapport du 4 juin 2024 de la Dre D._____. La Dre D._____ attestait une aggravation de la fibromyalgie et des douleurs diffuses depuis une fracture costale à gauche survenue au début 2024. Sur le plan psychiatrique, le recourant s'est prévalu du rapport d'expertise privée du Dr W._____ qui retenait une capacité de travail nulle de février à novembre 2022 et à 50 % jusqu'en février 2023. Il a requis que les frais de l'expertise du Dr W._____ à hauteur de 3'500 fr. soient mis à la charge de l'intimé.

Par réponse du 21 octobre 2024, l'intimé s'est référé à un avis SMR du 9 octobre 2024 dans lequel celui-ci concluait au renvoi de la cause pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique, orthopédique et de médecine interne. Dans son avis, le SMR prenait position sur le rapport du 13 mai 2024 du Dr U._____, celui du 4 juin 2024 de la Dre D._____ et le rapport d'expertise du Dr W._____. Bien que considérant qu'ils n'apportaient pas d'éléments nouveaux et que l'expertise n'était pas probante, le SMR a relevé que la situation était complexe et que des incohérences persistaient sur le plan psychiatrique, de sorte qu'une expertise permettrait d'obtenir une évaluation pluridisciplinaire et consensuelle sur laquelle se fonder.

Répliquant le 25 novembre 2024, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a contesté l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr W._____, considérant que ces conclusions devaient être suivies.

Dupliquant le 6 décembre 2024, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter, renvoyant à l'avis du SMR du 9 octobre 2024.

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 des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2022.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

b) 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^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

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

5. L'OAI a retenu que l'assuré avait été totalement incapable de travailler dans toutes activités du 18 octobre 2018 au 28 février 2022, mais avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mars 2022. Il a en particulier fondé son appréciation sur l'avis du médecin de la CNA.

a) aa) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut des conclusions de l'expertise privée qu'il a confiée au Dr W._____, considérant que son incapacité de travail a perduré au-delà du mois de février 2022. Dans son rapport d'expertise privée, le Dr W._____ a établi une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale, précisant l'évolution des troubles psychiques en se fondant sur les rapports en sa possession et sur les déclarations de l'assuré. Il a rapporté les plaintes spontanées de l'assuré ainsi que les plaintes dirigées, précisant leur

retentissement dans les activités de la vie quotidienne et dans les relations sociales. Il a réalisé son examen clinique en analysant les critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 et en procédant à des tests et mesures psychométriques. Il a ainsi retenu des symptômes dépressifs et anxieux dans un contexte de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive avant février 2022, ayant évolué vers un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis lors, puis vers un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entre décembre 2022 et février 2023 lequel était en rémission depuis mars 2023. Sur la base de ces éléments, il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques entre février 2022 et novembre 2022 ainsi que d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entre décembre 2022 et février 2023, qui avaient eu un effet sur la capacité de travail. L'expert a estimé que l'assuré avait été incapable de travailler de février à novembre 2022, puis à 50 % jusqu'en février 2023, retrouvant depuis lors une pleine capacité de travail.

Ces éléments jettent un doute sur les conclusions de l'intimé concernant la capacité de travail de l'assuré. Ils n'emportent toutefois pas la conviction. En effet, l'expert W._____ n'a pas expliqué de manière détaillée les raisons l'ayant amené à retenir ces diagnostics et n'expose pas davantage les éléments l'amenant à considérer que l'assuré a présenté un trouble de l'adaptation qui a évolué vers un épisode dépressif. L'expert évoque également des traits de personnalité, sans les étayer, et considère que ceux-ci augmentent les risques d'accidents à répétition, sans expliquer son propos, que l'on peine d'ailleurs à saisir ce d'autant plus en présence de traits non décompensés. Au demeurant, l'expert psychiatre ne se positionne pas sur le diagnostic de fibromyalgie retenu par les médecins, l'évoquant tout au plus dans le chapitre des antécédents somatiques. Or, c'est au moyen des indicateurs applicables en matière de trouble psychique qu'une fibromyalgie doit être évaluée, examen auquel le Dr W._____ ne s'est pas livré. S'agissant de l'appréciation du psychiatre traitant, selon laquelle l'assuré serait totalement incapable de travailler en raison d'un trouble dépressif sévère, l'expert W._____ a indiqué que les activités réalisées par l'assuré ne sont pas compatibles

avec une telle incapacité. Il n'a cependant pas clairement pris position sur ces incohérences. Enfin, alors qu'il retient une rémission de l'épisode dépressif au motif que l'assuré a repris une activité lucrative, l'expert semble se fonder uniquement sur les déclarations de ce dernier, ne détaillant pas sa journée-type de travail et ne prenant pas en considération l'appréciation négative de la psychiatre traitante à ce propos. L'expertise du Dr W. _____ ne peut dès lors pas être suivie au vu de son caractère incomplet. Elle met toutefois en lumière une incapacité de travail qui semble avoir perduré au-delà du mois de février 2022.

bb) Sur le plan somatique, le rapport du 4 juin 2024 de la Dre D. _____ produit par le recourant fait état d'une aggravation de la fibromyalgie et de la survenue d'un nouvel accident ayant occasionné une fracture costale en février 2024, soit avant que la décision entreprise ne soit rendue. Si la Dre D. _____ semble, dans un premier temps, mettre en lien l'aggravation de la fibromyalgie avec la fracture costale, comme le relève le SMR, la médecin évoque toutefois une aggravation généralisée de la symptomatologie douloureuse touchant les genoux, le rachis, les épaules et le thorax, et pas uniquement la zone costale. Cela étant, dès lors que le diagnostic de la fibromyalgie doit être posé à l'issue d'une procédure structurée réalisée au moyen des indicateurs, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence, et que l'aggravation généralisée des douleurs semble avoir eu lieu avant que la décision entreprise ne soit rendue, il y a lieu de constater que cet aspect de l'état de santé de l'assuré doit faire l'objet d'un complément d'instruction.

b) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, au vu des incohérences qui perdurent dans cette situation complexe. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet psychiatrique, rhumatologique, orthopédique et de

médecine interne, afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assuré et leurs effets sur sa capacité de travail passée et future, ainsi que d'évaluer la situation dans son ensemble, étant précisé que les effets d'une éventuelle fibromyalgie doivent être évalués sur la base de la procédure structurée, au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.1).

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) aa) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, 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. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6 ; 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 et les arrêts cités).

bb) Le recourant a requis que les frais du rapport d'expertise privée soient mis à la charge de l'OAI, sans toutefois formuler de conclusions formelles au pied de son recours. Cela étant, il apparaît que cette expertise a permis de mettre en lumière les lacunes de l'instruction menée par l'OAI et de justifier le renvoi de la cause pour instruction complémentaire, ce que l'OAI a au demeurant admis. Les frais du rapport d'expertise, par 3'500 fr. au vu de la facture établie le 11 avril 2024, seront par conséquent mis à la charge de l'OAI.

d) 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 29 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Les frais de l'expertise privée, par 3'500 fr. (trois mille cinq 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 A. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 à :

- Me Nicolas Bruder (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :