

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé en qualité de conseiller en prévoyance professionnelle auprès de Q._____ SA depuis le 16 juin 2014, a déposé le 23 mars 2016 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une incapacité de travail depuis le 24 novembre 2015 en raison d'un burnout.

Le 20 mai 2016, la Dre W._____, médecin généraliste traitante de l'assuré, a indiqué à l'OAI que son patient avait développé en 2015 des troubles du sommeil, une anxiété généralisée, un manque d'entrain et de motivation au travail, ainsi qu'un sentiment d'impuissance dans le cadre d'un épuisement professionnel. Elle a posé le diagnostic de dépression sévère, qui était en amélioration à la date de son rapport et pour lequel il était suivi au Centre M._____. Elle a attesté d'une incapacité de travail depuis le 24 novembre 2015.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, cosigné par les Drs S._____ et O._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au Centre M._____, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été posé, avec la précision que l'assuré décrivait des troubles du sommeil importants, une anhédonie, des angoisses, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une perte de confiance en lui. Ces médecins ont attesté une capacité de travail nulle, ajoutant à cet égard qu'une reprise progressive dans une activité moins stressante et correspondant aux valeurs de l'assuré était exigible.

Le 29 août 2016, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre d'une expertise ordonnée par l'assureur perte de gain en cas de maladie. Dans son rapport d'expertise du 30 août 2016, ce médecin a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission partielle. Comme

facteurs influençant l'état de santé de l'assuré et sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné des difficultés liées à l'emploi et au chômage et une accentuation de certains traits de la personnalité, traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés. L'expert a conclu à une capacité de travail nulle jusqu'au 30 septembre 2016, et estimé qu'une reprise de travail était envisageable à 50 % du 1^{er} octobre au 31 octobre 2016, puis à 100 % dès le 1^{er} novembre 2016, précisant que la profession exercée jusqu'alors était une activité adaptée d'un point de vue purement psychiatrique. En cas d'évolution négative, un monitoring sanguin devrait selon lui être réalisé et éventuellement une hospitalisation effectuée, avec prolongation des arrêts maladies, mais cette possibilité lui apparaissait comme peu probable au moment de l'expertise.

Dans un rapport du 21 novembre 2016, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'un état dépressif, épisode modéré en rémission partielle depuis novembre 2015, et de gonalgies droites sur séquelles d'un accident de la route survenu vingt ans plus tôt. L'activité habituelle était exigible selon elle à 50 %, avec un rendement diminué dans un premier temps, mais il lui semblait préférable d'envisager des mesures de réinsertion accompagnées par l'assurance-invalidité ou une reconversion dans une profession moins stressante.

Le 22 août 2017, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI suivre l'assuré depuis mars 2017 pour un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive, une suspicion de dysthymie et un antécédent de burnout. L'état de santé de son patient s'était aggravé en juin 2017 à la suite de la mort de son neveu. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'entraînement à l'endurance à compter du 2 octobre 2017 auprès de U._____.

Le 9 avril 2018, la Dre N._____ a rappelé à l'OAI que les symptômes anxieux dépressifs de l'assuré s'étaient aggravés, en se

référant à son rapport d'août 2017, et a demandé l'octroi d'une rente temporaire en faveur de son patient le temps que les troubles du sommeil, l'humeur et la fatigue s'améliorent.

Le 30 avril 2018, répondant à un questionnaire de l'OAI, la Dre N. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif moyen, précisant que les limitations fonctionnelles étaient une fatigue, des difficultés de concentration et un problème d'endurance.

Il ressort du rapport final du 12 juillet 2018 de U. _____ que l'arrêt de la mesure d'entraînement à l'endurance a été décidée en juillet 2018, dès lors que la situation de l'assuré ne s'était pas suffisamment améliorée pour lui permettre d'atteindre l'objectif fixé quant à son taux de présence.

L'OAI a par la suite mis en œuvre une expertise psychiatrique qui a été confiée au Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce cadre, l'assuré a été examiné le 3 juillet 2019 par l'expert qui a rendu son rapport le 7 novembre 2019. Le Dr H. _____ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation en rémission et de personnalité avec traits anxieux. Concernant la capacité de travail, il a relevé qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'expert K. _____ et a conclu à une capacité de travail nulle dès le 24 novembre 2015, puis de 50 % dès le 1^{er} octobre 2016 et à une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2017.

Se déterminant le 27 janvier 2020 sur le dossier, le Dr C. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que l'expertise du Dr H. _____ était superposable à celle du Dr K. _____ et qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter.

Dans un projet de décision du 4 février 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait le droit à une demi-rente du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017. Il a retenu que l'assuré avait présenté une

incapacité de travail durable dès le 24 novembre 2015 et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, le 24 novembre 2016, l'incapacité de travail était de 50 %, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente limitée jusqu'au 31 mars 2017, dès lors que son état de santé s'était amélioré à compter du 1^{er} janvier 2017 avec la récupération d'une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative.

Par courrier du 16 avril 2020, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant notamment la valeur probante de l'expertise du Dr H. _____ et sollicitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Le 9 juillet 2020, il a déposé des déterminations complémentaires auxquelles il a joint un rapport établi le 4 juillet 2020 par la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce document, cette médecin a indiqué avoir été mandatée par l'assuré pour une évaluation diagnostique eu égard aux expertises figurant au dossier. Au fil des séances, l'assuré avait établi un lien de confiance et exprimé le souhait d'être suivi par elle sur le plan thérapeutique, ce qu'elle pourrait lui proposer à la rentrée. Elle a émis des critiques à l'encontre des expertises des Drs K. _____ et H. _____, dont elle ne partageait pas les appréciations. Pour sa part, elle a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, insomnie non organique et trouble mixte de la personnalité (anxieuse, dépendante et anankastique). Elle a également retenu des difficultés liées à l'emploi, soit des craintes concernant une reprise de travail, qui influençaient négativement sur la capacité de travail de l'assuré. Comme facteurs sans répercussion directe sur la capacité de travail, elle a mentionné des difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par des personnes étrangères à son entourage immédiat, des difficultés liées à des possibles sévices physiques infligés à un enfant, d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse, une surveillance inadéquate de la part des parents, une éducation dans une institution, une pression parentale inappropriée et d'autres défauts de l'éducation. Elle a conclu à une totale incapacité de travail.

Par décision du 27 janvier 2021, l'OAI a confirmé le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017.

B. Par acte du 1^{er} mars 2021, G._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} novembre 2016 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Il a contesté principalement la valeur probante des expertises sur lesquelles s'est appuyé l'intimé pour rendre sa décision. S'agissant plus spécifiquement de l'expertise effectuée par le Dr H._____, il a fait valoir que cet expert rendait systématiquement des conclusions en défaveur des assurés et que son rapport d'expertise était incomplet, insuffisamment motivé, comportait de nombreuses erreurs et omettait des éléments pourtant déterminants. Il a ajouté que les conclusions de l'expert étaient contredites par la Dre Z._____ et les diagnostics contraires à ceux posés par plusieurs médecins traitants. A titre de moyens de preuve, il a sollicité notamment la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, la tenue de débats publics et son audition afin que la Cour se rende compte de l'importance des atteintes à la santé.

Dans sa réponse du 28 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, exposant notamment que les rapports d'expertise avaient pleine valeur probante et que la Dre Z._____ ne faisait que se livrer à une évaluation différente d'une même situation.

Le 3 juin 2021, le recourant a répliqué en maintenant ses conclusions. Il a exposé que des examens neuropsychologiques étaient en cours et qu'il attendait des rapports médicaux qu'il se réservait de

produire. A l'appui de sa réplique, il a joint un rapport de la Dre Z. _____ du 11 mai 2021, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'état de stress post-traumatique, et de modification durable de la personnalité, en sus des diagnostics d'insomnie non organique et de trouble mixte de la personnalité retenus précédemment. Dans ce rapport, la Dre Z. _____ a notamment évoqué une aggravation de l'état de santé du recourant lors des dernières séances et le pronostic d'une amélioration lui semblait compromis.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 1^{er} juillet 2021 et a produit un avis du 28 juin 2021 du Dr C. _____ du SMR. Selon l'intimé, le rapport médical de la Dre Z. _____ ne faisait pas état d'éléments objectivement vérifiables, rattachés à la période prévalant jusqu'à la décision. Le Dr C. _____ n'était au demeurant pas convaincu par l'aggravation objective, compte tenu des éléments fournis par la psychiatre traitante.

Le 2 juillet 2021, le recourant a produit des rapports médicaux de la Dre V. _____, médecin généraliste, du 18 juin 2021, de la Dre W. _____ du 25 juin 2021, et de Dres L. _____, médecin agréé, et X. _____, médecin associée, au Centre F. _____ du 29 juin 2021. Il ressort de ces rapports que les médecins précités se ralliaient à l'appréciation de la Dre Z. _____ sur la capacité de travail du recourant.

Dans ses déterminations du 12 juillet 2021, l'intimé a maintenu sa position, estimant que les affections évoquées par les médecins traitants étaient déjà connues et avaient déjà été prises en considération.

Le 23 août 2021, le recourant a déposé une écriture complémentaire. Il a par ailleurs produit un rapport d'évaluation psychologique du 30 juin 2021 de la Dre L. _____ et de la psychologue T. _____ du Centre B. _____, concluant à un déficit attentionnel et mnésique surtout au niveau visuel, ainsi qu'un rapport du 19 août 2021 de

la Dre Z._____ expliquant les arguments en faveur des diagnostics posés par elle.

Le 1^{er} septembre 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions en se référant à un avis du 31 août 2021 du Dr C._____ du SMR qu'il a joint à son écriture.

Le 1^{er} novembre 2021, le recourant a déposé de nouvelles déterminations et a produit un rapport du 18 octobre 2021 de la Dre L._____ et de la psychologue T._____ relatif à leur évaluation du 30 juin 2021.

Le 22 novembre 2021, l'intimé a maintenu sa position, considérant qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause son appréciation.

Le 11 janvier 2022, le recourant a déposé des observations complémentaires.

Le 27 janvier 2022, l'intimé a produit un avis du 25 janvier 2022 du Dr C._____ du SMR se déterminant sur le rapport de la Dre L._____ et de la psychologue T._____.

Dans des observations spontanées du 18 février 2022, le recourant a critiqué la formation du Dr C._____ du SMR selon lui sans formation FMH, sans autorisation de pratiquer dans le canton de Vaud et sans spécialisation psychiatrique ou neuropsychologique.

L'intimé s'est déterminé à ce sujet dans un courrier du 2 mars 2022. Il a confirmé que le Dr C._____ disposait de toutes les autorisations nécessaires pour fonctionner comme médecin de dossier au sein du SMR et que la jurisprudence n'exigeait pas d'un médecin qui donnait un avis sur les pièces du dossier de disposer de la spécialisation requise. Il a maintenu pour le surplus ses conclusions en rejet du recours.

C. La juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique qui a été mise en œuvre auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint les services du neuropsychologue J._____.

Dans son rapport d'expertise du 19 avril 2023, le Dr D._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif persistant (F34.1) et de trouble personnalité évitante (anxieuse) (F60.6) selon les critères du DSM-5. Concernant la capacité de travail, il a conclu qu'elle était de 40 % depuis le 24 novembre 2015, baisse de rendement y compris, jusqu'à la décision de refus de prestations du 27 janvier 2021, dans l'activité professionnelle exercée à l'époque par le recourant. Dans une activité impliquant des tâches plutôt simples, ne sollicitant pas de manière trop importante les capacités d'organisation du recourant, la capacité de travail devrait être de 50 % selon l'expert.

Dans une écriture du 22 mai 2023, le recourant a indiqué que l'expertise judiciaire lui paraissait très complète et très bien motivée sur le plan médical, mais que la prise de position de l'expert sur la capacité de travail ne semblait guère compatible avec les exigences du marché primaire du travail en raison des limitations fonctionnelles. Il a sollicité un complément d'expertise portant exclusivement sur les conséquences des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail sur le premier marché du travail.

Se déterminant à son tour sur l'expertise judiciaire dans une écriture du 30 mai 2023, l'intimé a déclaré ne pas avoir de raisons de s'écarter des résultats ressortant de l'expertise. Il a produit un avis du 23 mai 2023 du Dr C._____ du SMR adhérent aux conclusions de l'expertise.

Par courrier du 6 juin 2023, la juge instructrice a informé les parties que la requête du recourant tendant à un complément d'expertise était rejetée par appréciation anticipée des preuves, un tel complément n'étant pas nécessaire pour statuer.

D. Une audience de débats publics et de jugement a eu lieu le 23 novembre 2023, en présence du recourant et de son conseil uniquement, l'intimé ayant été dispensé de comparaître à l'audience. A cette occasion, le recourant a produit un rapport du 18 novembre 2023 de la Dre Z._____ et a plaidé sa cause.

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 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 l'étendue du droit du recourant à une rente d'invalidité.

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^{er} 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) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

c) 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).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b).

D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche".

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7). Cependant, là

encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (TF 8C_772/2020 précité consid. 3.3 et les références).

d) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

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

5. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la

personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 les références citées). 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. 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^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

7. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une pleine capacité de travail sur le plan physique. Seule est litigieuse l'incidence de son atteinte psychique sur sa capacité de travail. A ce sujet, l'intimé s'est fondé sur les expertises des Drs K._____ et H._____ pour retenir que le recourant avait présenté une capacité de travail nulle depuis le 24 novembre 2015 et que son état de santé s'était par la suite amélioré au point de permettre une reprise de travail à 50 % dès le 1^{er} octobre 2016, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2017.

Le recourant a été mis en arrêt de travail par son médecin traitant le 24 novembre 2015 pour une dépression sévère secondaire à un épuisement professionnel. Dans son rapport d'expertise du 30 août 2016, le Dr K._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission partielle. Selon lui, la capacité de travail était toujours nulle au moment de l'expertise, mais une reprise du travail auprès d'un autre employeur était

envisageable à 50 % du 1^{er} octobre au 31 octobre 2016, puis à 100 % dès le 1^{er} novembre 2016, sans diminution de rendement. Si le pronostic lui semblait donc favorable, il n'excluait cependant pas une évolution négative avec prolongation des arrêts maladie (cf. p. 19 du rapport d'expertise). Or les rapports médicaux subséquents des médecins traitants ne font pas état d'une amélioration, bien au contraire. En août 2017, la Dre N._____ a indiqué que le recourant était toujours suivi pour un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive et que la situation s'était aggravée en juin 2017 à la suite de la mort de son neveu. En avril 2018, cette spécialiste a informé l'intimé d'une aggravation des symptômes anxieux dépressifs de son patient et a demandé la mise en place temporaire d'une rente, dans l'attente que les troubles du sommeil s'améliorent, de même que l'humeur et la fatigue. En juillet 2018, il a été décidé d'arrêter la mesure de réentraînement à l'endurance initiée en octobre 2017, la situation du recourant n'étant pas jugée suffisamment améliorée pour lui permettre d'atteindre l'objectif fixé quant au taux de présence. L'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique réalisée en juillet 2019 par le Dr H._____, qui a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation en rémission et de personnalité avec traits anxieux. Concernant la capacité de travail, il a indiqué qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de l'expertise du Dr K._____, mais son rapport est peu motivé, en particulier sur l'évolution de la capacité de travail. Par ailleurs, alors que le Dr K._____ prévoyait une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} novembre 2016, le Dr H._____ a fixé une reprise à plein temps à compter du 1^{er} janvier 2017, sans expliquer cette différence. Enfin, le Dr H._____ ne discute pas vraiment l'aggravation évoquée par la psychiatre traitante en 2017 et 2018. Dans son rapport du 4 juillet 2020, la Dre Z._____ a relevé d'autres éléments qui sont de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert H._____. Ce dernier n'a notamment pas expliqué pourquoi il écartait un trouble dépressif récurrent, alors qu'un état dépressif avait été signalé en 2016 par la Dre P._____, qu'une dépression modérée avait été relevée par la Dre N._____ en avril 2018 et que le score à l'échelle Hamilton au moment de l'expertise correspondait à une dépression légère. L'anamnèse est par ailleurs incomplète, en particulier concernant les abus sexuels subis par le

recourant durant son enfance. Le rapport d'expertise du Dr H. _____ apparaît dans l'ensemble insuffisamment motivé. Pour sa part, la Dre Z. _____, qui a été mandatée par le recourant pour effectuer une évaluation de la situation au regard notamment des expertises figurant au dossier, avant de devenir sa psychiatre traitante, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, une insomnie non organique et un trouble mixte de la personnalité (anxieuse, dépendante et anankastique), qui entraînaient selon elle une totale incapacité de travail.

L'expertise du Dr H. _____ s'avérant insatisfaisante pour se positionner à satisfaction de droit et les autres éléments du dossier ne permettant pas non plus de statuer en toute connaissance de cause, une expertise judiciaire a été confiée au Dr D. _____.

b) L'expert D. _____ a procédé à une étude circonstanciée du cas sur l'ensemble du dossier médical, qu'il a résumé. Il a en particulier examiné l'assuré à trois reprises, les 14, 21 et 28 mars 2023, et s'est fondé également sur l'évaluation neuropsychologique réalisée par le Dr J. _____ dans le cadre de l'expertise. Il a tenu compte des plaintes et déclarations du recourant, a décrit son quotidien et dressé une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel que professionnel, social et médical. Il a ensuite exposé de manière détaillée et motivée les diagnostics de trouble dépressif persistant (F34.1) et de trouble de personnalité évitante (anxieuse) (F60.6) qu'il a posés en se référant aux critères du DSM-5. Il a discuté les diagnostics retenus par les autres médecins et expliqué les raisons l'ayant conduit à écarter les diagnostics qu'il a exclus (rapport d'expertise, p. 24 et 25). Il a notamment exposé que le diagnostic de trouble dépressif persistant n'était pas en contradiction avec celui de dépression sévère à moyenne, en rémission, posé par le médecin traitant en 2016, dès lors que le recourant avait par la suite évolué vers un tableau chronique moins grave, sans toutefois aller vers une rémission totale. Le trouble de l'adaptation mentionné par le Centre M. _____ en juillet 2016 et le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenu par le Dr K. _____ en août 2016 n'étaient pas non plus en opposition avec le diagnostic posé par le

Dr D._____. Au sujet du trouble de l'adaptation, l'expert a expliqué que ce diagnostic se posait lorsqu'il y avait des symptômes le plus souvent dépressifs et/ou anxieux de peu de gravité qui étaient réactionnels à un facteur de stress connu et pouvait désigner le tableau clinique présenté par les sujets se plaignant d'un burnout. Ce trouble pouvait évoluer vers un trouble dépressif persistant avec détresse anxieuse lorsqu'il s'installait dans la durée, comme en l'occurrence. Le Dr N._____, qui avait retenu en août 2017 un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive associée à une suspicion de dysthymie et des antécédents de burnout, était par ailleurs cohérent avec le trouble dépressif persistant constaté par l'expert. Ce dernier a aussi relevé que la Dre Z._____ mentionnait un trouble mixte de personnalité qui ne figurait pas dans le DSM-5, mais qui n'était pas en contradiction avec le trouble personnalité évitante (anxieuse) et des traits de personnalité fortement accentués du registre de la personnalité dépendante et anankastique retenus dans le cadre de l'expertise judiciaire. Quant à l'insomnie non-organique, elle était expliquée par la pathologie psychiatrique du recourant, comme le relevait du reste les spécialistes du centre F._____ en juin 2021, de sorte que l'ajout de cette entité diagnostique n'était pas indispensable selon l'expert D._____ dans le cas d'espèce où les troubles psychiques avec insomnie remontaient à de nombreuses années. Le Dr D._____ a ensuite expliqué de manière étayée et convaincante pourquoi il ne pouvait pas se rallier aux diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après maladie psychiatrique (burnout) retenus par la Dre Z._____ après la décision de refus de prestations du 27 janvier 2021 (rapport d'expertise, p. 26 et 27). Si le Dr D._____ admettait que les traumatismes répétitifs de l'enfance avaient pu générer un trouble d'état de stress post-traumatique, tous les critères diagnostics pour retenir un tel trouble n'étaient manifestement pas réunis en l'espèce. Quant au concept de modification durable de la personnalité, il n'était pas admis dans les DSM et ne pouvait quoi qu'il en soit être retenu chez le recourant qui ne remplissait pas tous les critères d'un état de stress post-traumatique. Quant au Dr H._____, sans retenir de trouble de la personnalité, il soulignait les traits de personnalité anxieuse, ce qui allait dans le sens du trouble de personnalité retenu par l'expert D._____. A

cet égard, l'expert a relevé que le trouble de la personnalité du recourant était marqué et avait un impact négatif notamment sur ses relations personnelles, ce qui lui donnait valeur de maladie ; il était par ailleurs le socle de la chronicité de la pathologie anxiodépressive. En sus du trouble de la personnalité évitante (anxieuse), le recourant relevait des traits de personnalité accentués qui étaient devenus marqués et rigides au moins depuis le milieu des années 2010 (rapport d'expertise, p. 29).

L'expert D._____ a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques du recourant au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 5 supra). Il s'est prononcé sur la cohérence, relevant notamment qu'il n'y avait pas de discordances entre les plaintes actuelles et les limitations alléguées, même si la présentation du recourant pouvait toutefois être très changeante. L'expert s'est aussi déterminé sur la personnalité du recourant et ses ressources, ainsi que sur les traitements, le Dr D._____ relevant à cet égard que le traitement entrepris lui semblait adéquat et qu'il n'avait pas de proposition thérapeutique. Pour son évaluation, l'expert a par ailleurs tenu compte des limitations objectivées par l'examen neuropsychologique. Il a conclu que le tableau clinique du recourant avait justifié une incapacité de travail psychiatrique de 60 % depuis le 24 novembre 2015, baisse de rendement y compris, jusqu'à la décision de refus de prestations du 27 janvier 2021, dans l'activité professionnelle exercée à l'époque par le recourant. Dans une activité impliquant des tâches plutôt simples, ne sollicitant pas de manière trop importante les capacités d'organisation du recourant, la capacité de travail devrait être de 50 % selon l'expert.

Il y a ainsi lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr D._____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui conférer pleine valeur probante, ce qui est admis par l'intimé. Quant au recourant, il reconnaît que l'expertise est très complète et très bien motivée sur le plan médical.

c) Cela étant, le recourant estime que la capacité de travail retenue par l'expert D._____ ne semble pas compatible avec les exigences du marché primaire du travail en raison des limitations fonctionnelles induites par ses atteintes à la santé psychique. Il rappelle que les conséquences des insomnies dont il souffre, soit une importante fatigue et une absence d'endurance, l'empêchent de supporter les exigences d'un travail sur le marché primaire du travail. Selon lui, seule une activité occupationnelle est envisageable au regard des limitations objectivées à l'examen neuropsychologique. Il soutient aussi que sa fragilité face aux facteurs de stress et son impossibilité de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle dans le premier marché du travail, surtout en cas de tension au travail, sont incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle même au taux de 40 %. Enfin, les comportements d'évitement sur le plan social et d'inhibition sociale empêchent selon lui toute relation avec un employeur et partant toute activité sur le premier marché du travail.

Il ressort du rapport d'examen neuropsychologique du Dr J._____ que la ressource la plus affectée est l'endurance du fait de la fatigabilité, qui induit une altération des capacités attentionnelles et de mémoire de travail apparaissant en cours de journée. Cela impacte la capacité de travail du recourant en nombre d'heures de travail réalisables dans la journée mais le rendement est préservé durant ces heures travaillées. De telles limitations ne sont pas incompatibles avec l'exercice d'activités administratives comme celles exercées par le recourant jusqu'en 2015 selon le Dr J._____. La capacité d'adaptation aux règles et routines d'une activité professionnelle dans le premier marché du travail peut être altérée selon le Dr D._____ sur la durée et à plein temps, ce qui n'est pas en opposition avec la capacité de travail partielle retenue par l'expert. La lecture du rapport d'expertise du Dr D._____ ne laisse aucun doute sur le fait que ce dernier a pris en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant, y compris celles mises en évidence par l'examen neuropsychologique, dans son appréciation sur la capacité de travail qui est convaincante. Par ailleurs, rien au dossier ne permet de s'écarter de l'appréciation de l'expert D._____, étant rappelé que c'est

aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.1). En l'espèce, il y a lieu de retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle compatible non seulement avec l'activité exercée précédemment, mais aussi avec d'autres activités lucratives, le marché du travail équilibré comprenant un grand nombre d'activités simples ne comportant pas d'exigences particulières, notamment au niveau de la capacité de concentration et de mémoire. Pour le surplus, au vu des ressources et limitations fonctionnelles retenues par l'expert, qui ne sont pas contestées, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que la nature et l'importance de sa pathologie constitueraient des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché équilibré du travail.

d) Le rapport du 18 novembre 2023 de la Dre Z. _____ produit à l'audience du 23 novembre 2023 ne permet pas d'apprécier la situation différemment. Dans ce document, la psychiatre traitante se réfère tout d'abord à son rapport du 4 juillet 2020 dans lequel elle avait exposé les raisons la conduisant à attester une capacité de travail nulle dans toute activité, ainsi qu'à son rapport du 11 mai 2021 faisant état d'une dégradation de l'état de santé du recourant au printemps 2021 et attestant toujours une incapacité de travail totale. Or ces documents ont été pris en compte par l'expert D. _____, qui s'est déterminé sur les diagnostics retenus par la psychiatre traitante et a expliqué son appréciation diagnostique différente, comme vu précédemment. Par ailleurs, la psychiatre traitante ne fait pas état d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert. Elle évoque en particulier des séquelles du burn-out de 2015, des événements traumatiques vécus par le recourant durant son enfance, ainsi que l'insomnie non organique présente depuis l'enfance, qui sont des éléments mentionnés dans le rapport d'expertise du Dr D. _____. La psychiatre traitante liste ensuite des symptômes induits par le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode dépressif sévère survenu au printemps 2021, sans réellement motiver ce diagnostic. Elle n'étaye pas davantage les

limitations fonctionnelles qu'elle énumère. Or, le 28 mars 2023, l'expert avait relevé un score de 20 à l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton, ce qui correspondait à un épisode dépressif moyen. Rappelons encore que l'expert s'est déterminé sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant en se fondant non seulement sur les déclarations de l'intéressé, mais aussi sur les pièces versées au dossier, sur ses propres constatations, et sur l'évaluation neuropsychologique réalisée en mars 2023 par le Dr J._____, qui n'a pas permis d'objectiver les limitations listées par la psychiatre traitante.

e) Concernant l'audience du 23 novembre 2023, dans la mesure où le recourant a déploré que l'intimé n'ait pas été présent, il sera précisé que l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) ne comporte pas une obligation du tribunal d'imposer à la partie adverse de comparaître à l'audience (TF 9C_265/2020 et 9C_278/2020 du 11 décembre 2020 consid. 3 et la référence citée).

f) En définitive, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 40 % depuis le 24 novembre 2015 dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité simple sans sollicitation importante des capacités d'organisation. Cela étant, compte tenu de son expérience professionnelle, de son âge, et du degré d'exigibilité relativement faible, c'est dans son activité habituelle qu'il sera le plus à même de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Par ailleurs, compte tenu de son obligation de réduire le dommage, on peut attendre de lui qu'il travaille à 40 % dans son ancienne profession, ce qui lui permettrait d'obtenir un revenu plus élevé que celui qui serait le sien dans une activité adaptée au taux de 50 % si l'on se base sur les données salariales statistiques issues de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique). Pour la détermination du degré d'invalidité, il y a donc lieu de comparer le revenu que le recourant percevait dans l'activité de conseiller en prévoyance professionnelle exercée avant l'atteinte à la santé avec le revenu qu'il pourrait réaliser dans cette même activité au taux de 40 %. Dans la

mesure où l'incapacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle de conseiller en prévoyance professionnelle se confond avec son incapacité de gain, il convient de lui reconnaître le droit à trois-quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2016, compte tenu du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI).

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'un complément d'expertise. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée. Il n'y a pas non plus lieu d'étendre la procédure à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant survenue après la décision entreprise, dès lors que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Il incombe au recourant de déposer une demande de révision s'il estime que son état de santé a évolué au point d'entraîner une incapacité totale de travail, comme il le soutient dans ses observations du 22 mai 2023.

9. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente à compter du 1^{er} novembre 2016.

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 mettre à la charge de la partie intimée, qui succombe.

c) Le recourant qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié a droit à une indemnité de dépens réduite (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'000 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 l'intimé.

d) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction

administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire en raison des lacunes de l'expertise du Dr H. _____ (cf. consid. 7a supra). Ces lacunes auraient dû conduire le SMR à porter un regard plus critique sur les conclusions de l'expertise du prénommé, d'autant plus que les arguments soulevés par la Dre Z. _____ étaient de nature à faire douter de l'appréciation de l'expert. L'expertise judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il se justifie de mettre la totalité des frais de ladite expertise à la charge de l'office intimé, soit les honoraires de l'expert, par 7'692 fr. (facture du Dr D. _____ du 19 avril 2023) et les honoraires du neuropsychologue, par 1'630 fr. 65 (facture du Dr J. _____ du 3 avril 2022 [recte : 2023]), pour un total de 9'322 fr. 65.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 27 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que G. _____ a droit à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2016.

- 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.** Les frais d'expertise, à hauteur de 9'322 fr. 65 (neuf mille trois cent vingt-deux francs et soixante-cinq centimes), 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 une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à G. _____ à titre de dépens partiels.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :