

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, marié et père de quatre enfants nés entre 1989 et 2009, sans formation professionnelle, travaillait depuis le 17 novembre 2006 à plein temps auprès d'[...] en qualité de chauffeur poids lourd et, simultanément, depuis le 2 juillet 2007 à plein temps également auprès de la société [...] en qualité de chauffeur poids lourd et déménageur.

Le 31 août 2009, K._____ (ci-après : K._____), assureur perte de gain maladie de l'employeur [...], a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI datée du 27 août 2009 tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle, laquelle faisait état d'une atteinte à la santé existant depuis le 1^{er} juin 2009 et décrite comme suit : « Perte de connaissance (cardiaque ou/et épilepsie) ».

Par rapport reçu par l'OAI le 7 octobre 2009, la médecin traitante de l'assuré, Dre W._____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de malaise sur probable crise épileptique et de traumatismes crâniens. Elle a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} au 30 juin 2009 ainsi que depuis le 29 juillet 2009. D'après elle, le pronostic était réservé dans la profession de chauffeur mais l'assuré était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée, à savoir une activité sans conduite automobile, sans maniement d'engins dangereux et sans situation périlleuse (toitures, pilônes, etc.).

Par rapport du 9 novembre 2009 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de très probable épilepsie partielle complexe avec généralisation secondaire et de status post multiples traumatismes crâniocérébral. Il a déconseillé l'activité de chauffeur poids lourd pour une personne qui souffrait d'épilepsie et a relevé que l'assuré avait interdiction de conduire pour une durée d'au moins deux ans. Le médecin a relevé que l'assuré n'avait pas de restriction physique et qu'il devait bénéficier de

mesures de réadaptation professionnelle dans une profession ne menaçant pas la vie en cas de crise épileptique survenant à sa place de travail (conduite, travail en hauteur ou sur des échelles/échafaudages, travail avec des machines dangereuses, etc.).

Aux termes d'un rapport du 9 décembre 2009, le Dr T._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu chez l'assuré un malaise sur probable crise épileptique à titre d'atteinte principale à la santé. En ce qui concernait l'activité habituelle, le Dr T._____ a retenu que la capacité de travail exigible en tant que chauffeur était nulle, mais qu'elle s'élevait à 100 % dès le mois de juin 2009 si le poste était adapté aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité qui ne l'exposait pas à des dangers de chute et qui ne nécessitait pas le permis de conduire professionnel.

Par décision du 12 mars 2010, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, son degré d'invalidité étant inférieur à 40 %.

B. A la suite d'une procédure de détection précoce introduite le 16 avril 2018 à l'initiative de la Dre W._____, l'assuré a déposé le 18 juin 2018 une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état à titre d'atteinte à la santé d'un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu le 7 février 2018. Il ressort de cette demande que l'assuré exerçait toujours la profession de chauffeur poids lourd/déménageur auprès de [...] à temps complet au moment de l'évènement du 7 février 2018.

Avec sa nouvelle demande, l'assuré a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport intitulé « informations à fournir au patient en vue du retour à domicile », établi le 15 février 2018, par lequel la Dre B._____, cheffe de clinique adjointe au Service de neurologie du Centre hospitalier V._____ (ci-après : le V._____), et le Dr M._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de probable accident ischémique

transitoire (AIT) pontique bilatéral d'origine indéterminée. Ils ont ajouté que le patient présentait des risques d'AVC et indiqué à titre de symptômes à surveiller l'apparition aiguë ou au réveil de paralysie, de troubles de la vue, de trouble du langage et de vertiges rotatoires. Ils ont en outre contrindiqué la conduite automobile jusqu'à réévaluation le 6 mars 2018 ;

- un certificat du 15 février 2018, à teneur duquel le Dr M._____ a certifié que l'assuré avait séjourné dans son service du 8 au 15 février 2018 et qu'il bénéficiait d'un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 16 mars 2018 pour raison médicale ;

- un rapport du 15 mai 2018, selon lequel le Prof. F._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que les médecins consultés par l'assuré au V._____ en février 2018 avaient posé le diagnostic d'AIT mineur. Pour sa part, il a retenu un AVC avec hémisyndrome à prédominance faciobrachiale droite avec une dysarthrie mais aussi une extropie de l'œil droit et une ptose palpébrale « suggérant un III droite alors que l'hémi-symptomatologie sensitivomotrice était également à droite, évoquant des lésions bilatérales du tronc ». Il était d'avis que la parésie du bras droit et de la jambe droite de l'assuré était résiduelle à l'AVC du 7 février 2018, tout comme l'hémisyndrome sensitif, qui expliquerait ses difficultés et son insécurité, par exemple pour descendre un escalier. Le Prof. F._____ a également fait état du développement par l'assuré d'un bégaiement six semaines après son AVC, alors que celui-ci n'avait jamais bégayé dans sa jeunesse, d'un manque de mot, d'une réduction de la fluence verbale, ainsi que de deux épisodes de tremblements du bras droit d'une durée d'au moins deux heures. Il a ainsi recommandé la mise en œuvre d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, d'un électroencéphalogramme, ainsi qu'une investigation cardiologique. Il a également préconisé une thérapie intensive avec physiothérapie, ergothérapie et logopédie.

Par rapport du 6 septembre 2018 à l'OAI, la Dre C._____, médecin assistante au Service de neurologie du V._____, a posé le

diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail d'AVC depuis le 7 février 2018 et a attesté une incapacité de travail pour l'activité de chauffeur de camion. Elle a joint à son envoi plusieurs pièces, dont un rapport du 6 mars 2018, par lequel les Drs D._____, médecin chef du Service de neurologie du V._____, la Dre B._____ et le Dr M._____ ont posé le diagnostic principal de probable AIT mineur de la fosse postérieure, sans lésion à l'imagerie, avec ptose palpébrale et exotropie droit, parésie faciale droite, hypoesthésie faciale droit, dysarthrie et troubles de la marche le 7 février 2018 d'origine indéterminée, ainsi que le diagnostic secondaire de tabagisme actif. La Dre C._____ a également joint un rapport relatif à une consultation du 1^{er} mai 2018, par lequel le Prof. R._____, médecin adjoint au Service précité, et elle-même, ont posé le diagnostic de probable AVC mineur de la fosse postérieure ponto-mésencéphalique gauche, sans lésion à l'imagerie, symptomatique par une hémiparésie facio-brachio-crurale à droite avec dysarthrie et ptose palpébrale droite le 7 février 2018, de probable origine micro-angiopathique. Ils ont indiqué que les différents examens réalisés n'avaient pas révélé d'anomalie, mais que le bilan neuropsychologique d'évolution reçu en mars 2018 montrait la persistance de difficulté en mémoire à court terme et de travail et un déficit attentionnel, avec ralentissement idéo-moteur et signes de fatigabilité contrindiquant la reprise du travail comme chauffeur poids lourds et déménageur. La Dre C._____ a encore joint un rapport du 6 août 2018, par lequel la Prof. Q._____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du V._____, Mme J._____ et M. N._____, respectivement psychologue adjointe et psychologue assistant, ont indiqué qu'un examen neuropsychologique avait eu lieu le 24 juillet 2018. Cet examen avait mis en évidence la persistance d'un trouble attentionnel modéré à sévère caractérisé par un déficit en attention divisée et un défaut d'attention soutenue, associé à un fléchissement exécutif et à une légère dysarthrie chez un patient rapportant une thymie diminuée. Ces spécialistes ont relevé que, d'un point de vue strictement neuropsychologique, les performances étaient toujours de nature à contrindiquer la reprise de l'activité professionnelle impliquant la conduite de camion.

Aux termes d'un rapport du 27 septembre 2018 destiné à K._____, la Dre W._____ a posé le diagnostic avec incidence sur l'incapacité de travail d'hémi-parésie droite sur AVC, de troubles du langage et d'atteintes neuropsychologiques. Elle a indiqué que les limitations de l'assuré consistaient en une contraindication à la conduite automobile, des troubles du langage et une hémi-parésie droite et que le traitement se composait de physiothérapie et de logopédie. Selon elle, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle depuis le 8 février 2018 et on ne pouvait s'attendre à une reprise de cette activité, ni à une reprise dans une activité adaptée.

Par rapport du 8 octobre 2018 destiné à K._____, le Prof. F._____ a posé le diagnostic d'AVC pseudo-bulbaire avec hémisyndrome facio brachiale droit, dysarthrie et diplopie ptose le 7 février 2018. Il a indiqué que les limitations de l'assuré consistaient en un hémisyndrome moteur droit et une dysarthrie et que le traitement actuel comportait la prise d'Aspirine 100, de la logopédie, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. D'après lui, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 7 février 2018, une reprise de ladite activité pouvait être envisagée ultérieurement et il était trop tôt pour juger de l'exigibilité dans une activité adaptée.

Le SMR a questionné la Dre W._____ le 7 août 2019 au sujet de l'état de santé de l'assuré et de son évolution depuis le dernier rapport de septembre 2018. Le 26 août 2019, cette dernière a relevé que l'état de santé de son patient s'était légèrement amélioré et a posé les diagnostics de séquelles d'AVC avec hémisyndrome sensitivo-moteur droit, avec troubles de la marche et de la coordination et bégaiement, ainsi que d'état anxieux. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : « mouvements dystoniques du membre inférieur droit, avec diminution de la force et mouvements choréo-athétosiques augmentés au stress ». Le traitement consistait en la prise d'Aspirine cardio 100, d'Atorvastatine 20, de Remeron 15 et en de la physiothérapie et logopédie, la médecin traitante précisant que la compliance était excellente. Celle-ci a attesté

une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et a exposé qu'une activité adaptée à temps partiel était peut-être possible. Selon elle, l'assuré souffrait de difficultés liées au stress, mais une mesure de réadaptation sous la forme d'un essai de stage dans une activité adaptée pouvait être tentée, afin d'évaluer les capacités de ce dernier. La Dre W. _____ a ajouté qu'un retour à une capacité de travail à 100 % était peu probable. Elle a joint à son envoi diverses pièces, notamment des rapports du Prof. F. _____ établis les 4 janvier, 28 février et 3 juin 2019, un rapport d'expertise neurologique réalisé sur demande d'K. _____ le 17 juillet 2019 par le Dr X. _____, spécialiste en neurologie, ainsi qu'un rapport établi le 31 juillet 2019 par la Dre Q. _____, Mme J. _____ et Mme Z. _____, psychologue.

Dans son rapport précité du 4 janvier 2019, le Prof. F. _____ a constaté une légère amélioration de l'état de santé de l'assuré, celui-ci ayant pu reprendre la marche, ainsi que monter et descendre des escaliers en compagnie de son physiothérapeute. Il a relevé que les mouvements involontaires voire choréiques de la jambe droite s'étaient améliorés mais qu'ils survenaient de nouveau après des marches prolongées, que l'assuré était encore ataxique, surtout de la jambe droite, et que la course n'était toujours pas possible. Il a fait état d'un avis plutôt favorable à plus long terme, même pour la conduite de camion, relevant que l'intéressé n'était toutefois pas encore en état de reprendre le travail, surtout pas en tant que chauffeur poids lourd.

Dans son rapport du 28 février 2019, le Prof. F. _____ a relevé que le bégaiement et les tremblements du bras et de la jambe droites avaient complètement disparus, la parole restant encore un peu saccadée. D'après lui, l'état de santé de son patient s'était encore amélioré, mais il subsistait surtout un trouble de la marche avec des côtés apraxiques et ataxiques importants ainsi qu'un hémisyndrome dissocié gauche et un hémisyndrome moteur très discret à droite. Il a également indiqué que l'assuré bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique une fois par mois.

Par rapport du 3 juin 2019, le Prof. F. _____ a observé que l'assuré allait mieux sur tous les plans mais restait déficitaire. La course était désormais possible, même si elle était décoordonnée, et sa capacité de bricoler s'était également améliorée, l'assuré étant capable de faire des choses plus compliquées, en ayant en revanche besoin de plus de temps qu'auparavant. Il a relevé que la prise en charge psychiatrique avait été interrompue.

Le Dr X. _____ quant à lui, dans son rapport d'expertise du 17 juillet 2019 à K. _____, a posé les diagnostics de status après accident vasculaire ischémique du tronc cérébral, de possible intoxication chronique au monoxyde de carbone avec développement d'un syndrome extrapyramidal secondaire et d'état d'anxiété important. Il a relevé que les troubles neurologiques engendraient des difficultés de la coordination et de la déambulation et qu'ils étaient très nettement augmentés par le stress, de même que le bégaiement, présent durant l'entretien, était modulé par les émotions. D'après lui, l'assuré était en incapacité de travail totale dans l'activité de chauffeur poids lourd et déménageur. Le Dr X. _____ était d'avis qu'une activité adaptée n'était pas envisageable en l'état, cette situation pouvant être revue si des traitements dirigés face à ses dysfonctions extrapyramidales étaient tentés avec succès.

Il ressort en outre du rapport du 31 juillet 2019 précité de la Prof. Q. _____, ainsi que de Mmes J. _____ et Z. _____, que l'examen neurologique du 8 juillet 2019 avait mis en évidence une amélioration des performances en attention sélective et soutenue, malgré des scores demeurants déficitaires, ainsi qu'un amendement de l'atteinte en attention divisée. D'après elles, le reste des fonctions cognitives évaluées était globalement dans les normes. Elles ont retenu une globale amélioration du tableau cognitif, avec un trouble neuropsychologique léger à moyen, touchant les capacités attentionnelles sélectives et soutenues, et ont fait état d'une thymie diminuée et d'un suivi psychiatrique en cours. Selon elles, les ressources cognitives altérées sur le plan attentionnel étaient de nature à diminuer partiellement la capacité de travail.

Poursuivant l'instruction du dossier, le SMR a adressé une série de questions au Prof. F. _____ le 3 octobre 2019, auxquelles ce dernier a répondu le 25 novembre 2019, en se référant à son rapport du 17 septembre 2019 joint à son envoi. Aux termes de ce rapport, le Prof. F. _____ indiquait que l'examen neuropsychologique du 8 juillet 2019 montrait une amélioration des déficits attentionnels qui restaient toutefois pathologiques. D'après lui, le tableau cognitif était globalement en amélioration avec des troubles neuropsychologiques légers à moyens interférant avec sa capacité de travail. Au status ciblé, il existait toujours une chute au Mingazzini du bras droit, mais il n'y avait plus de pronation ; l'assuré parlait par moment presque normalement, il souffrait encore de fourmillements dans le pied droit mais ceux-ci s'étaient améliorés dans le bras et dans la jambe ; sa marche restait « bizarre », une dyscoordination des jambes à la marche étant présente, mais la forte diadococinésie s'était presque normalisée et les mouvements involontaires incessants des extrémités droites s'étaient arrêtées.

Par rapport du 17 février 2020 à la Dre W. _____, le Prof. F. _____ a en particulier relevé que son patient présentait une marche hautement pathologique avec une incapacité de courir et une dyscoordination des jambes à la marche, que son syndrome d'hypermotricité extrapyramidale avait disparu et qu'il restait toujours distractible avec un trouble attentionnel évident. Selon lui, l'état de son patient stagnait, aucune réelle amélioration n'étant survenue depuis juillet 2019, et ce dernier restait très clairement incapable de travailler. Il a ainsi proposé de continuer avec la physiothérapie et l'ergothérapie, précisant que bien qu'une amélioration soit possible, elle ne serait certainement pas majeure.

Par avis du 25 mars 2020, le Dr L. _____, du SMR, a expliqué qu'il ne comprenait pas pour quelle raison médicale une atteinte peu objectivée et déjà mineure lors de sa survenance, avec une amélioration constante depuis lors, permettant la conduite privée, voire professionnelle, engendrait une capacité de travail constamment nulle. Il a relevé qu'il

n'avait pas été possible de déterminer si les considérations du Dr X. _____ avaient réellement été prises en compte et les recommandations de traitement appliquées, malgré plusieurs demandes de renseignements adressées au Prof. F. _____, ce dernier indiquant finalement que la symptomatologie extrapyramidale s'était récemment spontanément amendée. Le Dr L. _____ a constaté le caractère fluctuant des diagnostics et de la symptomatologie rapportée sans explication médicale probante, ainsi que la faible cohérence entre les constatations médicales et les capacités de travail émises, et a, en conséquence, proposé qu'une évaluation spécialisée soit effectuée afin de déterminer l'atteinte incapacitante, les lésions fonctionnelles, les capacités de travail dans l'activité habituelle et adaptée, les traitements exigibles et l'évolution attendue. Il a finalement relevé que, sur le plan neuropsychologique, une capacité de travail actuelle de 60 % pouvait être retenue selon les critères de l'Association suisse des neuropsychologues.

Par rapport du 27 mai 2020, le Prof. F. _____ a indiqué que, deux ans et trois mois après l'AVC du tronc cérébral, l'état de son patient s'était amélioré mais qu'il restait toujours incapable de travailler dans son métier de chauffeur poids lourd et dans tout autre métier. Constatant toujours une lente amélioration, il a proposé de continuer avec la physiothérapie et l'ergothérapie.

Conséquemment à l'avis SMR du 25 mars 2020, l'OAI a mis sur pied une expertise neurologique auprès du centre d'expertises médicales P. _____, où l'assuré a été examiné le 3 août 2020 par le Dr S. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 28 septembre 2020, l'expert a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de polyneuropathie alcoolique et de neuropathie cubitale gauche sur instabilité du nerf au coude. Il a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status après probable AIT du tronc cérébral le 7 février 2018 et de status après cardiomyopathie rythmique, traitée efficacement en 2006. Le Dr S. _____ a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : un déséquilibre causé par la polyneuropathie, qui contraindiquait tout travail sur une échelle ou sur un échafaudage, ainsi

que tout déplacement dans des lieux non sécurisés pour la marche ; des troubles attentionnels démontrés par les examens neuropsychologiques qui pouvaient contraindre la conduite automobile, particulièrement professionnelle, contre-indication renforcée par l'alcoolisme chronique ; une diminution de l'habileté manuelle due à la lésion du nerf cubital gauche, en attendant la guérison après une intervention chirurgicale. L'expert était ainsi d'avis que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis février 2018, mais qu'elle était entière dans l'activité adaptée, soit un travail sédentaire, avec actuellement une diminution de l'habileté bimanuelle, dès la sortie du V. _____ le 15 février 2018. D'après lui, si une prise en charge de l'alcoolisme chronique n'était pas effectuée efficacement, il fallait s'attendre à une aggravation des troubles moteurs, sensitifs et probablement neuropsychologiques, et, ainsi, à une diminution de la capacité de travail. Le Dr S. _____ a motivé son analyse comme suit (p. 14ss) :

« • Evaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics.

Après une enfance misérable, la personne assurée n'a pas pu faire une formation qualifiante. Elle signale avoir été victime de plusieurs traumatismes crâniens, qui semblent n'avoir eu aucune conséquence, notamment il n'est jamais relaté dans les examens IRM de lésion typique post-traumatique.

Une notion de crises épileptiques a été mentionnée, mais jamais objectivée avec certitude. Leur description par la personne assurée ne permet pas de reconnaître avec un degré de certitude même faible de quelle crise il aurait s'agit. Quoi qu'il en soit, les malaises relatés ne s'étant plus manifestés, il n'y a donc pas de nécessité de traitement (seule une notion de 2 heures de tremblements est évoquée dans un rapport du Prof. F. _____ du 15.05.2018, apparemment sans conséquence, une crise épileptique même partielle de 2 heures est assez spectaculaire pour inquiéter et demander de l'aide, ce qui rend peu crédible que ce soit une manifestation épileptique).

Le 07.02.2018 est apparue une symptomatologie brusque comportant une ptose palpébrale, une exotropie de l'œil droit, une parésie faciale droite, des troubles de la sensibilité de l'hémiface droite, et un déséquilibre (vertiges). Par contre, au moment de l'hospitalisation le lendemain, il n'a pas été noté de persistance des déficits cliniques et les examens radiologiques étaient normaux, de même que le bilan étiologique, et il a été conclu à un possible accident ischémique transitoire (AIT) ponto-mésencéphalique bilatéral, sans

récidive de symptômes neurologiques durant l'hospitalisation du 08 au 15.02.2018.

La symptomatologie impliquait une atteinte unilatérale touchant le tronc cérébral, avec un dysfonctionnement de la partie supérieure droite para-centrale du pons, directement au niveau des noyaux ou de leurs fibres car l'atteinte faciale sans mention d'une atteinte des voies pyramidales indique que le dysfonctionnement était vraisemblablement proche du niveau des noyaux innervant sur le plan moteur et sensitif la face sur la face dorsale du pons et épargnant les voies pyramidales qui sont plus ventrales. Une telle région est vascularisée par des branches de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure (PICA), dont un dysfonctionnement expliquerait toute la symptomatologie.

Les examens radiologiques effectués dans la phase aiguë, soit angio-CT puis IRM, n'ont pas démontré de lésion aiguë, indiquant qu'il n'a pu s'agir au maximum que d'un accident ischémique transitoire (AIT) c'est-à-dire un dysfonctionnement transitoire sans lésion. Des nouvelles IRM ont été effectuées en mai 2018 et en 2019, ne décrivant aucune lésion au niveau du tronc cérébral.

Des examens neuropsychologiques sont effectués à 3 reprises, qui ont démontré des troubles attentionnels, de la mémoire de travail, lesquelles se sont atténuées selon le dernier examen de 2019 qui mentionnait également l'absence d'autre trouble cognitif. Ce genre de déficit est le moins spécifique possible et ne peut pas être relié à une pathologie particulière.

L'examen actuel démontre de façon claire une polyneuropathie typiquement alcoolique avec une sudation continue des pieds, des troubles de l'équilibre sur une baisse de la pallesthésie bilatérale et des sensibilités épicrotiques et thermique des 2 membres inférieurs.

Les examens biologiques démontrent notamment une augmentation significative de la CDT [Carbohydre Deficient Transferrin] (2,9% pour un maximum normal de <1,6%) et des gamma GT [glutamyl transférase]. Une augmentation de la CDT est spécifique d'une consommation chronique d'alcool.

Les signes typiques de la polyneuropathie ne sont pas mentionnés dans le rapport d'hospitalisation de février 2018 du V._____, ni dans les rapports subséquents. Cela implique que la consommation d'alcool a été particulièrement importante au cours de ces dernières années, depuis l'évènement de février 2018.

Des diagnostics d'hémisyn-drome facio-brachio-crural droit, de mouvements de type choréiques et d'une ataxie asymétrique droite, puis d'un syndrome extrapyramidal droit ont été posés à différents moments. Le présent examen n'en trouve aucun signe. La personne assurée présente une démarche grotesque, qui n'a pas de corrélation avec une symptomatologie neurologique précise, tout au plus il est possible de retenir une exagération du déséquilibre

crédible lié à sa polyneuropathie et à la baisse (encore modérée) de la pallesthésie.

Une atteinte du nerf cubital au coude à gauche est responsable d'une atrophie des muscles en dépendant dans la main gauche et d'une parésie significative des muscles en dépendant dans l'avant-bras qui peut être la cause d'une perte d'habileté de la main gauche et représente une gêne modérée dans le cadre de la capacité de travail. D'autre part, elle est probablement traitable après transposition du nerf. »

Par avis SMR du 23 octobre 2020, le Dr L._____ a notamment indiqué que l'expertise neurologique de P._____ était d'une grande qualité clinique et relevé que celle-ci discutait abondamment les diagnostics retenus précédemment.

Le 29 octobre 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 8 février 2018, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait en revanche être exigée, hormis pour la période du 8 au 15 février 2018, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de longue marche ou en terrain irrégulier, travail sédentaire, sans efforts importants et répétés, diminution de l'habileté de la main gauche, pas de conduite de véhicule professionnel. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé étant sans activité depuis plusieurs années. L'office s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, par exemple dans le domaine industriel léger (soit 67'766 fr. 67 selon les données de 2018), auquel il a appliqué un abattement de 15 % compte tenu de l'âge de l'assuré, de ses années de service et de ses limitations fonctionnelles, de sorte que le revenu d'invalidité a été fixé à 57'601 fr. 67. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé à la moyenne des revenus AVS de 2013 à 2017 et a retenu un montant de 60'092 francs. L'OAI a retenu que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 4,14 %,

inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'office a relevé que celui-ci existait lorsque le manque à gagner durable était encore de 20 % au moins malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible ne nécessitant pas de formation particulière ; or tel n'était pas le cas en l'espèce.

Le 9 novembre 2020, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné, estimant qu'il était illusoire qu'il puisse retrouver un emploi sans aide spécialisée, compte tenu de toutes ses restrictions et de son âge. Il a invoqué des difficultés à la marche, des troubles de la coordination, de l'élocution et de la concentration, ainsi que de l'anxiété, qui interféraient significativement avec ses activités quotidiennes. Il a informé l'OAI qu'un certificat de son neurologue traitant lui parviendrait prochainement.

Par courrier du 19 novembre 2020, Procap Suisse, Service juridique, a informé l'OAI qu'il avait été mandaté par l'assuré dans le cadre du présent litige.

Par rapport du 7 janvier 2021, le Prof. F. _____ a contesté la teneur du rapport d'expertise du Dr S. _____. Il a en particulier estimé que le diagnostic de polyneuropathie posé par l'expert était nouveau et devait être confirmée par un spécialiste en neurologie périphérique sur la base d'un électroneuromyogramme (ENMG). Selon lui, le trouble articulaire mentionné par l'expert correspondait à un bégaiement, lequel s'accroissait sous stress. Le médecin a également nié toute exagération de la part du patient, expliquant que les mouvements involontaires pouvaient être augmentés par le stress d'un examen d'expertise. Le Prof. F. _____ a résumé ses critiques comme suit (sic) :

« **SYNTHESE DE L'EXPERTISE effectuée par le Dr. S. _____, neurologue :**

Cette expertise comporte un **nombre important d'affirmations erronées et de contradictions**, tel que j'ai pu le démontrer ci-dessus.

- 1) L'expert parle d'AIT : or il ne tient absolument pas compte du fait que le patient a présenté de façon aiguë des troubles neurologiques persistants sous forme d'une parésie du bras droit et des déficits attentionnels attestés par plusieurs spécialistes en neurologie. Il ne s'agit donc pas d'un AIT mais d'un AVC cliniquement établi (sans lésion détectée à l'IRM).
- 2) Le déficit attentionnel mis en évidence suite à l'AVC du 7.02.2018 est **suffisamment sévère à interdire la conduire à ce chauffeur de camion professionnel, et plus récemment, suite à la présente expertise, également la conduite automobile.**
- 3) Il n'est donc pas correct de prétendre que cet AVC ne soit pas un diagnostic avec incidence sur la capacité de travail.
- 4) L'expert ne tient pas compte du syndrome brachio et surtout crural droit, ni des mouvements anormaux dont il suggère être générés par une « surcharge » psychologique.
- 5) La polyneuropathie découverte par l'expert est récente, alors que le trouble de l'équilibre était présent peu après l'AVC.
- 6) Ce chauffeur de camion lourd et ancien déménageur, qui a bénéficié d'une scolarité limitée, ne peut plus conduire, ni travailler sur une échelle ou échafaudage ni se déplacer dans les lieux non sécurisés pour la marche. **Il ne peut donc plus travailler ni comme camionneur ni comme déménageur dû à son AVC.**
- 7) Le patient serait depuis la sortie du V._____ le 15.2.2018 capable de travailler à 100% dans une activité « adaptée » sédentaire. Or, déjà lors de cette hospitalisation, une parésie distale du bras droit et des troubles attentionnels ont été attestés qui limitent même un travail sédentaire. **Il n'est donc pas correct de prétendre que le patient puisse travailler à 100% dans une activité sédentaire.** Ce qui devrait dès lors être mentionné dans les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail.
- 8) Le patient est suivi par une psychiatre et l'aspect psychiatrique, ni neuropsychologique pour lequel l'expert n'est pas un spécialiste n'ont été considérés.

L'expertise effectuée par le Dr S._____ étant diamétralement opposée à l'expertise du Dr X._____ ainsi qu'aux conclusions de mes propres examens, il me paraît indispensable qu'une tierce évaluation provenant d'une autre institution que le P._____ tenant compte également d'une évaluation psychiatrique soit réalisée. »

Par rapport du 14 janvier 2021, la Dre W._____ a notamment expliqué que l'assuré avait subi une coupure au niveau du poignet gauche avec lésion du nerf radial en 2014, qui avait nécessité un suivi d'environ

une année et dont il persistait une diminution de la force au niveau de l'avant-bras et de la main gauches. Elle a ajouté que le patient disait être habitué aux limitations de son bras gauche et ne souhaitait pas subir une nouvelle intervention chirurgicale. S'agissant de sa consommation d'alcool, l'assuré a avoué qu'elle était excessive lorsqu'il ne travaillait pas, mais déclaré qu'il ne consommait pas d'alcool lorsqu'il travaillait comme chauffeur poids lourd. La médecin traitante a maintenu son diagnostic d'AVC, précisant que celui-ci avait également été posé par V._____, le Prof. F._____ et le Dr X._____, ainsi que son diagnostic de bégaiement. Elle a affirmé que, lorsque l'intéressé était stressé ou sous pression, il présentait à nouveau des troubles moteurs de l'hémicorps droit et des difficultés à s'exprimer. D'après elle, l'assuré s'était vu retirer récemment et de façon préventive son permis de conduire, sur intervention de l'OAI. Elle a indiqué avoir de la peine à comprendre qu'un travailleur manuel de cinquante-cinq ans, atteint d'un AVC, avec des séquelles physiques et neuropsychologiques et jugé dans l'incapacité de conduire un véhicule, puisse être considéré comme apte à travailler à 100 % dans une activité même adaptée. D'après elle, bien qu'il ait récupéré une habileté manuelle lui permettant de bricoler à domicile, l'assuré avait des difficultés à exécuter des tâches complexes et perdait ses moyens dès qu'il était mis sous pression, de sorte que son rendement au travail était nettement diminué et qu'il lui semblait illusoire qu'il puisse retrouver un emploi sans aide.

Par décision du 25 février 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 octobre 2020. L'office a joint un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, dans lequel il a expliqué que les informations contenues dans les rapports du Prof. F._____ du 7 janvier 2021 et de la Dre W._____ du 14 janvier 2021 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position, puisqu'il s'agissait tout au plus d'appréciations différentes d'une même situation pathologique sans que des arguments objectifs ne viennent contredire ses conclusions.

C. Par acte du 12 avril 2021, G._____, représenté par Me Marc Zürcher, de Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité et « à tout le moins à une rente entière d'invalidité », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que l'expertise du Dr S._____ était diamétralement opposée à celle du Dr X._____, contraire à l'avis de tous les médecins praticiens et valablement remise en cause par le Prof. F._____, lequel avait relevé ses contradictions et ses erreurs de faits et d'appréciation. Le recourant a estimé que les déductions du Dr S._____ étaient ainsi sérieusement mises en doute et que son expertise devait donc être écartée au profit de celle du Dr X._____, qui faisait état d'une incapacité de travail totale devant dès lors conduire à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement qu'il convenait de compléter l'instruction par une troisième expertise neurologique. Dans un autre moyen, le recourant a invoqué que l'intimé avait, à tort, omis d'instruire le domaine psychiatrique, alors que le Prof. F._____ avait confirmé le besoin d'une instruction à ce niveau. Il a ainsi requis la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique, voire de médecine générale.

Par décision du 20 avril 2021, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 avril 2021, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 18 mai 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée et joint à son envoi un avis SMR du 6 mai 2021, auquel il s'est référé. Par cet avis, le Dr L._____ a notamment pris position sur l'argumentation du Prof. F._____ et relevé, au plan psychiatrique, qu'aucun diagnostic ni suivi n'avait été communiqué. Il a exposé que les thérapeutes de l'assuré n'avaient pas estimé nécessaire de demander un complément psychiatrique lors de l'expertise du Dr X._____, ni lorsqu'ils avaient eu connaissance de la nouvelle expertise prévue ; le Prof F._____ n'avait pas davantage de compétence à déterminer la nécessité d'un complément psychiatrique que le Dr S._____, qui ne l'avait pas requise.

Par réplique du 10 juin 2021, le recourant a maintenu sa position.

L'intimé en a fait de même par duplique du 5 juillet 2021.

Me Marc Zürcher, de Procap Suisse, a déposé sa liste des opérations le 26 octobre 2021.

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 18 juin 2018.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). 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 LPGGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3 et les références citées). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF

9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle de chauffeur poids lourd depuis le 8 février 2018. Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il conteste.

a) Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise établie le 28 septembre 2020 par le Dr S._____, de P._____, pour nier au recourant son droit aux prestations. Par cette expertise, le Dr S._____ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de polyneuropathie alcoolique et de neuropathie cubitale gauche sur instabilité du nerf au coude et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status après probable AIT du tronc cérébral le 7 février 2018 et de status après cardiomyopathie rythmique, traitée efficacement en 2006. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : un déséquilibre causé par la polyneuropathie, qui contraindiquait tout travail sur une échelle ou sur un échafaudage, ainsi que tout déplacement dans des lieux non sécurisés pour la marche ; des troubles attentionnels démontrés par les examens neuropsychologiques qui pouvaient contraindiquer la conduite automobile, particulièrement professionnelle, contraindication renforcée par l'alcoolisme chronique ; une diminution de l'habileté manuelle due à la lésion du nerfs cubital gauche, en attendant la guérison après une intervention chirurgicale. L'expert était ainsi d'avis que la capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourd était nulle, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et ce dès la sortie du V._____ le 15 février 2018.

Dans ses écritures, le recourant fait pour l'essentiel valoir que l'expertise susmentionnée n'est pas probante. Il se prévaut en substance des avis du Prof. F._____, et des Drs W._____, et X._____, lesquels seraient contraires à l'expertise et remettraient sérieusement en doute les conclusions de celle-ci.

b) Il convient de se pencher sur la valeur probante de l'expertise du Dr S._____.

En l'occurrence, celle-ci fait certes état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et développe de manière minutieuse les diagnostics retenus. Elle n'est toutefois pas probante en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, particulièrement s'agissant de son *dies a quo*, au vu des rapports médicaux au dossier.

En effet, le 6 mars 2018, les médecins du Service de neurologie du V._____, soit les Drs D._____, B._____ et M._____, ont posé le diagnostic de probable AIT mineur de la fosse postérieure, sans lésion à l'imagerie, avec ptose palpébrale et exotropie droit, parésie faciale droite, hypoesthésie faciale droit, dysarthrie et troubles de la marche. Le 1^{er} mai 2018, les Drs R._____ et C._____, du même service, ont retenu un probable AVC mineur de la fosse postérieure ponto-mésencéphalique gauche, sans lésion à l'imagerie, et, eux aussi, ont fait état à titre de symptômes d'une hémiparésie facio-brachio-crurale à droite, avec dysarthrie et ptose palpébrale droite, de probable origine micro-angiopathique. Ils ont également indiqué que le bilan neuropsychologique d'évolution reçu en mars 2018 montrait la persistance de difficulté en mémoire à court terme et de travail et un déficit attentionnel, avec ralentissement idéo-moteur et signes de fatigabilité contraindiquant la reprise de l'activité habituelle.

La Prof. Q._____, ainsi que différents psychologues, ont attesté plusieurs mois après l'hospitalisation l'existence d'un trouble neuropsychologique. Ainsi, dans un rapport du 6 août 2018, il est indiqué

que le recourant souffrait d'un trouble attentionnel modéré à sévère caractérisé par un déficit en attention divisée et un défaut d'attention soutenue, associé à un fléchissement exécutif et à une légère dysarthrie ; les performances étaient toujours de nature à contraindre la reprise de l'activité habituelle. Une année plus tard, soit le 31 juillet 2019, la Prof. Q._____, ainsi que Mmes J._____ et Z._____, ont relevé une globale amélioration du tableau cognitif, avec un trouble neuropsychologique léger à moyen, touchant les capacités attentionnelles sélectives et soutenues. Selon elles, les ressources cognitives altérées sur le plan attentionnel étaient de nature à diminuer partiellement la capacité de travail.

Le Prof. F._____, quant à lui, a posé le diagnostic d'AVC avec hémisyndrome à prédominance faciobrachiale droite avec une dysarthrie, une extropie de l'œil droit et une ptose palpébrale dans son rapport du 15 mai 2018. Il a en particulier fait état d'une parésie de la jambe et du bras droits. Il a confirmé ce diagnostic à K._____ par rapport du 8 octobre 2018, indiquant que les limitations fonctionnelles du recourant consistaient en un hémisyndrome moteur droit et une dysarthrie, que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et qu'il était trop tôt pour juger de l'exigibilité dans une activité adaptée. Le 4 janvier 2019, le Prof. F._____ a constaté une légère amélioration de l'état de santé du recourant, relevant que les mouvements involontaires voire choréiques de la jambe droite s'étaient améliorés mais qu'ils survenaient de nouveau après des marches prolongées, que l'assuré était encore ataxique, surtout de la jambe droite et que la course n'était toujours pas possible. Il était d'avis que l'intéressé n'était toujours pas en état de reprendre le travail, surtout dans son activité habituelle, mais se montrait optimiste pour une reprise du travail à plus long terme. Le 17 février 2020, le Prof. F._____ a constaté que son patient présentait toujours une marche hautement pathologique et qu'il restait un trouble attentionnel évident. Selon lui, l'état de l'assuré stagnait, aucune réelle amélioration n'étant survenue depuis juillet 2019, ce dernier restant très clairement incapable de travailler.

La Dre W._____ a également fait savoir à K._____, par rapport du 27 septembre 2018, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans une activité habituelle et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de cette activité ni à une reprise dans une activité adaptée, le patient souffrant d'une hémiparésie droite sur AVC, de troubles du langage et d'atteintes neuropsychologiques. De même, le 26 août 2019, elle a renseigné l'OAI, posant le diagnostic de séquelles d'AVC avec hémisyndrome sensitivo-moteur droit, avec troubles de la marche et de la coordination, bégaiement et état anxieux. Elle a fait état à titre de limitations fonctionnelles de mouvements dystoniques du membre inférieur droit, avec diminution de la force et mouvements choréo-athétosiques augmentés au stress. Elle a ainsi exposé qu'une activité adaptée à temps partiel était peut-être possible, mais qu'un retour à une activité adaptée à plein temps était peu probable.

Enfin, le Dr X._____ a lui aussi estimé, dans son expertise du 17 juillet 2019, qu'une activité adaptée n'était pas envisageable en l'état. Il a posé les diagnostics de status après accident vasculaire ischémique du tronc cérébral, de possible intoxication chronique au monoxyde de carbone avec développement d'un syndrome extrapyramidal secondaire et d'état d'anxiété important. Il a également relevé que les troubles neurologiques engendraient des difficultés de coordination et de déambulation, lesquels étaient très nettement augmentés sous stress, de même que le bégaiement était modulé par les émotions.

Ainsi, tous les neurologues et médecins consultés par l'assuré ensuite de l'évènement du 7 février 2018, même s'ils ne s'accordent pas quant au diagnostic du patient (AIT ou AVC), ont fait état des mêmes symptômes, atteintes et limitations après l'hospitalisation, à savoir une hémiparésie droite, non seulement du visage, mais aussi de la jambe et du bras droits, une exotropie droite, des troubles de la marche et de la coordination, une dysarthrie et des atteintes neuropsychologiques affectant la concentration et l'attention et provoquant un ralentissement moteur. Ils ont en outre tous attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et ont indiqué, à tout le moins jusqu'en juillet 2019,

qu'il était encore trop tôt au vu de l'évolution des symptômes et du fait que l'état de santé n'était pas encore stabilisé, pour se déterminer sur l'exigibilité d'une activité adaptée. Il semblerait dès lors que le recourant a présenté une incapacité totale de travail dans une activité habituelle comme adaptée pendant plus d'une année après l'évènement du 7 février 2018.

De son côté, le Dr S. _____ a essentiellement indiqué que l'examen actuel démontrait une polyneuropathie typiquement alcoolique qui n'existait pas en février 2018, ni dans les rapports subséquents, ce qui impliquait que la consommation d'alcool du recourant avait été importante après l'évènement, afin vraisemblablement de diminuer les douleurs et l'anxiété. Pour le surplus, l'expert a longuement discuté les diagnostics retenus par ses confrères et a considéré que l'assuré avait souffert d'un AIT, non d'un AVC. Il a relevé que les diagnostics d'hémisindrome facio-brachio-crural droit, de mouvements de type choréiques, d'une ataxie asymétrique droite puis d'un syndrome extrapyramidal avaient été posés à différents moments mais qu'il n'en trouvait pas signe lors de son examen. A ses yeux, en cas d'AIT, il n'y avait pas de déficit et donc pas de raison de limiter la capacité de travail, de sorte que le recourant aurait pu travailler à 100 % dans une activité adaptée dès sa sortie du V. _____ le 15 février 2018.

On relèvera tout d'abord que, quoi qu'il en soit, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, la question de savoir si le recourant a présenté un AIT ou un AVC mineur n'est pas forcément déterminante.

Par ailleurs, le Dr S. _____ ne traite que des limitations fonctionnelles dues à la polyneuropathie et aux troubles neuropsychologiques - lesquels contrindiqueraient la capacité de conduire du patient - sans se prononcer sur celles dues aux autres atteintes

relevées dans les différents rapports médicaux au dossier, telles que répertoriées plus haut, se contentant d'indiquer qu'il n'en trouve pas signe lors de son examen clinique. Ces atteintes étaient pourtant présentes peu après l'AIT ou l'AVC et ont influé sur la capacité de travail à tout le moins jusqu'en juillet 2019, comme en attestent les nombreux neurologues et médecins consultés. A l'instar du Prof. F. _____ dans ses observations du 7 janvier 2021, il faut constater que les troubles attentionnels reconnus par l'expert limitent certes la capacité de conduire du recourant, mais ont aussi pu limiter durant un certain temps après l'évènement l'exercice d'une activité sédentaire, tout comme la paralysie de la jambe et du bras droits, les problèmes de coordination, la dysarthrie, etc. La découverte du nouveau diagnostic de polyneuropathie alcoolique en septembre 2020 ne permet pas d'ignorer les conséquences de l'AIT ou de l'AVC, ni de justifier en soi une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 février 2018.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que le bien-fondé des conclusions de l'expert s'agissant du *dies a quo* de la capacité de travail dans une activité adaptée est remis en cause par l'ensemble des éléments au dossier et que l'expertise du Dr S. _____ est lacunaire en ce sens que ce dernier n'étaye aucunement pourquoi il fait fi des avis de tous les autres médecins consultés par le recourant dans son appréciation. Il ne peut dès lors être reconnu à l'expertise une valeur probante suffisante pour trancher valablement la question des atteintes à la santé du recourant et de leurs effets sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que l'OAI ne pouvait pas se fonder sur celle-ci pour nier le droit aux prestations du recourant.

c) Dans un autre moyen, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir diligenté une expertise psychiatrique. Il fait valoir que le Prof. F. _____ aurait recommandé la mise en œuvre d'une telle expertise dans son rapport du 7 janvier 2021.

En l'espèce, aux termes de son expertise du 28 septembre 2020, le Dr S. _____ indique que l'assuré souffre d'un alcoolisme

chronique, qui serait d'une certaine gravité. En effet, à la lecture de l'expertise, il apparaît que l'alcoolisme est apparu à la suite de l'évènement de février 2018 et que l'assuré présentait déjà en septembre 2020 une polyneuropathie typiquement alcoolique. De plus, l'expert a relevé que si l'alcoolisme n'était pas pris en charge efficacement, il fallait s'attendre à une aggravation des troubles moteurs, sensitifs et probablement neuropsychologiques, ce qui aurait une incidence sur la capacité de travail (cf. expertise du 28 septembre 2020, p. 20 et 22). Du reste, le rapport d'expertise ne fait état d'aucun traitement de l'assuré pour son alcoolisme et on ignore quelle est la situation actuelle du recourant à cet égard. A cela s'ajoute que plusieurs rapports médicaux au dossier mentionnent l'existence d'un suivi psychiatrique par l'intéressé (cf. rapports du 28 février et du 3 juin 2019 du Prof. F. _____ et rapport du 31 juillet 2019 de la Prof. Q. _____).

Or, l'existence d'une dépendance de l'assuré à l'alcool, d'une certaine gravité, peut avoir un caractère invalidant et donner lieu à des prestations de l'AI. A cet égard, le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Ainsi, en présence d'un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste, le Tribunal fédéral a estimé qu'il s'agissait de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, celui-ci influence la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215, consid. 5.3.2).

En omettant d'analyser la situation du recourant d'un point de vue psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur une instruction lacunaire pour déterminer le droit de l'assuré à des prestations. En effet, au vu du diagnostic d'alcoolisme chronique posé par l'expert, qui semble être d'une certaine gravité et dont on ignore s'il est traité, et du suivi psychiatrique en cours à tout le moins en 2019, l'office intimé ne pouvait faire l'impasse sur une expertise psychiatrique visant à évaluer l'exigibilité dans une activité adaptée.

7. a) Il ressort de ce qui précède que, tant sur le plan neurologique que sur le plan psychiatrique, le dossier constitué par l'intimé ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

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

c) Faute à 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 une nouvelle expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique). Cette expertise, sur le plan psychiatrique, devra être effectuée au moyen de la grille des indicateurs pertinents, dégagée par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281). Cela fait, une nouvelle décision sur le droit éventuel de l'intéressé à des prestations de l'assurance-invalidité sera rendue par l'intimé.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 l'intimé, vu l'issue du litige.

Le recourant 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 26 octobre 2021 par Me Marc Zürcher, de Procap Suisse, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'700 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- 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 à G. _____ une indemnité de 1'700 fr. (mille sept 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour G. _____),
- 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 :