

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 20 ALCP ; 6 s., 17, 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant portugais né en [...], A._____ (ci-après, également : l'assuré ou le recourant) travaillait comme aide-maçon pour le compte de la société N._____ SA à [...].

Le 5 février 2019, l'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

Le 18 mars 2019, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 13 mai 2019, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'AVC du centre semi-ovale droit mineur d'origine probablement lacunaire avec dysarthrie et héli-syndrome sensitif gauche (depuis le 5 février 2019), de trouble neurologique moyen, caractérisé par une atteinte mnésique antérograde visuo-spatiale et un ralentissement modéré à sévère ainsi qu'un fléchissement exécutif (depuis le 5 février 2019), et de gonalgies droites (depuis la fin 2018). Selon cette médecin, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 5 février 2019. Les limitations fonctionnelles étaient une diminution de force de l'hémicorps gauche, une fatigue, des troubles de la mémoire et de l'équilibre ainsi que des gonalgies droites. En annexe à ce rapport, figuraient notamment :

- un rapport de consultation du 22 mars 2019 du Dr V._____, spécialiste en neurologie, préconisant la poursuite de la neuro-rééducation ambulatoire et suspectant une dépression post-AVC ;

- un rapport du 25 mars 2019 des médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, retenant, sur la base d'un examen neuropsychologique ambulatoire du 11 mars 2019, un trouble neuropsychologique moyen, caractérisé par une atteinte mnésique

antérograde visuo-spatiale, un ralentissement modéré à sévère et un fléchissement exécutif et concluant à une capacité de travail diminuée, avec conduite automobile contre-indiquée.

Dans un rapport du 22 octobre 2019, la Dre C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de l'Unité de neuro-réhabilitation du CHUV, a souligné qu'une dépression post-AVC avait été constatée par tous les médecins consultés, si bien qu'une consultation chez un psychiatre avait été demandée afin de préciser le diagnostic et la poursuite de la prise en charge. Pour ce médecin, il était difficile d'imaginer en l'état des choses une quelconque activité adaptée à l'état de santé de l'assurée. Une amélioration clinique progressive pouvait néanmoins être espérée avec la résolution de l'épisode dépressif avec possible reprise d'une activité moins intense que précédemment.

Dans un rapport du 15 mai 2020, la Dre D._____ a fait part de l'absence d'évolution depuis son précédent rapport, retenant une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 5 février 2019. Les restrictions fonctionnelles consistaient en un déficit attentionnel avec ralentissement sévère des temps de réaction et vitesse de traitement, des troubles mnésiques, des difficultés exécutives, une importante fatigue physique, un manque de force dans l'hémicorps gauche, des troubles de la coordination ainsi que d'importantes douleurs cervicales et scapulaires gauches. L'ergothérapie avait été arrêtée vu la stagnation alors que la physiothérapie se poursuivait dans un but antalgique. En annexe à ce rapport étaient joints en particulier :

- un rapport du 14 juin 2019 des médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, retenant, sur la base d'un bilan d'évolution neuropsychologique ambulatoire du 28 mai 2019, des troubles mnésiques antérogrades verbaux et non verbaux modérés à sévères, une perturbation attentionnelle non latéralisée légère à modérée, un fléchissement exécutif, des signes de la lignée dépressive et une anxiété importante durant l'examen ;

- un rapport du 8 janvier 2020 relatif à un bilan neuropsychologique réalisé le 18 décembre 2019 par les intervenants du Centre ambulatoire de [...] de l'Institution de [...], mettant en évidence un important déficit attentionnel marqué par un ralentissement sévère des temps de réactions et de la vitesse de traitement ainsi que par un léger fléchissement de l'attention divisée, des difficultés mnésiques au niveau de la mémoire épisodique verbale et non verbale (encodage et récupération) et de la mémoire de travail verbale (tant pour l'aspect rétention que manipulation), ainsi que des difficultés exécutives, notamment d'incitation verbale. Le reste des fonctions évaluées était globalement préservé (praxies constructives et gestuelles, flexibilité). En raison de plusieurs discordances relevées lors de l'examen, une évaluation psychiatrique était suggérée afin de mieux comprendre la situation de l'assuré.

Analysant les éléments médicaux au dossier, le Dr W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré avait présenté un AVC lenticulo-strié droit d'origine lacunaire le 4 (recte : 5) février 2019 avec héli-syndrome sensitivomoteur gauche, troubles neurologiques dont une importante fatigabilité et un trouble dépressif post-AVC (probablement en grande partie responsable des troubles cognitifs et de la fatigabilité), avec des limitations fonctionnelles subséquentes (déficit attentionnel avec ralentissement sévère des temps de réaction, de vitesse de traitement, troubles mnésiques, difficultés exécutives, importante fatigue, manque de force de l'hémicorps gauche, troubles de la coordination, douleurs cervicales et scapulaires gauches), induisant une incapacité de travail totale dès le 5 février 2019 dans toute activité. En l'état du dossier, ce médecin a proposé la poursuite de l'instruction médicale du cas auprès des Drs V.____ (neurologie) et C.____ (neuro-réhabilitation).

Dans un rapport du 24 juillet 2020, le Dr V.____ a fait savoir que l'assuré ne l'avait plus consulté depuis le 1^{er} mai 2019, renvoyant l'OAI auprès de la médecin traitant (Dre D.____).

Dans un rapport du 11 août 2020, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel suivait l'assuré depuis le 13 novembre 2019 à une fréquence d'une séance tous les deux mois, a notamment posé les diagnostics incapacitants de troubles organiques de l'humeur (F06.3) et de labilité émotionnelle organique (F06.6). Il avait observé chez l'assuré une labilité émotionnelle avec une certaine incontinence affective qui démontrait une nervosité et une irritabilité non négligeable, en particulier face à des difficultés. Les entretiens ne pouvaient avoir lieu sans la présence de l'épouse au vu du discours pauvre avec des « *trous de mémoire* » importants, répétitif et évitant. L'entourage décrivait une modification de personnalité claire depuis l'AVC qui se maintenait. Moyennant médication, l'assuré était plus calme et moins impulsif mais les symptômes neurologiques demeuraient inchangés comme la modification de la personnalité. L'évolution était plutôt défavorable ou stationnaire ; l'assuré ne pourra plus reprendre une activité professionnelle. Le traitement qui alliait la prise d'Escitalopram 20mg® et une psychothérapie devait être poursuivi. Les limitations fonctionnelles étaient les symptômes cognitifs, affectifs et la labilité émotionnelle qui conditionnaient fortement les relations interpersonnelles au travail ainsi que la capacité de l'assuré à assumer ses responsabilités et assurer les tâches à accomplir.

Dans un rapport du 15 septembre 2020, la Dre C._____ a confirmé ses diagnostics, son estimation de la capacité de travail ainsi que son pronostic, en l'absence de modification depuis son précédent rapport, malgré la prise en charge psychiatrique de l'assuré. Le bilan neurologique était discordant au vu des capacités de l'assuré, si bien que l'ensemble des plaintes cognitives ne pouvait s'expliquer par l'AVC. Le suivi psychologique devait se poursuivre car cela était l'unique piste pouvant améliorer la clinique.

Le 9 décembre 2020, l'OAI s'est vu communiquer le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assuré ([...] Assurance Maladie SA), dont il ressort :

- un rapport d'expertise neurologique du 6 novembre 2020 du Dr H._____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status après AVC mineur sylvien droit sur lacune du centre ovale en relation avec l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. En présence d'un examen neuropsychologique d'interprétation difficile, chez un assuré collaborant mais qui présentait un comportement démonstratif et majorant, ce médecin a estimé qu'il n'y avait pas, d'un point de vue strictement neurologique, de contre-indication formelle à la reprise de l'activité habituelle ;

- un rapport d'expertise psychiatrique du 30 juillet 2020 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un éventuel trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission à subclinique et considérant que la capacité de travail avait toujours été entière dans toute activité, y compris dans la profession habituelle de l'assuré.

Par projet de décision du 25 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui verser une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} février 2020 au 31 janvier 2021.

Les 13 avril, 21 avril, 15 juin et 13 juillet 2021, l'assuré, sous la plume de Me Alexandre Guyaz, a, tout en déplorant l'absence d'une expertise pluridisciplinaire, contesté toute amélioration de son état de santé et demandé le versement d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. Afin d'étayer son propos, il a produit un rapport établi le 11 juin 2021 par la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de l'Unité de liaison du Département de psychiatrie du CHUV, posant les diagnostics d'autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.8), d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9) et précisant que, d'un point de vue psychiatrique, la reprise de n'importe quelle profession était alors inenvisageable. L'assuré a également produit un rapport du 29 juin 2021 du DrF._____, spécialiste

en neurologie, du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, expliquant que le degré de gravité de la symptomatologie, considéré comme sévère, pouvait raisonnablement être attribué au trouble psychiatrique sous-jacent et à un syndrome cervical (cervicalgies intenses) ; en l'absence d'amélioration attendue aux plans psychique et algique, une évolution favorable des troubles neuropsychologiques était très improbable. Compte tenu de leur impact fonctionnel majeur avec perte de l'autonomie dans les activités instrumentales, une reprise de l'activité habituelle voire même une reconversion professionnelle était désormais formellement compromise.

Dans un avis du 12 août 2021, le Dr M._____, médecin auprès du SMR, a estimé que les nouveaux éléments versés au dossier n'apportaient pas d'élément significatif autre que l'interprétation personnelle des médecins traitants et restaient compatibles avec le tableau clinique retenu sur le plan expertal, à savoir un status post-AVC mineur avec un éventuel trouble de l'adaptation mixte non incapacitant chez un assuré démonstratif et majorant dont les difficultés de réadaptation excédaient le cadre médical.

Le 20 août 2021, [...] Assurance Maladie SA a produit le solde du dossier médical de l'assuré en sa possession, dont un complément d'expertise établi le 22 avril 2021 par le Dr H._____ à la demande du médecin-conseil de cet assureur perte de gain maladie.

Aux termes d'un avis juriste du 25 mars 2022, l'OAI a estimé que le dossier devait être soumis au SMR en vue d'exposer les motifs permettant d'attribuer une valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 30 juillet 2020 du DrX._____.

Dans un avis du 8 mai 2022, le SMR, par la voix du Dr M._____, a expliqué, en bref, que l'expertise psychiatrique du Dr X._____ remplissait toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, qu'aucune

aggravation sur le plan psychique n'était annoncée, ni objectivée, et que la péjoration suggérée sur le plan neuropsychologique n'était pas validée.

Par décision du 5 janvier 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} février 2020 au 31 janvier 2021.

B. **a)** Le 1^{er} février 2023, A. _____, toujours représenté par Me Guyaz, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens que « *le droit à une rente d'invalidité est reconnu et octroyé à A. _____ à compter du 1^{er} janvier 2020 pour une durée indéterminée à hauteur de CHF 1'981.- par mois en 2020, ce montant étant ensuite adapté selon l'indexation des rentes AI prévue par la réglementation applicable* ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant bénéficier d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 16 octobre 2020, et d'avoir mal calculé le montant de la rente d'invalidité due, faute de prise en compte des périodes de cotisations réalisées au Portugal entre 1989 et 1997. A titre de mesure d'instruction, il requérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique par le tribunal.

b) Le 9 mars 2023, l'assuré a produit un rapport d'expertise psychiatrique du 3 mars 2023 établi à sa demande par le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble neurocognitif non spécifié (R41.9), et concluant à une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 5 février 2019.

c) Dans sa réponse du 30 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours. Était joint un avis SMR du 24 mars 2023 du Dr M. _____

estimant que l'expertise privée précitée ne l'emportait pas sur celle du Dr X._____.

d) Dans sa réplique du 1^{er} mai 2023, l'assuré a complété ses précédentes conclusions en ce sens, qu'en sus des dépens alloués en lien avec la présente procédure, l'OAI était tenu de lui verser un montant de 6'020 fr. 35 à titre de remboursement des frais d'expertise privée. Pour le reste, il a produit un complément d'expertise établi le 17 avril 2023 par le Dr E._____, lequel a pris position sur l'avis SMR du 24 mars 2023.

e) Le 2 mai 2023, l'OAI a fait verser au dossier une prise de position de la Caisse de compensation des entrepreneurs du 6 avril 2023. L'OAI a informé avoir requis des informations de l'assuré et qu'à réception, une procédure interétatique auprès du Portugal serait engagée.

f) Dans sa duplique du 30 mai 2023, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions, en renvoyant à son écriture du 2 mai 2023 s'agissant du calcul de la rente d'invalidité, en produisant un avis SMR du 25 mai 2023 du Dr M._____, auquel il se ralliait, et en précisant, compte tenu des expertises neurologique et psychiatrique au dossier, qu'une expertise privée n'était pas nécessaire.

g) Les 7 et 9 juin 2023, l'assuré a déposé des déterminations spontanées. Il a fait verser en la cause un rapport du 25 mai 2023 adressé à l'OAI par sa psychiatre traitant, attestant une péjoration de l'état de santé en fin d'année 2022.

h) Le 3 juillet 2023, l'OAI a maintenu sa position en se référant à un nouvel avis SMR du 29 juin 2023.

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. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'office intimé était en droit de mettre un terme, à compter du 1^{er} février 2021, au versement de la rente entière d'invalidité allouée pour la période antérieure.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, le recourant s'est vu allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 31 janvier 2021. La date de la naissance du droit à la rente étant antérieure au 1^{er} janvier 2022, il

convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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.

b) 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 d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) 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).

b) 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).

c) Les avis médicaux du SMR (au sens de l'art. 54a LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), établis sans examen de l'assuré ni observation clinique, ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 et les références citées).

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. a) En l'espèce, le recourant a été victime, le 5 février 2019, d'un accident vasculaire cérébral du centre semi-ovale droit mineur d'origine probablement lacunaire avec dysarthrie et héli-syndrome sensitif gauche. Dans les suites directes de cet événement, le recourant a principalement présenté des troubles de la marche et de l'équilibre, un syndrome cervical ainsi qu'un trouble neuropsychologique moyen, caractérisé par une atteinte mnésique antérograde visuo-spatiale, un ralentissement modéré à sévère et un fléchissement exécutif (rapports du DrV. _____ du 22 mars 2019 ; du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du CHUV des 25 mars 2019 et 14 juin 2019 ; de la Dre D. _____ des 13 mai 2019 et 15 mai 2020 ; de l'Institution de [...] du 8 janvier 2020).

b) Sur le plan neurologique, les spécialistes consultés sont unanimes pour retenir que la situation neurologique ne permet pas d'expliquer les troubles présentés par le recourant. Dans son rapport du 22 mars 2019, le DrV. _____ expliquait déjà qu'« *[e]n ce qui concerne les nouveaux signes, visiblement apparus depuis le jour de l'AVC au niveau neuropsychologique et psychomoteur, il est difficile de trouver une explication claire* ». Ce médecin a émis l'hypothèse que le recourant puisse souffrir d'une dépression post-AVC (voir également, entre autres, les rapports des Drs C. _____ du 22 octobre 2019, D. _____ du 15 mai 2020 et V. _____ du 24 juillet 2020). Dans les conclusions de son expertise neurologique, le Dr H. _____ a expliqué que l'examen neuropsychologique qu'il avait pratiqué était d'interprétation difficile, chez un patient collaborant mais clairement démonstratif et majorant ; à son avis, les déficits sensitivo-moteurs de même que les troubles de la coordination et de l'équilibre étaient vraisemblablement et en très grande partie l'expression de facteurs de majoration/extra somatiques (rapport du 6 novembre 2020). Quant au Dr F. _____ (rapport du 29 juin 2021), il a souligné que la localisation de l'AVC - le recourant a présenté un AVC principalement lenticulo-strié droit - permettait d'expliquer les troubles

exécutifs cognitifs, de mémoire de travail et d'attention ; la taille n'était toutefois pas suffisante pour justifier le degré de gravité des troubles, celui-ci, considéré comme sévère, pouvant raisonnablement être attribué au trouble psychiatrique sous-jacent et au syndrome cervical (cervicalgies intenses).

c) Sur le vu des constats médicaux qui précèdent, il y a lieu d'examiner si le recourant présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'induire une incapacité de travail constitutive d'une invalidité.

aa) Les avis médicaux en la matière divergent. Alors que le Dr X. _____ (rapport d'expertise du 30 juillet 2020) a retenu le diagnostic d'éventuel trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission à subclinique et considéré que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle avait toujours été entière, le Dr Q. _____ (rapport du 11 août 2020) a posé les diagnostics de troubles organiques de l'humeur et de labilité émotionnelle organique et précisé que « *[s]ur un point de vue psychiatrique en générale, l'évolution est défavorable ou stationnaire. Le patient ne pourra plus reprendre une activité professionnelle* ». Pour sa part, la Dre E. _____ (rapport du 11 juin 2021) a retenu les diagnostics d'autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et de trouble anxieux, sans précision, et précisé que la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit n'était actuellement pas envisageable.

bb) Compte tenu d'avis médicaux contradictoires au dossier, il n'est pas possible de suivre le point de vue défendu par le SMR, d'après lequel il n'y aurait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr X. _____. Contrairement à ce qu'il soutient, cette expertise - réalisée pour le compte de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur du recourant - ne saurait revêtir une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il y a lieu notamment de mettre en exergue le caractère particulièrement succinct de l'anamnèse dressée (en

comparaison de celle dressée par la Dre E. _____ dans son rapport du 11 juin 2021) ainsi que le caractère limité des observations cliniques rapportées. Il convient plus particulièrement de s'étonner qu'aucune attention particulière n'ait été portée aux troubles cognitifs et mnésiques rapportés par l'ensemble des médecins consultés par le recourant, alors même qu'ils constituaient les plaintes principales rapportées. Du rapport rédigé par le Dr X. _____, il se dégage un sentiment de superficialité au regard de la complexité de la situation médicale du recourant.

cc) Ensuite, il convient de constater que le SMR, en soutenant dans son avis du 12 août 2021, que les documents médicaux produits par le recourant postérieurement à cette expertise, soit en particulier les rapports des Drs E. _____ et F. _____ des 11 et 29 juin 2021, « *n'apportent pas d'élément significatif autre que l'interprétation personnelle des différents médecins soutenant, et restent compatibles avec le tableau clinique retenu sur le plan expertal, qui est aussi le plus vraisemblable* », n'a pas procédé à un examen détaillé et objectif du contenu desdits rapports médicaux, tel que l'on est en droit d'attendre du SMR. Il convient à cet égard de mettre en exergue que le SMR, à l'instar du Dr X. _____, a, en particulier, éludé la problématique posée par les troubles cognitifs et mnésiques rapportés chez le recourant. Or il appartenait au SMR d'expliquer, compte tenu de la présence d'avis médicaux contradictoires, les raisons objectives et matérielles pour lesquelles il convenait de privilégier le rapport d'expertise établi par le Dr X. _____ au détriment de l'avis des Drs E. _____ et F. _____. Il ne pouvait se contenter, comme il l'a fait dans un premier temps, de procéder à un examen essentiellement formel des pièces médicales à sa disposition et de constater que les rapports médicaux des Drs E. _____ et F. _____ ne faisaient pas état d'une aggravation de la situation, cette problématique étant dénuée de toute pertinence s'agissant de l'examen d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Quant à l'avis du 8 mai 2022, force est de constater que le SMR, à ce stade de la procédure, ne disposait plus de la distance nécessaire pour poser un regard neutre et objectif sur le dossier, tant il apparaît évident que le SMR a procédé à une analyse partielle de la

situation avec pour seul et unique but de défendre le bien-fondé de l'expertise du Dr X._____, en faisant notamment abstraction du fait que le rapport de la Dre E._____ est tout aussi complet, voire plus que celui du Dr X._____.

dd) Dans ces conditions, compte tenu du caractère contradictoire des différentes pièces versées au dossier, il se serait justifié de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

ee) Le recourant a produit en cours de procédure une expertise psychiatrique privée réalisée par le Dr E._____ dont il convient d'examiner le contenu.

aaa) Le rapport d'expertise du Dr E._____ du 3 mars 2023 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur d'un tel document. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et sociale), l'expertise a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Elle est fondée sur un examen complet réalisé en trois entretiens en présence de l'expert assisté de traducteurs. Son auteur expose, en les motivant en détail, les diagnostics actuels qu'il pose et explique pour quelles raisons il ne retient pas d'autre pathologie psychiatrique, ni une éventuelle composante somatoforme aux plaintes. Sur le plan des diagnostics, l'expert se livre également à une évaluation rétrospective en s'exprimant sur les rapports des autres médecins. Il a en particulier pris le soin, dans un complément d'expertise du 17 avril 2023, de prendre position de manière argumentée sur l'avis SMR divergent du 24 mars 2023. En outre, les plaintes du recourant ont été prises en considération. Par ailleurs, l'expert a évalué la cohérence et l'authenticité, de même qu'il a examiné la personnalité, les ressources et difficultés du recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

bbb) Le Dr E. _____ retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble neurocognitif non spécifié (R41.9). L'expert relève que la présentation du recourant est peu soignée mais néanmoins adaptée. Sa participation est satisfaisante et son attitude courtoise, sans théâtralisme ou dramatisation, mais avec une concordance continue entre les plaintes et l'expression non verbale, et sans marqueur d'exagération du discours. S'agissant du fonctionnement cognitif, l'expert constate de francs troubles attentionnels qui le conduisent à scinder l'examen en trois entretiens au vu des difficultés de concentration sur l'échange, d'une augmentation progressive de la latence aux réponses, de l'émergence de signes d'impatience et d'une nervosité. Les réponses données sont claires et cohérentes, mais traduisent une sévère atteinte mnésique avec une grande difficulté à restituer l'anamnèse. Les faits peinent également à être détaillés et situés dans le temps de manière précise. L'orientation temporelle est imparfaite, l'orientation spatiale est également médiocre. Le débit du discours est légèrement ralenti. Il est relevé des troubles exécutifs (lenteur prononcée pour écrire le nom, la date et l'heure devant être communiquées par l'interprète), avec une écriture peu assurée et tremblante au test de l'horloge réalisé. L'humeur du recourant est sévèrement abaissée. L'estime de soi est très basse, avec l'expression récurrente d'une perception d'inaptitude globale et d'un vécu honteux de la situation. Le risque suicidaire est actuellement bas. L'énergie est réduite, avec une motricité légèrement réduite et un discours laissant également transparaître une nette diminution de la volonté et de la motivation. L'expression verbale est par ailleurs peu dynamique et réactive. Une anxiété est présente régulièrement dans le discours et s'exacerbe fortement lorsque le thème de l'AVC est abordé, avec l'apparition d'un cortège de symptômes neurovégétatifs (raidissement de la posture, tachypnée superficielle, difficultés de déglutition, tremblements plus diffus touchant jusqu'à la mâchoire, mouvements plus vifs ainsi que pleurs) obligeant l'expert à mesurer les questions et les répartir à plusieurs moments de l'examen pour éviter la survenue d'une crise d'angoisse. Aucun symptôme obsessionnel-compulsif n'est à déplorer durant l'examen. Il n'est pas retrouvé de

symptomatologie en faveur d'une situation de conflit avec la réalité (pas d'expression émotionnelle discordante, d'attitude d'écoute, de barrage idéiques ou d'idées délirantes).

S'agissant de l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques retenu, le Dr E. _____ relève que le recourant présente, depuis plus de deux semaines, une baisse de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'intérêt et du plaisir. Il en conclut qu'il arbore les trois symptômes cardinaux de la dépression, associés aux sept symptômes secondaires que sont une baisse de l'estime personnelle, des idées de honte, un pessimisme, des troubles attentionnels, des idées auto-agressives, des troubles du sommeil et une baisse de l'appétit. L'expert retient un degré sévère de la dépression au vu du nombre et de l'intensité des symptômes, de leurs répercussions sur les activités, de l'état de détresse et des idées suicidaires, notant une cohérence élevée entre les plaintes et la symptomatologie objectivable. Il précise en outre que cet épisode dépressif ne s'inscrit pas dans le cadre d'un trouble récurrent ou d'un trouble affectif bipolaire.

S'agissant de l'état de stress post-traumatique, le Dr E. _____ motive de manière circonstanciée les symptômes présentés depuis l'AVC du 5 février 2019. Il retient ceux de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants liés à cet événement, symptomatologie anxieuse qui s'accompagne d'une anticipation du sommeil et d'une vigilance accrue du recourant vis-à-vis de son intégrité corporelle, avec des comportements de vérification à des fins de réassurance. L'expert observe que l'état émotionnel négatif relié à cet événement a très vraisemblablement contribué à l'émergence et au maintien de l'épisode dépressif. Il conclut que l'ensemble des critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique sont présents, soulignant l'authenticité des manifestations neurovégétatives du recourant en lien avec les plaintes de ce registre.

Quant au troisième diagnostic psychiatrique de trouble neurocognitif non spécifié retenu, le Dr E. _____ indique que les symptômes de ce spectre ont donné lieu à des évaluations divergentes

parmi les spécialistes. Lors de son examen, il constate une symptomatologie cognitive sévère et diffuse dont l'authenticité ne peut guère être discutée. Il souligne la nécessité de réaliser l'expertise en trois entretiens distincts en raison des symptômes éprouvants sur le plan cognitif et émotionnel dont le cortège est identique au cours des différentes entrevues, et dont les différentes manifestations échappent au contrôle de la volonté du recourant. L'expert concède qu'une expertise psychiatrique seule ne permet pas de caractériser complètement une atteinte cognitive, le conduisant à retenir un trouble neurocognitif non spécifié.

Il convient de mettre en évidence que les observations cliniques faites au cours de l'expertise rejoignent en substance les constats rapportés par les Drs E. _____ et F. _____, ainsi que la discussion approfondie relative aux diagnostics psychiatriques retenus.

Dans le cadre de son évaluation rétrospective des atteintes à la santé et de leur effet sur la capacité de travail, l'expert procède à une analyse complète et examine de manière nuancée les divers documents médicaux versés au dossier. En particulier, il explique de manière convaincante les raisons le conduisant à s'écarter des opinions des Drs Q. _____ et X. _____ et à se rallier à l'avis de la Dre E. _____, corroboré par les Drs V. _____ et F. _____. L'expert constate que le recourant présente un épisode dépressif apparu entre le 5 février 2019, date de son accident vasculaire cérébral et le 22 mars 2019, date de la première mention de ce diagnostic par le Dr V. _____. Depuis le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé le 11 juin 2021 par la Dre E. _____, corroboré par une description clinique convaincante, l'expert est d'avis qu'il existe une péjoration de l'état de santé avec une intensité de l'épisode dépressif désormais sévère. Au vu des diverses observations au cours des mois qui ont suivi l'AVC, l'expert retient des symptômes en faveur de l'état de stress post-traumatique apparus depuis le 5 février 2019 ; le recourant a consulté son médecin traitant puis les urgences du CHUV le 20 février 2019, soit deux semaines après son accident, où un très mauvais sommeil et une anxiété sont relevés. Cette anxiété chez le

recourant « *très crispé et angoissé* » est rapportée le 22 mars 2019 par le Dr V._____, puis confirmée lors d'un bilan neuropsychologique du 28 mai 2019. L'expert relève qu'il existe également un trouble neurocognitif depuis l'AVC du 5 février 2019, mais dont l'évolution, l'étendue et l'intensité actuelle ne peuvent être déterminées compte tenu de la médication, du manque d'informations sur l'état neurologique et du caractère intrinsèquement limité d'une expertise psychiatrique pour répondre à ces questions. Il se distancie de l'avis du SMR en lui reprochant de se livrer à une lecture biaisée des divers documents médicaux versés au dossier et de prendre des conclusions qui ne sont pas objectives et nuancées.

Se prononçant ensuite sur la capacité de travail du recourant, l'expert retient qu'elle est nulle dans toute activité depuis l'AVC du 5 février 2019 sous le seul effet de l'épisode dépressif et de l'état de stress post-traumatique, auxquels s'ajoute encore l'impact délétère du trouble neurocognitif. Il explique en détail que les limitations fonctionnelles du recourant (*épisode dépressif sévère* : importante restriction de l'endurance, forte diminution de la performance théorique, risque d'erreurs et de blessures, hypersensibilité au stress, sévère altération du contact relationnel, diminution des capacités d'adaptation, risque de péjoration des symptômes ; *état de stress post-traumatique* : diminution de l'endurance, baisse de la précision des mouvements, mise en danger dans les environnements comportant des dangers objectifs) sont trop importantes, en nombre et en intensité, pour permettre la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel. L'expert observe en outre que le trouble neurocognitif engendre des limitations fonctionnelles significatives, ceci en référence au test de l'horloge réalisé.

ccc) Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique privée, il convient encore de s'assurer que le Dr E._____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 ; 141 V 281).

Les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble neurocognitif non spécifié (R41.9) ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et à la lumière des éléments cliniques constatés.

Concernant le degré de gravité fonctionnel des atteintes à la santé, l'expert a constaté la présence de manifestations concrètes conséquentes des troubles sur les activités quotidiennes du recourant qui n'est pas en mesure d'accomplir la plupart des tâches ménagères, lesquelles sont effectuées par l'épouse, les commissions seul et qui ne peut plus conduire de véhicule depuis son AVC. L'administration et les finances du recourant sont tenues de longue date par l'épouse et les enfants compte tenu de l'absence de maîtrise du français.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'expert s'est fondé sur les dires du recourant en l'absence de renseignements obtenus auprès de la Dre G._____. Le recourant est suivi actuellement à une fréquence mensuelle qui est jugée trop faible eu égard à l'intensité et à la complexité de la symptomatologie ; il est recommandé l'intégration d'un hôpital de jour, avec une prise en charge au moins trihebdomadaire. La médication n'est par ailleurs pas satisfaisante ; il est proposé un changement d'antidépresseur et l'arrêt progressif de deux molécules. Dans ces conditions, l'examen de ce critère n'est pas significatif puisque le traitement ne peut de toute évidence pas être une source de succès éventuel en termes de ressources.

Pour l'examen des ressources personnelles à disposition du recourant pour surmonter la problématique psychiatrique, l'expert indique qu'en raison de l'étendue et l'intensité des troubles cognitifs incertaines au terme de son évaluation, il n'a pas été possible de dresser un inventaire précis selon la Mini-CIF-APP. L'expert constate cependant que l'association d'un épisode dépressif, actuellement sévère, d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble neurocognitif altère de manière

très importante le fonctionnement global et les ressources personnelles habituellement disponibles ; le recourant ne tire guère profit de ses expériences acquises du fait de ses troubles mnésiques ; il peine à se projeter dans l'avenir du fait de son pessimisme et de son anxiété ; il vit l'instant présent avec un important sentiment de défaut de maîtrise. L'ensemble de ses symptômes diminue fortement ses aptitudes relationnelles, alors que son accablement et son anticipation anxieuse le privent de sa force de caractère habituelle, de ses capacités de résilience et de sa tolérance antérieure au stress. Selon l'expert les ressources du recourant pour faire face de manière constructive aux difficultés qui se présentent à lui sont, depuis son AVC, très pauvres.

Pour ce qui concerne le contexte social, l'expert retient que le recourant s'est distancé, du fait de ses symptômes, de ses amis. Il peut par contre compter sur un important soutien tant pratique, qu'affectif et financier de son épouse et de ses trois fils. Il y a ainsi un contraste important entre la pauvreté des ressources personnelles du recourant, qui se trouve très démuné, et le soutien qu'il peut retirer de son environnement.

S'agissant de la cohérence, l'expert n'observe pas, au cours des trois entretiens, de divergences ou de contradictions entre les plaintes, les données de la vie quotidienne et ses constatations objectives et retrouve des limitations d'activité uniformes dans les différents domaines de la vie. Les propos du recourant apparaissent authentiques et son attitude n'est pas démonstrative ; il n'y a pas de signes d'exagération des symptômes, mais de nombreux pleurs et des symptômes neurovégétatifs échappant au contrôle de la volonté relevés. En outre, l'implication du recourant dans la prise en charge proposée accrédite le poids allégué de sa souffrance.

A la lumière de ces critères, la capacité de travail nulle retenue par l'expert apparaît cohérente avec la situation du recourant, celui-ci ne semblant plus disposer de ressources personnelles pour surmonter la problématique psychologique (voir également, entre autres, le rapport

d'expertise complémentaire du 22 avril 2021 du Dr H. _____ qui expliquait également que « *[d]ans le cas de Monsieur A. _____, les facteurs de majoration sont clairement inconscients et non volontaires. Ils traduisent un processus d'invalidation lié à sa situation médicale mais également à son incapacité à mettre en œuvre ses ressources résiduelles dans le contexte* »).

ff) Au vu de la teneur très complète de l'expertise psychiatrique privée, il n'y a pas lieu de tenir compte des remarques formulées par le SMR dans ses avis des 24 mars 2023, 25 mai 2023 et 29 juin 2023, dès lors que celles-ci ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise et la pertinence de ses conclusions. Les critiques émises plus haut (absence de neutralité et d'objectivité) peuvent également être formulées à l'encontre de ces avis et, pour le reste, il peut être renvoyé aux considérations formulées par le Dr E. _____ dans son rapport complémentaire du 17 avril 2023, auxquelles la Cour de céans se rallie entièrement.

d) Cela étant, il n'y a pas lieu de compléter le dossier par des mesures d'instruction complémentaire.

e) Il ressort au final de ce qui précède que le recourant présente une incapacité totale de travailler depuis le 5 février 2019 et que, partant, il peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2020.

7. Dans un second moyen, le recourant conteste le bien-fondé du montant de la rente d'invalidité allouée par l'office intimé, singulièrement la question de savoir si l'office intimé était fondé à ne retenir que les périodes de cotisations accomplies en Suisse pour calculer ladite prestation.

a) Le recourant, ressortissant d'un Etat partie à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des

personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), a exercé une activité salariée en Suisse et est au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité suisse. Le litige relève de la coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale.

b) Selon l'art. 12 al. 1 de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal du 11 septembre 1975 (RS 0.831.109.654.1), pour déterminer les périodes de cotisations qui doivent servir de base au calcul de la rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse due à un ressortissant suisse ou portugais, les périodes de cotisations et les périodes assimilées accomplies selon les dispositions légales portugaises sont prises en compte comme des périodes de cotisations suisses en tant qu'elles ne se superposent pas à ces dernières. Seules les périodes de cotisations suisses sont prises en compte pour déterminer le revenu annuel moyen.

c) Le système de cette convention, dite de type A, se caractérise par le principe du risque. L'invalidé qui en remplit les conditions reçoit une seule rente d'invalidité. Celle-ci est versée par l'assurance à laquelle il était affilié lors de la survenance de l'invalidité, laquelle prend en compte la totalité des périodes de cotisations, y compris celles qui ont été accomplies dans l'autre pays (ATF 142 V 112 consid. 4.1).

d) aa) Avec l'entrée en vigueur, le 1^{er} juin 2002, de l'ALCP et, simultanément, du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après : règlement (CEE) n° 1408/71), le système de convention dite de type B, selon laquelle l'invalidé qui a cotisé successivement dans les deux Etats perçoit une rente partielle de chacun des pays concernés, calculées au *pro rata* des périodes d'assurance accomplies, est devenu applicable en matière de coordination des régimes de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal : les personnes invalides ont désormais droit à des prestations de la part des deux Etats, qui correspondent aux périodes de cotisations

accomplies dans chaque Etat (voir ATF 133 V 329 consid. 4.4; ATF 131 V 371 consid. 6 et 9.4 ; ATF 131 V 390 consid. 7.3.1).

bb) Sous le titre "Relation avec les accords bilatéraux en matière de sécurité sociale", l'art. 20 ALCP est ainsi libellé :

Sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est réglée par le présent accord.

cc) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, rendue sous le régime du règlement (CEE) n° 1408/71, cette disposition de l'Accord n'exclut pas qu'un assuré soit mis au bénéfice d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale de sécurité sociale, pour autant qu'il ait exercé son droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329). Cet arrêt se fonde notamment sur la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (devenue entre-temps la Cour de justice de l'Union européenne) selon laquelle l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 ne doit pas conduire à la perte des avantages de sécurité sociale résultant de conventions de sécurité sociale en vigueur entre deux ou plusieurs Etats membres et intégrées à leur droit national. Autrement dit, le travailleur qui a exercé son droit à la libre circulation ne doit pas être pénalisé du fait des règlements communautaires par rapport à la situation qui aurait été la sienne s'il avait été régi par la seule législation nationale. La jurisprudence européenne repose aussi sur l'idée que l'intéressé était en droit, au moment où il a exercé son droit à la libre circulation, d'avoir une confiance légitime dans le fait qu'il pourrait bénéficier des dispositions de la convention bilatérale (arrêts [de la CJCE] du 5 février 2002 C-277/99 *Kaske*, Rec. 2002 I-1261 ; du 9 novembre 2000 C-75/99 *Thelen*, Rec. 2000 I-9399 ; du 9 novembre 1995 C-475/93 *Thévenon*, Rec. 1995 I-3813 ; du 7 février 1991 C-227/89 *Rönfeldt*, Rec. 1991 I-323).

dd) Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec effet au

1^{er} avril 2012 et il a été prévu, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après : règlement (CE) n° 883/2004).

ee) L'art. 8 du règlement (CE) n° 883/2004 règle la coordination de ce règlement avec les conventions bilatérales. Il prévoit à son par. 1 que :

Dans son champ d'application, le présent règlement se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les Etats membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les Etats membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires ou si elles découlent de circonstances historiques spécifiques et ont un effet limité dans le temps. Pour être maintenues en vigueur, ces dispositions doivent figurer à l'annexe II. Il sera précisé également si, pour des raisons objectives, il n'est pas possible d'étendre certaines de ces dispositions à toutes les personnes auxquelles s'applique le présent règlement.

ff) L'annexe II du règlement (CE) n° 883/2004 ne contient pas de dispositions maintenues en vigueur au sens de l'art. 8 par. 1 dans les relations entre la Suisse et le Portugal. La question de savoir si la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes rendue sous le régime du règlement (CEE) n° 1408/71 s'applique encore sous l'empire du règlement (CE) n° 883/2004 a été laissée ouverte dans un premier temps par le Tribunal fédéral à l'ATF 142 V 112. A l'ATF 149 V 97, le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes rendue sous le régime du règlement (CEE) n° 1408/71 demeure applicable sous l'empire du règlement (CE) n° 883/2004. L'objectif poursuivi par la réglementation, à savoir l'élimination la plus complète possible des obstacles à la libre circulation des personnes pouvant résulter de l'absence de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, n'a pas été modifié avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement. Par conséquent, un assuré, qui a exercé son droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP et dont le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse est né après l'entrée en vigueur du

règlement (CE) n° 883/2004, peut bénéficier d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale de sécurité sociale aussi sous le régime du règlement (CE) n° 883/2004.

e) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a exercé son droit à la libre circulation avant le 1^{er} juin 2002, date d'entrée en vigueur de l'ALCP. En effet, il a, en tant que ressortissant portugais, travaillé et habité en Suisse sans interruption de 1998 à 2019, année où il a dû interrompre son activité professionnelle en raison d'atteintes à la santé pour lesquelles il a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2020.

f) Au regard de ces faits, il convient d'appliquer au recourant les dispositions de la convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal du 11 septembre 1975, sous réserve qu'elles lui soient plus favorables, ce que l'office intimé doit encore vérifier. Pour ce faire, il lui appartient notamment de solliciter auprès des autorités portugaises compétentes les renseignements nécessaires au sujet des périodes de cotisations que le recourant a accomplies selon la législation portugaise et qui sont susceptibles d'être prises en considération pour l'ouverture d'un droit à des prestations d'invalidité en vertu de la législation portugaise, ainsi que le montant de la rente qui serait allouée par le Portugal compte tenu des seules périodes accomplies dans ce pays. A cet égard, une procédure interétatique auprès du Portugal a été engagée durant le premier semestre de 2023 par l'office intimé, laquelle est toujours en cours.

8. Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport d'expertise privée et de son complément ainsi que des notes d'honoraires de traducteurs produites, pour un montant total de 6'020 fr. 35.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables

à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, *in SVR* 2017 n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 ; 8C_61/2016 précité consid. 6.1 *in fine* ; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, *in SVR UV* n° 24 p. 75).

b) En l'occurrence, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les conclusions des Drs H. _____ (rapport d'expertise du 6 novembre 2020 et complément d'expertise du 20 août 2021) et X. _____ (rapport d'expertise du 30 juillet 2020), dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. consid. 6 ci-dessus). A la lecture des rapports établis postérieurement par les Drs E. _____ et F. _____ les 11 et 29 juin 2021, l'office intimé aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions du Dr X. _____ (avis SMR des 12 août 2021, 8 mai 2022, 24 mars 2023, 25 mai 2023 et 29 juin 2023). Aussi, l'expertise privée a servi à pallier les manquements de la procédure administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre à charge de l'assurance-invalidité la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise privée, à savoir les honoraires du Dr E. _____ (factures des 3 mars 2023 et 17 avril 2023) par 5'500 fr. et les frais de traduction (factures des 7 et 28 mars 2023) par 520 fr. 35, soit un montant total de 6'020 fr. 35.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2020. La cause doit être renvoyée pour le surplus à l'office intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants (cf. *supra* consid. 7f) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 5 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en

ce sens qu'A. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2020.

- III.** La cause est renvoyée pour le surplus à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- IV.** Les frais de l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ des 3 mars et 17 avril 2023, d'un montant de 6'020 fr. 35 (six mille vingt francs et trente-cinq centimes), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** 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.
- VI.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :