

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2025

Composition : M. NEU, président
MM. Oppikofer et Peter, assesseurs
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Eric Stauffacher, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 61 let. c LPGA ; art. 17 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Titulaire d'un CFC de vendeur et d'un CFC d'employé de commerce, il a travaillé en dernier lieu en qualité de responsable financier et de co-directeur pour le compte de la société [...] SA de [...] à [...].

Le 14 octobre 2009, l'assuré 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). Il a expliqué s'être fait opérer d'une hernie discale en janvier 2009. Il présentait toutefois des séquelles de douleurs neuropathiques au pied et au dos.

Par rapport du 15 février 2010, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé le diagnostic incapacitant de parésie et paresthésie aux vertèbres L5-S1 à gauche (depuis janvier 2009) et les diagnostics non incapacitants de douleurs neurogènes post-opératoires et d'état anxio-dépressif probable. Il a certifié une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 23 janvier 2009.

Par rapport du 10 mars 2010, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence le diagnostic incapacitant de dépression dans un contexte de douleurs et d'une hernie (depuis janvier 2009). Il a soutenu que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible.

Le 4 février 2011, l'assuré a été examiné par le Dr D._____, spécialiste en neurologie. Dans un rapport daté du 23 février 2011 et transmis le 14 février 2011 (*sic*) à l'OAI, cet expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale aux vertèbres L5-S1 (le 25 février [*recte* : janvier] 2009) et de douleurs neurogènes secondaires, persistantes dans le dermatome de la vertèbre S1 gauche, au niveau du pied. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était pleine, compte tenu d'une diminution de rendement de 10 %, dès le 20 janvier 2009.

Le 26 octobre 2011, l'assuré a été vu par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 29 novembre suivant, ce médecin a fait état des diagnostics sans influence sur la capacité de travail de phobies spécifiques (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F40.2), de traits de personnalité quérulente (CIM-10 F60.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0). D'après lui, l'assuré n'avait jamais présenté d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Par décision du 13 juillet 2012, confirmant un projet de décision du 22 mars 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 5 septembre 2012, X._____, représenté par Me Eric Stauffacher, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 18 août 2008 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants.

Par arrêt du 7 août 2013 (dans la cause AI 192/12 - 193/2013), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré. Elle a annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Elle a jugé que cette autorité n'était pas légitimée à fonder son appréciation sur la base du rapport du Dr J._____, dès lors que ce dernier avait apposé, au côté de sa signature, la mention « *psychiatre FMH* », alors qu'il n'était pas membre de la Fédération des médecins suisses en 2011.

C. Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a mandaté le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de la

réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 22 juillet 2014, celui-ci a relevé les diagnostics d'accentuation de certains traits de personnalité (CIM-10 Z73.1), avec des éléments d'une personnalité quérulente, narcissique et immature, et de majoration de symptômes (physiques et cognitifs) pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0). Il a attesté une capacité de travail entière dans toute activité.

Le 13 décembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Dans un rapport du 3 janvier 2017, celui-ci a posé le diagnostic de douleurs neuropathiques séquellaires dans le territoire de la vertèbre S1 gauche dans le cadre d'une hernie discale aux vertèbres L5-S1 opérée en 2009. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle se montait à 90 %, « à condition de tenir compte de l'adaptation nécessaire par rapport aux douleurs, à savoir la possibilité d'avoir le pied [gauche] à l'air, et de pouvoir faire quelques pauses la jambe allongée sur un canapé ».

Par décision du 18 mai 2017, confirmant un projet de décision du 7 février 2017, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré.

D. Le 21 juin 2017, X._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 18 août 2008, subsidiairement ou cumulativement à sa réforme en ce sens que le droit à une mesure de reclassement lui soit reconnu et, plus subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il a pour l'essentiel remis en doute la valeur probante des rapports des Drs L._____ et Q._____, requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins des volets en orthopédie, en psychiatrie et en neurologie.

Par réponse du 11 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par réplique du 4 octobre 2017, l'assuré a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 20 octobre 2017, l'OAI a, lui aussi, réitéré ses conclusions.

Par écriture du 23 février 2018, l'assuré a allégué avoir repris, en 2014, une consultation auprès du Dr K._____, contestant ainsi les propos du Dr L._____ selon lesquels il n'y avait plus de suivi psychiatrique à la date de l'expertise. A l'appui de ses dires, il a produit un document contenant les dates des séances auxquelles il avait participé entre 2008 et 2017.

Par écriture du 9 mars 2018, l'OAI a estimé que la précision apportée par l'assuré n'était pas susceptible de remettre en doute la valeur probante du rapport de l'expert psychiatre.

Par courrier du 27 mars 2019, le juge instructeur a annoncé aux parties sa volonté de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant des volets en orthopédie, en psychiatrie et en neurologie.

Par rapport du 21 avril 2022, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence les diagnostics notamment de status post-récidive de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche (le 23 janvier 2009) et de status post-discectomie avec cure de hernie discale à ces vertèbres (le 25 janvier 2009). D'après lui, la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles légères suivantes :

« Eviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

- Soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg
- Travailler en position accroupie
- Ramper, grimper

- Effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire
- Subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoqués par du matériel roulant sans suspension par exemple) ».

Par rapport du 11 octobre 2022, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de dysthymie (CIM-10 F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0), tout en soulignant que ces derniers n'avaient aucun impact sur la capacité de travail de l'assuré.

Les 8 novembre 2019, 11 mars 2020 et 14 septembre 2022, l'assuré a été examiné par le Prof. I._____, spécialiste en neurologie, et la Dre O._____, cheffe de clinique au service de neurologie des [...]. Dans un rapport du 21 décembre 2022, ceux-ci ont fait état des diagnostics de douleurs neurogènes du pied dans le territoire de la vertèbre S1 gauche post-radiculopathie compressive sur hernie discale (traitée par discectomie des vertèbres L5-S1 et cure de hernie discale le 25 janvier 2009) et de trouble neuropsychologique minimal. Selon eux, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 100 %, eu égard à une diminution de rendement de 10 % en raison des douleurs neurogènes résiduelles.

Le 7 décembre 2022, les experts ont procédé à un consilium, attestant, dans un rapport du 15 décembre suivant, une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, compte tenu d'une perte de rendement de l'ordre de 10 % au maximum.

Les 25 mai et 24 août 2023, l'assuré a versé au dossier un rapport du 3 mai 2023 du Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, et un rapport du 21 juillet 2023 du Dr G._____.

Par rapport d'expertise complémentaire du 17 octobre 2023, le Prof. I._____ et les Drs T._____ et O._____ n'ont constaté aucun argument en faveur d'une diminution de la capacité de travail de l'assuré en raison de la prise de médicaments, dès lors que l'examen

neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise judiciaire concluait à l'absence de troubles cognitifs avérés.

Les 27 février et 10 juillet 2024, l'assuré a produit un rapport du 26 janvier 2024 de la Dre M._____, spécialiste en pharmacologie et toxicologie cliniques, un rapport non daté du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, et un document du 18 juin 2024 intitulé « mémoire défensive dans le cadre des expertises AI et celles mandatées par le Tribunal cantonal Cour des assurances sociales ». Il a en outre requis la tenue d'une audience de jugement, avec audition du Prof. I._____, et du Dr. G._____ notamment.

Par écriture du 15 août 2024, l'OAI a transmis un avis du 12 août 2024 de son service médical, lequel considérait que les différents rapports présentés par l'assuré n'étaient pas à même de réfuter les conclusions de l'expertise judiciaire.

Par écriture du 3 septembre 2024, l'assuré a renouvelé sa requête visant à la tenue d'une audience de jugement.

Par courrier du 12 septembre 2024, le juge instructeur a fait savoir à l'assuré qu'il n'organiserait pas d'audience d'instruction, mais qu'il lui était loisible de requérir la tenue d'une audience de débats publics.

Par écriture du 23 septembre 2024, l'assuré a confirmé solliciter la tenue d'une audience de jugement.

Une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) a eu lieu le 13 juin 2025, lors de laquelle l'assuré a, d'une part, produit une « transcription » des échanges qu'il avait eu avec le Prof. I._____ dans le cadre de l'expertise neurologique et, d'autre part, requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique et d'un complément d'expertise de la part de ce

spécialiste, ainsi que l'audition de ce dernier et du Dr G._____. Le conseil de l'assuré a en outre plaidé pour son client.

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 porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI.

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 a déposé, le 14 octobre 2009, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que la procédure concerne l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} avril 2010 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit 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.

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 LPGA).

c) 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, le recourant a été opéré d'une hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche le 23 janvier 2009. A la suite de cette intervention, il a souffert de douleurs neuropathiques, en particulier au niveau du pied gauche. Une première expertise neurologique a été menée en février 2011 par le Dr D._____, lequel a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, compte tenu d'une diminution de rendement de 10 %. Une expertise psychiatrique a été réalisée en octobre

2011 par le Dr J._____, du SMR, lequel a estimé que le recourant ne présentait aucune incapacité de travail sur ce plan. L'appréciation de ce spécialiste a cependant été écartée par la Cour de céans dans son arrêt du 7 août 2013, au motif que celui-ci avait apposé, sans droit, la mention « *psychiatre FMH* » au côté de sa signature. L'instruction du dossier reprise, l'intimé a confié une nouvelle expertise psychiatrique au Dr L._____, lequel a mis en évidence, dans son rapport de juillet 2014, une capacité de travail préservée dans toute activité. Le recourant a par la suite été examiné par le Dr Q._____, lequel a conclu, dans son rapport de janvier 2017, à une capacité de travail de 90 % dans l'activité habituelle sur le plan neurologique, « *à condition de tenir compte de l'adaptation nécessaire par rapport aux douleurs* ». Sur la base de ces deux expertises, l'intimé a, par décision du 18 mai 2017, nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement.

b) Comme l'a relevé à juste titre le recourant dans son acte du 21 juin 2017, les Drs L._____ et Q._____ n'ont à aucun moment procédé à un consilium de synthèse, de sorte que leurs conclusions respectives n'ont pas pu être confrontées. Plus de deux années a en outre séparé la réalisation de ces expertises. Dans ces conditions, afin de départager les avis et rapports médicaux divergents, la Cour de céans a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant non seulement des volets en neurologie et en psychiatrie, mais aussi en orthopédie, discipline qui n'avait alors jamais fait l'objet d'investigations détaillées de la part de l'intimé. Cette tâche a été confiée aux Drs Z._____, T._____ et O._____ et au Prof. I._____. Il ressort ainsi de leur évaluation consensuelle du 7 décembre 2022 et du rapport correspondant, signé par tous les experts le 15 décembre 2022, que le recourant présentait principalement les diagnostics incapacitants de status post-récidive de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche (le 23 janvier 2009), de status post-discectomie avec cure de hernie discale à ces vertèbres (le 25 janvier 2009) et de douleurs neurogènes du pied dans le territoire de la vertèbre S1 gauche post-radiculopathie compressive sur hernie discale, ainsi que les diagnostics non incapacitants de trouble neuropsychologique minimal, de

dysthymie (CIM-10 F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0). Sa capacité de travail était entière dans l'activité, avec une diminution de rendement de 10 % au maximum en raison des douleurs neurologiques au pied gauche. Elle se montait à 100 % dans une activité adaptée.

c) aa) Cela étant, aucun élément au dossier ne permet de remettre en doute l'appréciation des différents experts judiciaires, étant d'emblée précisé que – contrairement à ce que soutient le recourant – seuls les entretiens menés lors d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA doivent faire l'objet d'un enregistrement sonore, les expertises judiciaires n'étant pas concernées par cette exigence (cf. TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 6.2 ; David Ionta, Expertises médicales en assurances sociales : Analyse de la situation actuelle et propositions d'amélioration, *in* : Jusletter du 14 octobre 2024, p. 35).

bb) Ainsi, sur les plans orthopédique et neurologique, le Dr Z. _____ et le Prof. I. _____, assisté de la Dre O. _____, ont, dans leurs rapports respectifs datés des 21 avril et 21 décembre 2022, analysé de façon circonstanciée les points litigieux, spécifiquement ceux concernant les douleurs causées par la hernie discale survenue en janvier 2009, soulignant que l'intervention chirurgicale réalisée deux jours plus tard avait entraîné un résultat satisfaisant et que le dossier ne montrait aucun déficit moteur associé. Leurs avis ont par ailleurs reposé sur des examens physiques (rachis, chevilles et pieds) et neurologiques (notamment un bilan neuropsychologique) complets. Les plaintes du recourant en lien avec ses douleurs au pied gauche et au dos et ses difficultés de concentration ont été prises en considération par les experts. Ces derniers ont en outre établi leurs rapports respectifs en pleine connaissance du dossier, notamment des rapports du Dr G. _____ et des rapports d'expertise des 23 février 2011 et 3 janvier 2017 des Drs D. _____ et Q. _____. Finalement, la situation médicale a été décrite et appréciée de façon claire et les conclusions relatives à la capacité de travail du recourant suffisamment motivées.

S'agissant plus particulièrement du volet neurologique de l'expertise, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il reproche au Prof. I._____ - dans un premier moyen d'ordre formel - d'avoir délégué la « *quasi-totalité des examens, des entretiens et des évaluations neurologiques et neuropsychologiques* » à la Dre O._____, laquelle ne bénéficiait pas des mêmes compétences accrues. En effet, conformément à l'art. 7m al. 5 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), le fait que cette médecin ne disposait pas encore, en 2022, du titre de spécialiste en neurologie ne l'empêchait pas de contribuer à l'expertise, sous la supervision du Prof. I._____, cela dans le cadre de sa formation postgrade. Qui plus est, si l'examen clinique opéré par ce dernier a pu être relativement bref (« *5 à 10 minutes* » selon l'assuré), il apparaît plus que vraisemblable qu'il a discuté du cas avec son assistante et que les conclusions de l'expertise neurologique ont fait l'objet d'un consilium. A noter encore que la participation de la Dre O._____ en tant qu'assistante a été annoncée (sous son précédent nom de famille) par le Dr T._____ dans un courrier du 12 juillet 2019, lequel a été transmis aux parties par courrier du 18 juillet suivant du juge instructeur. Or le recourant n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'experte adjointe à ce moment-là. Il ne s'est pas non plus manifesté après les entretiens avec cette dernière. En attendant plusieurs mois avant d'émettre des griefs formels sur la « *qualité scientifique* » de l'expertise neurologique, le recourant a donc tardé à agir, contrevenant aux règles relatives à la protection de la bonne foi (cf. ATF 148 V 225 consid. 3.2).

Sur le fond, le rapport du 21 juillet 2023 du Dr G._____, le rapport du 26 janvier 2024 de la Dre M._____ et le rapport non daté du Dr S._____ ne sont pas susceptibles de remettre en doute les conclusions du Prof. I._____ et de la Dre O._____. A cet égard, le Dr G._____ s'est contenté de déclarer que le traitement médicamenteux de son patient engendrait « *un état mental et cognitif altéré* », lequel était à l'origine d'une perte de rendement de l'ordre de 50 % à 70 %, sans motiver plus en détails ses affirmations. La Dre M._____ a, pour sa part, certes signalé que - de manière générale - certaines substances

thérapeutiques (notamment les anxiolytiques, les hypnotiques et les anticholinergiques) étaient associées à un risque de trouble de la mémoire ou de la concentration. Elle n'a toutefois pas fait expressément état de l'existence - dans le cas d'espèce - d'une telle relation causale, exposant que cette question ne pouvait être discutée en l'absence d'un bilan neuropsychologique. Or, dans leur complément du 17 octobre 2023, les Prof. I._____ et les Drs T._____ et O._____ ont rappelé que l'examen neuropsychologique réalisé lors de l'expertise judiciaire avait conclu à l'absence de troubles cognitifs avérés, si bien qu'ils n'avaient aucun argument en faveur d'une diminution de la capacité de travail du recourant en raison de la prise de médicaments. Quant au Dr S._____, il a mis en évidence un trouble neuropsychologique léger, à savoir un diagnostic identique à celui posé par le Prof. I._____ et la Dre O._____. Enfin, on ne saurait déduire des échanges verbaux entre le Prof. I._____ et le recourant tels que retranscrits par ce dernier dans son « mémoire défensive » du 18 juin 2024 que l'expert neurologue aurait manqué d'attention ou se serait montré inadéquat durant l'entretien. Au contraire, le rapport d'expertise du 21 décembre 2022 rend clairement compte des examens cliniques effectués, de leur pertinence, tout en motivant clairement les conclusions prises au terme de ceux-ci.

cc) Du point de vue psychiatrique, le Dr T._____ a, quant à lui, apprécié, dans son rapport du 11 octobre 2022, les points litigieux de manière circonstancié. A ce titre, il a admis que le recourant souffrait depuis de nombreuses années d'un tableau de troubles anxio-dépressifs chroniques, lequel correspondait à un trouble dysthymique, tout en précisant que le Dr K._____ - qu'il avait contacté à la suite des entretiens - partageait son avis. Il n'a en outre constaté aucun déficit cognitif. Au demeurant, il a mené des examens complets et tenu compte, dans le cadre de son analyse, des plaintes du recourant en lien notamment avec ses douleurs au pied gauche, un manque de concentration, des problèmes de mémoire, une baisse d'estime personnelle et la qualité de son sommeil. Il a établi son rapport d'expertise en pleine connaissance des pièces versées au dossier, singulièrement des rapports du psychiatrique traitant et du rapport d'expertise du 22 juillet

2014 du Dr L._____. Il s'est également entretenu avec le Dr K._____ à deux reprises par téléphone. Pour finir, il a décrit et apprécié la situation médicale de manière claire et a motivé à satisfaction ses conclusions - qui sont d'ailleurs partagées par le psychiatre traitant - selon lesquelles les atteintes à la santé psychique diagnostiquées n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail, cela tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Sur ce dernier point, le recourant n'a avancé aucun élément objectif propre à contrer les constatations et conclusions de l'expert psychiatre, se bornant à rendre compte de son anxiété et à opposer une appréciation subjective de l'intensité de cette symptomatologie. Notons encore que le Dr T._____ a - conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. supra consid. 3c) - posé les diagnostics de dysthymie et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques selon les règles de l'art et procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il a exposé que les diagnostics précités étaient non incapacitants, ce qui constitue un indice fort allant dans le sens d'une atteinte de faible gravité (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.1). Il a de surcroît expliqué que la prise chronique de médicaments (anti-douleurs et anti-inflammatoires surtout) depuis dix années par le recourant ne jouait aucun rôle sur sa capacité de travail. Il n'a du reste relevé ni trouble de la personnalité ni altération des « fonctions complexes du Moi », avec des capacités de jugement, de raisonnement et de perception de soi et des autres conservées. Seuls des traits de personnalité quérulente, narcissique et immature ont été observés. Enfin, il a estimé que les plaintes de l'assuré relatives à ses douleurs au pied gauche étaient peu cohérentes au regard de son mode de vie, notamment de sa pratique de différents sports tels que le football ou le tennis. Il en était de même de ses allégations selon lesquelles il souffrait de dépression et d'une défaillance au niveau cognitif, celles-ci étant contredites par l'exercice récent d'une activité lucrative, le bilan neuropsychologique réalisé par le Prof. I._____ et la Dre O._____, le statut psychiatrique et l'abandon du suivi auprès du Dr K._____.

d) Partant, sur le vu de ce qui précède, il sied de valider les conclusions du Prof. I. _____ et des Drs O. _____, T. _____ et Z. _____ telles qu'elles ressortent de leur évaluation consensuelle et de leurs rapports respectifs et de constater, d'une part, que le recourant est pleinement capable d'exercer son activité habituelle, compte tenu d'une diminution de rendement à hauteur de 10 % - soit une capacité de travail globale de 90 % - , et, d'autre part, qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique et neurologique. Il n'est à ce stade pas nécessaire de se prononcer sur la valeur probante des rapports d'expertise des Drs D. _____, L. _____ et Q. _____, étant donné que l'expertise judiciaire mise en œuvre avait pour but de départager les avis divergents des différents médecins appelés à se prononcer sur le cas.

6. Dès lors qu'il est admis que le recourant peut exercer son activité habituelle, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue, à savoir 10 % (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). Aussi, ce taux est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. *supra* consid. 3b). Il en est de même s'agissant d'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3). A cet égard, l'arrêt du Tribunal fédéral du 21 août 2017 en la cause 9C_136/2017 - dont s'est référé le recourant lors de l'audience du 13 juin 2025 afin de réclamer la mise en œuvre d'une mesure de reclassement - ne saurait être transposé à la présente situation. En effet, l'assuré ne peut se prévaloir d'un éloignement prolongé du marché du travail, étant donné que - de son propre aveu -, il a occupé un emploi durant un an et demi entre 2020 et 2022. Le trouble neuropsychologique léger dont il souffre a pour le reste été pris en compte par le Prof. I. _____ et la Dre O. _____ dans leur analyse, si bien qu'il ne saurait fonder une incapacité de travail supplémentaire. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit tant à une rente d'invalidité qu'à une mesure de reclassement.

7. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique et d'un complément d'expertise du Prof. I._____, ainsi que par l'audition de ce dernier et du Dr G._____. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 18 mai 2017 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 18 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Eric Stauffacher (pour X._____),
- 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 :