

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 février 2026

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Pasche et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 61 let. c LPGA ; art. 4 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, célibataire, au bénéfice notamment d'un Bachelor en relations internationales et d'un Master en études internationales, spécialisation en droit international, a complété un formulaire de détection précoce le 9 août 2021, puis 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) le 16 septembre 2021 en faisant état d'une incapacité de travail de 100 % à compter du 21 septembre 2020, de 70 % avec réduction progressive jusqu'à 50 % depuis le 23 mars 2021, puis à nouveau de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> août 2021 en raison d'un syndrome douloureux chronique diffus primaire (troubles somatoformes musculo-squelettiques, côlon irritable, troubles du sommeil, fatigue chronique et hypersensibilités multiples) et d'une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1.

Il ressort du dossier, notamment des rapports du 15 mars 2021 du Prof. A.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et du Dr C.\_\_\_\_\_ et du 13 novembre 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin traitante de l'assuré, ainsi que des rapports initiaux des 16 août 2021 et 25 février 2022 de l'OAI, que l'assuré présente depuis l'âge de 10 ans une tension musculaire généralisée accompagnée d'une hypersensibilité aux émotions, aux odeurs, aux changements de temps et au bruit, ainsi qu'un trouble du sommeil sur hyperfragmentation, une pathologie anxieuse, une possible dépression et un syndrome du côlon irritable, vraisemblablement présents depuis son adolescence. A l'issue de sa formation, l'intéressé a collaboré pour le compte de plusieurs associations et organisations non-gouvernementales. Par la suite, il aurait renoncé à plusieurs postes en raison de douleurs lombaires. En 2016, il aurait entrepris une activité de consultant indépendant pour pouvoir adapter son temps de travail à son état de santé. Afin de stabiliser sa situation financière, il a accepté en parallèle, en mars 2017, un poste à 60 % en qualité de chargé de relations internationales auprès de la E.\_\_\_\_\_ à R\*\*\*, duquel il a démissionné le

30 octobre 2018 en raison de douleurs lombaires. Compte tenu de la chronicité des atteintes et de leur caractère invalidant à compter du mois de septembre 2020, l'assuré a bénéficié d'un traitement multimodal de deux semaines en février 2021, au terme duquel la capacité de travail était évaluée à 30 %, avec une augmentation à 60 % considérée comme possible dans les six mois. Malgré une évolution favorable, une incapacité de travail de 100 % était à nouveau retenue à compter du mois d'août 2021, après que l'assuré eut appris que sa mère souffrait d'une maladie oncologique.

Dans un rapport du 7 décembre 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, alors psychiatre traitant de l'assuré, a ajouté les diagnostics de trouble anxieux non spécifié (F41.9), depuis plusieurs années, et de personnalité avec traits émotionnellement labiles (F60.9), depuis le début de l'âge adulte (« jeune adulte »). Il a estimé qu'une capacité de travail de 50 à 60 % était envisageable sur le long terme, après stabilisation des troubles, dans toute activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (limitations légères : capacité d'intégration dans un groupe et capacités à s'affirmer ; limitations modérées : capacités d'adaptation et de flexibilité, adaptation aux règles et aux routines, capacités de résistance et d'endurance ainsi que mobilité). Il a précisé que l'hypersensibilité de son patient face à son environnement et à l'augmentation des contacts sociaux engendrait des émotions élevées qui exacerbaient la symptomatologie physique et psychique.

Dans un rapport du 7 avril 2022, le Prof. A.\_\_\_\_\_, reprenant pour l'essentiel les diagnostics évoqués précédemment, a estimé que l'intéressé devrait être capable de travailler 5 heures par jour dans toute activité, précisant qu'à terme, une capacité de travail de 70 à 80 %, voire de 100 % était envisageable.

Dans un rapport du 28 novembre 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau psychiatre traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'état anxieux et dépressif mixte

(F41.2), de troubles mixtes de la personnalité (traits narcissiques, état-limite et anxieux [F61.0]), de somatisation (F45.0) et de soutien familial inadéquat (Z63.2). Il a estimé que l'assuré était en mesure de travailler au maximum 5 heures par jour, dans toute activité, précisant qu'à terme, une capacité de travail de 40 à 60 % était envisageable, selon l'évolution.

Observant une discordance entre les spécialistes consultés, qui estimaient que l'assuré était capable de reprendre, même graduellement, une activité lucrative, et l'intéressé, qui estimait ne pas être prêt à entreprendre une mesure, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a, dans un avis du 21 février 2023, préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique (ou de médecine physique et réadaptation), de médecine interne, neurologique et psychiatrique.

Dans un rapport du 4 mai 2023, la Dre J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble du spectre de l'hypermobilité responsable d'un syndrome douloureux chronique. Elle a indiqué que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 40 à 60 % dans une activité adaptée, sans autres précisions.

Les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que M. M.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, du N.\_\_\_\_\_ (N.\_\_\_\_\_) de T\*\*\*, ont rendu leur rapport d'expertise le 17 août 2023. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathie localisée légère L4-L5 et L5-S1 (M51.3), de douleurs musculosquelettiques polyarticulaires dans le cadre d'un trouble du spectre de l'hypermobilité articulaire (M25.2) sans critère diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos ni de rhumatisme psoriasique, traitées par une antalgie simple et des auto-exercices, de symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique modérée (6C20.1), de trouble d'anxiété généralisée (6B00), de dysthymie (6A72), de gastrite diffuse sur

prise d'AINS (2020), de maladie hémorroïdaire et de psoriasis et dermatite séborrhéique. Ils ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 % afin de lui permettre d'effectuer des pauses et des auto-exercices pendant les pauses), depuis le mois de septembre 2020, soit depuis que l'assuré avait manifesté une exacerbation de ses douleurs, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (pas de position en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique prolongée avec changement possible de position assis-debout chaque 45 minutes au moins, pas de port répété de charge supérieure à 15 kg, pas de marche sur de longues distances au-delà d'une heure et 30 minutes ni de position debout prolongée au-delà de 30 minutes).

Dans son avis du 25 août 2023, le SMR a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 31 août 2023, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité inférieur à 40 % (20 %), et aux mesures professionnelles, faute de mesure susceptible de réduire le préjudice économique. Par communication du même jour, l'OAI a toutefois octroyé à l'intéressé une aide au placement.

Le 19 septembre 2023, l'assuré a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précité, faisant valoir qu'il ne pouvait plus travailler à 80 %, ce qui avait été confirmé par ses médecins traitants, et que l'expertise comportait plusieurs erreurs, tant du point de vue factuel que médical.

Le 23 octobre 2023, l'assuré, alors représenté par H.\_\_\_\_\_, a complété ses objections. En substance, il a remis en cause la valeur probante de l'expertise, qui était incomplète ou erronée sur certains points concernant sa situation et le calcul de son degré d'invalidité. Il a produit un rapport du 3 mai 2022 du Prof. A.\_\_\_\_\_, du 25 septembre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, du 11 octobre 2023 de la Dre D.\_\_\_\_\_ et du 17 octobre 2023

de la Dre J.\_\_\_\_\_, précisant qu'il était encore dans l'attente d'un rapport actualisé du Prof. A.\_\_\_\_\_.

Le 7 novembre 2023, il a transmis à l'OAI un rapport du 31 octobre 2023 du Prof. A.\_\_\_\_\_.

Par décision du 16 avril 2024, l'OAI, se fondant notamment sur un avis du 30 novembre 2023 de son service médical interne, qui estimait que les rapports transmis postérieurement à l'expertise n'apportaient pas de nouveaux éléments médicaux, a confirmé en tout point son projet de décision.

**B.** Par acte du 15 mai 2024, B.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 16 avril 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite des frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, subsidiairement à son annulation et à ce que l'OAI soit condamné à lui allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à dire de justice. En substance, il a remis en cause la valeur probante de l'expertise du 18 août 2023 et fait valoir que son état de santé l'empêchait de reprendre une activité professionnelle, se réservant à cet égard le droit de déposer une contre-expertise. Il a notamment requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et « la mise en œuvre d'une audience publique et la possibilité pour le recourant d'être entendu par votre Autorité ».

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 9 décembre 2024, l'assuré a modifié ses conclusions, concluant désormais, principalement, à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, subsidiairement, à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'il soit mis au bénéfice de mesures professionnelles, plus subsidiairement à l'annulation de la décision

attaquée et au renvoi de la cause pour complément d'instruction, en particulier sur le plan médical, et nouvelle décision, en tout état de cause, à ce que l'OAI soit condamné à prendre à sa charge les frais par 7'350 fr. de l'expertise médicale privée du 3 décembre 2024 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'il a produit à cette occasion. Sur le fond, il a remis en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Compte tenu des appréciations divergentes au dossier, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire était selon lui indispensable. A l'appui de ses arguments, il s'est référé à « la contre-expertise psychiatrique » du 3 décembre 2024 du Dr I.\_\_\_\_\_, lequel a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1), de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (F90.0), de phobie simple (chiens) (F40.2), présents depuis l'enfance, ainsi que de modification durable de la personnalité (F62.0) après trouble de stress post-traumatique complexe depuis au moins l'adolescence, responsables selon lui d'une incapacité de travail, à court et relativement moyen terme, de 70 % dans toute activité, précisant que l'assuré ne pouvait pas travailler actuellement, en tout cas depuis septembre 2021, en raison des limitations fonctionnelles (fortement affectées : la planification et structuration des tâches, la flexibilité et l'adaptabilité, la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, la capacité d'affirmation de soi, la capacité d'intégration dans un groupe ; affectées : l'adaptation aux règles et aux routines, les activités spontanées et la proactivité, la capacité d'endurance et de résistance, la capacité de contact et de conversation avec des tiers, la capacité aux relations privilégiées à deux, la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge ainsi que la mobilité et la capacité de déplacement).

Dans sa duplique du 30 janvier 2025, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Se fondant sur un avis de son service médical interne du 6 janvier 2025, il a estimé que le rapport du 3 décembre 2024 du Dr I.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun nouvel élément médical objectif et constituait une appréciation différente d'un même état de fait. Quant aux frais relatifs

à l'expertise privée, ils n'avaient pas à être mis à sa charge dans la mesure où il avait procédé aux mesures d'instruction nécessaires.

Dans ses déterminations du 20 février 2025, l'assuré a fait valoir que l'appréciation du SMR du 6 janvier 2025, en tant qu'elle a été rendue par une personne non autorisée à pratiquer sur le territoire suisse et spécialiste en chirurgie, était dénuée de force probante et n'était pas susceptible de remettre en cause l'expertise étayée du Dr I.\_\_\_\_\_. Il a produit un rapport du 18 février 2025 du Dr G.\_\_\_\_\_, contestant les conclusions de l'expertise du 18 août 2023.

Dans ses déterminations complémentaires du 8 avril 2025, l'assuré a produit un rapport du 4 avril 2025 du Dr I.\_\_\_\_\_, lequel critiquait l'appréciation du SMR du 6 janvier 2025.

Dans ses déterminations du 12 mai 2025, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions, rappelant que la médecin du SMR, qui avait établi ses rapports sur la base du dossier, était habilitée à porter un jugement sur la qualité d'un rapport médical ainsi que sur la pertinence des renseignements médicaux versés au dossier, même s'ils sortaient du cadre de sa spécialité.

**C.** Une audience de débats publics s'est tenue le 24 février 2026, au cours de laquelle l'assuré, représenté par Me Luca Zanello, en remplacement de Me Duc, a eu l'opportunité de plaider sa cause.

### **E n d r o i t :**

**1.**       **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** 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 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

**b)** En l'occurrence, le recourant, en incapacité de travail depuis le 21 septembre 2020, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 septembre 2021, si bien qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le nouveau droit est donc applicable au cas d'espèce.

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

**5.** 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).

**6. 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\_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).

**7. a)** En l'espèce, l'office intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du N. \_\_\_\_\_ du 17 août 2023, a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité. Il a également refusé d'octroyer des mesures professionnelles, estimant qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

**b)** Cela étant, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'expertise du 17 août 2023 du N.\_\_\_\_\_, laquelle conclut que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 % afin de lui permettre d'effectuer des pauses et des auto-exercices pendant les pauses) dans toute activité depuis le mois de septembre 2020.

**aa)** Sur le plan formel, la Cour de céans constate que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Chacun des experts a personnellement rencontré le recourant et procédé à son examen clinique. Les experts ont par ailleurs complété leur analyse en requérant une évaluation neuropsychologique. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Ils ont discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant chacun dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

**bb)** L'expert en médecine interne a posé les diagnostics de gastrite diffuse sur prise d'AINS, de maladie hémorroïdaire ainsi que de psoriasis et de dermatite séborrhéique. Il a indiqué que l'examen clinique, en dehors d'une palpation abdominale sensible, était dans les limites de la norme et n'a retenu aucune limitation fonctionnelle. Il a conclu que le recourant disposait d'une capacité totale de travail, sans diminution de rendement, dans toute activité, ce depuis toujours.

L'experte en médecine physique et réadaptation a, quant à elle, posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathie localisée légères L4-L5 et L5-S1 et de douleurs musculosquelettiques

polyarticulaires dans le cadre d'un trouble du spectre de l'hypermobilité articulaire sans critère diagnostique de syndrome d'Ehlers Danlos ni de rhumatisme psoriasique, douleurs traitées par une antalgie simple et des auto-exercices. Bien que les douleurs musculosquelettiques puissent évoluer dans le cadre d'un trouble du spectre de l'hypermobilité, elle a expliqué que les plaintes du recourant étaient polymorphes et généralisées. Les lombalgies étaient très haut cotées et paraissaient surdimensionnées au regard des constatations objectives qui mettaient en évidence une discopathie légère lombaire localisée, rejoignant ainsi l'avis du Prof. A. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. leur rapport du 15 mars 2021). Le status articulaire segmentaire était par ailleurs dans la norme avec des mobilités amples, hormis une légère hypertonie para-lombaire objectivée. Le recourant ne présentait par ailleurs pas de déficit neurologique et l'autonomie quotidienne était préservée. L'experte en a déduit que le recourant disposait d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 % afin de lui permettre d'effectuer des pauses et des auto-exercices pendant les pauses), dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de position en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique prolongée avec changement possible de position assis-debout chaque 45 minutes au moins, pas de port répété de charge supérieure à 15 kg, pas de marche sur de longues distances au-delà d'une heure et 30 minutes ni de position debout prolongée au-delà de 30 minutes).

L'expert en neurologie n'a, quant à lui, retenu aucun diagnostic. L'examen neurologique réalisé était normal et ne révélait, notamment, aucun argument en faveur d'un syndrome pyramidal, cérébelleux et parkinsonien. Le bilan neuropsychologique exhaustif, réalisé en raison des multiples plaintes cognitives formulées par le recourant, a montré des performances normales, voire supérieures à la norme et n'avait donc pas permis de retenir de limitations fonctionnelles et de diminution de la capacité de travail. Il en a déduit que la capacité de travail du recourant était depuis toujours entière dans toute activité et sans diminution de rendement.

L'expert en psychiatrie et psychothérapie a posé les diagnostics de trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique modérée, de dysthymie et de trouble d'anxiété généralisée. Le premier diagnostic se justifiait en raison du stress et de l'attention excessive engendrée par le syndrome douloureux et la fatigue chronique. S'agissant du second diagnostic, l'expert a relevé que la symptomatologie dépressive anxieuse, présente depuis plusieurs années et exacerbée depuis le décès de sa mère en octobre 2021, dont se plaignait le recourant, était objectivement d'intensité légère, l'expertisé ne prenant aucun antidépresseur ou anxiolytique. Enfin, le dernier diagnostic retenu était justifié par le fait que le recourant se plaignait depuis longtemps d'une anxiété, avec des ruminations anxieuses pouvant perturber son endormissement, sa concentration et provoquer des tensions musculaires. L'expert L. \_\_\_\_\_ a tout d'abord relevé que le recourant se plaignait essentiellement d'un syndrome douloureux, de fatigue ainsi que de symptômes corporels engendrant un stress, mentionnant comme facteurs de stress la séparation de la mère avec le père du recourant avant même sa naissance, l'atmosphère tendue dans la famille à cause de la violence physique et verbale de son père adoptif que l'expertisé a subie jusqu'à l'âge de 10 ans, le fait que la mère du recourant a failli se noyer sous ses yeux lorsqu'il avait 11 ans, ainsi que le décès de cette dernière en octobre 2021. Il a ensuite observé que l'histoire personnelle du recourant était jalonnée par une certaine instabilité et que la description que ce dernier faisait de sa personnalité était compatible avec un certain nombre de traits de la personnalité problématiques, comme le fait d'être angoissé par les abandons et de ressentir une colère qu'il intériorisait. Toutefois, de l'avis de l'expert, ces traits de personnalité ne paraissaient pas avoir d'impact suffisamment sévère dans son quotidien pour être qualifiés de pathologiques. A cela s'ajoutait l'absence de signe patent de trouble du caractère à l'examen clinique, amenant l'expert à nier l'existence d'un trouble de la personnalité. Par ailleurs, le recourant disposait de plusieurs ressources internes (pleinement conservées : adaptation aux règles et aux routines, planification et structuration des tâches, capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, activités spontanées et proactivité, capacité d'endurance et de

résistance, capacité de contact et de conversation avec des tiers, capacité d'intégration dans un groupe, capacité aux relations privilégiées à deux, capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge ainsi que mobilité et capacité de déplacement ; partiellement conservée : flexibilité et adaptabilité), et externes (bonnes relations avec sa fratrie, amis de longue date, en couple depuis quelques années). Enfin, au niveau de la cohérence, l'atteinte était uniforme dans tous les domaines de la vie, sans majoration des plaintes psychiques décelée. Il en a déduit que le recourant disposait depuis toujours d'une capacité entière de travail, sans diminution de rendement, dans toute activité.

Enfin, l'expert neuropsychologue a indiqué que le bilan neuropsychologique du recourant était dans la norme, même souvent supérieur à la moyenne à la majeure partie des tests. Il avait uniquement relevé une altération de la fonction d'alerte au test d'évaluation de l'attention (TAP), des empan de chiffres un peu faibles, mais non pas déficitaires et, au plan exécutif, une erreur pathologique dans l'une des tâches de planification proposée et des signes très discrets d'un possible trouble de la flexibilité au Trail Making Test, partie B (TMT B). En résumé, le neuropsychologue a conclu que l'examen neuropsychologique n'avait mis en évidence que quelques difficultés peu significatives alors que la majeure partie des performances du recourant, notamment dans le domaine mnésique et attentionnel, étaient excellentes. Nonobstant la présence d'une impulsivité du recourant, d'une quasi surdouce, d'une relative faiblesse des empan de chiffre et de la plainte de fatigue, éléments suggérant l'existence d'un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, un tel diagnostic a toutefois été exclu par le neuropsychologue après que l'évaluation de l'attention soutenue à l'aide d'une tâche est revenue normale. Par ailleurs, aucun signe physiologique de fatigue durant l'examen ni de dégradation des performances avec la durée de la séance n'ont été observés. Il en a déduit que le recourant ne présentait aucun trouble neuropsychologique et que ce dernier disposait, depuis toujours, d'une capacité totale de travail, sans diminution de rendement, dans toute activité.

**c)** Les rapports produits par le recourant postérieurement à l'expertise ne commandent pas de s'écarter des conclusions de cette dernière.

**aa)** On constate tout d'abord que le rapport du 17 octobre 2023 de la Dre J.\_\_\_\_\_, qui évalue la capacité de travail du recourant à 40 à 60 % en raison de l'hyperlaxité qu'il présente au niveau des genoux, des mains et des chevilles, n'apporte aucun élément dont les experts n'auraient pas eu connaissance ou tenu compte, étant par ailleurs relevé qu'elle a précisé ne pas avoir revu le patient depuis la rédaction de son précédent rapport du 4 mai 2023. Quant aux rapports du 25 septembre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_ et du 11 octobre 2023 de la Dre D.\_\_\_\_\_, ils retiennent uniquement une chronicité de la situation médicale du recourant, sans apporter d'élément médical commandant de s'écarter des conclusions de l'expertise. S'agissant du rapport du 31 octobre 2023 du Prof. A.\_\_\_\_\_, il fait état d'une capacité de travail de 100 % d'un point de vue strictement rhumatologique dans une activité physique légère avec la possibilité de changer régulièrement de position, confirmant ainsi la position des experts sur ce point. Si le recourant a fait valoir qu'il n'était pas en mesure de travailler à plus de 60 %, car il avait besoin de repos et de temps pour gérer ses douleurs, c'est précisément la conclusion à laquelle sont parvenus les experts, qui ont toutefois estimé la baisse de rendement à 20 % afin que l'intéressé puisse prendre le temps nécessaire à effectuer des pauses ainsi que des auto-exercices pendant les pauses.

**bb)** Dans le cadre de sa réplique, le recourant a également produit une « contre-expertise privée » du 3 décembre 2024 du Dr I.\_\_\_\_\_, complétée le 4 avril 2025, lequel retient les diagnostics psychiatriques incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), de trouble d'anxiété généralisée (41.1), de trouble de l'hyperactivité avec attention (F90.0) et de phobie simple (chiens) (F40.2), présents depuis l'enfance, et de modification durable de la personnalité (F62.0) après état de stress post-traumatique complexe), depuis au moins l'adolescence, responsables, selon lui, d'une incapacité de travail, à court et moyen terme de 70 % dans toute activité.

Il convient tout d'abord de rappeler que la durée de l'examen - qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical - ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4 et les références citées). Le fait que l'expert psychiatrique L. \_\_\_\_\_ n'a rencontré qu'une seule fois le recourant n'est donc pas pertinent. De plus, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C\_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). Or le Dr I. \_\_\_\_\_ décrit des diagnostics psychiatriques existant depuis l'enfance ou l'adolescence, dont un état dépressif récurrent, attesté comme grave à tout le moins depuis le décès de sa mère en octobre 2021 et encore actuellement, avec des capacités évaluées selon la Mini-CIF-APP décrites comme fortement touchées dans leur grande majorité. Cette appréciation semble toutefois peu cohérente au regard de l'anamnèse personnelle et professionnelle du recourant. A cet égard, on constate en particulier que le fonctionnement de l'intéressé n'a pas été entravé, avec un parcours scolaire et académique dans la norme, avec l'obtention d'un Bachelor puis d'un Master, respectivement en 2008 et 2011, puis l'exercice d'activités lucratives à taux variables, des activités de bénévolat auprès de diverses entités ainsi que l'obtention de plusieurs certifications de formation continue, notamment un DAS en 2016, dont certaines ont été effectuées alors qu'il se trouvait en incapacité totale ou partielle de travail. En novembre 2021, il s'est lancé dans une activité d'indépendant en tant que consultant en vitalité à 20 % (cf. rapport du 7 décembre 2021 du Dr F. \_\_\_\_\_). Ce constat est confirmé par le fonctionnement quotidien du recourant qui parvient à garder une routine de soins et d'activités, ainsi qu'à mobiliser ses ressources (joue de la guitare, pratique le chant, le yoga et la méditation, la natation, rencontre ses amis et entretient des contacts réguliers avec ses demi-frères, s'adonne à la lecture, se rend au cinéma, se balade en plein air, fait du vélo électrique, demeure actif pour la durabilité/transition écologique et sociale et effectue ses tâches

quotidiennes de manière autonome [cf. rapports du 7 décembre 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_, pp. 11 et 12 de l'expertise consensuelle, pp. 14, 15 et 22 de l'expertise psychiatrique]), l'intéressé ayant par ailleurs, courant 2024, entrepris une formation de formateur d'adultes dans le domaine de l'environnement à raison de six ou sept modules de 2 jours chacun avec des horaires de 9 heures à 17 heures (cf. p. 2 de la contre-expertise du Dr I.\_\_\_\_\_.). Aussi, les différents diagnostics retenus par le Dr I.\_\_\_\_\_ ne sont étayés que sommairement par des éléments issus de l'anamnèse, tout comme les limitations fonctionnelles décrites, lesquelles reposent de surcroît sur la prémisse que le recourant souffre d'un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité impactant considérablement son fonctionnement. Pour le reste, le lien que fait le Dr I.\_\_\_\_\_ entre les taux d'activité réduits exercés par le recourant et le diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité n'est pas corroboré par les éléments au dossier, duquel on déduit que c'est principalement la symptomatologie douloureuse qui est à l'origine des limitations du recourant (cf. par exemple rapport initial de l'OAI du 16 août 2021, rapport du 13 novembre 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_, expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 9 et 14, et expertise du Dr I.\_\_\_\_\_, p. 3).

Ainsi, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a en réalité pas véritablement examiné le degré de gravité fonctionnel des troubles - en particulier sous l'angle des ressources - et leur cohérence au regard du parcours et du quotidien de l'assuré, autrement dit sans tenir compte de l'ensemble des indicateurs développés à cet égard par la jurisprudence (cf. consid. 5d *supra*). Dans ces circonstances, l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_ ne saurait pas non plus remettre en doute les conclusions des experts.

**cc)** S'agissant enfin du rapport établi le 18 février 2025 par le Dr G.\_\_\_\_\_, produit par le recourant à l'appui de ses déterminations du 20 février 2025, il reprend pour l'essentiel les termes de ses précédents rapports, que ce soit pour le status, les diagnostic retenus, les limitations fonctionnelles ou le pronostic, et ne contient aucune donnée actualisée qu'il aurait directement observé et dont les experts n'auraient pas tenu compte.

**d)** Il sied également de mentionner que des facteurs contextuels de type kinésiophobique semblent influencer la perception qu'a le recourant de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail (cf. notamment le rapport du 15 mars 2021 du Prof. A. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_), celui-ci indiquant par exemple être convaincu que sa santé ne lui permet de travailler qu'à 50-60 % (cf. rapport initial du 16 août 2021, p. 14 des volets de médecine physique et réadaptation et psychiatrique de l'expertise). En outre, dans le cadre de l'expertise, le recourant se plaignait d'une baisse globale de ses performances, en particulier en lien avec l'attention, la concentration et la mémorisation, notamment en raison de la fatigue et des douleurs chroniques. Ces plaintes ont toutefois été infirmées par l'expert neuropsychologue, qui n'avait noté aucune signe physiologique de fatigue ou de fatigabilité attentionnel en fin d'examen, ni de fléchissement avec la durée de l'examen, et par les résultats du bilan cognitif de la psychologue O. \_\_\_\_\_ réalisé le 21 juin 2022, laquelle avait indiqué que la mémoire de travail - qui nécessitait de l'attention et de la concentration - était dans la moyenne forte. Ce constat semble au demeurant être confirmé par les experts, lesquels ont émis l'hypothèse (p. 8 de l'évaluation consensuelle) que le recourant était focalisé dans un rôle de malade.

**e)** Pour le surplus, le fait que l'expert L. \_\_\_\_\_ n'ait pas pris contact avec le psychiatre traitant ne saurait remettre en cause la valeur probante de son appréciation. Certes, il s'est écoulé cinq mois entre le dernier rapport du psychiatre traitant du 28 novembre 2022 et l'entretien expertal psychiatrique du 26 avril 2022. Toutefois, en tant que le psychiatre traitant, qui dispensait un suivi hebdomadaire au recourant dès le début de l'année 2023, n'avait pas établi de nouveau rapport médical depuis son rapport - détaillé - du 28 novembre 2022, l'expert L. \_\_\_\_\_ était en droit de considérer qu'une prise de contact avec le Dr G. \_\_\_\_\_ n'était pas nécessaire. Le recourant n'explique au demeurant pas en quoi l'omission de l'expert L. \_\_\_\_\_ - alléguée par l'intéressé - aurait pu ou dû influencer l'appréciation de ce dernier quant à sa capacité de travail.

**f)** En définitive, en l'absence d'avis médicaux justifiant de s'écarter du positionnement des experts, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant disposait depuis le mois de septembre 2020 d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 %) dans toute activité.

**8.** Compte tenu d'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par les experts (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et les références citées), ce qui n'est pas véritablement contesté par le recourant. Ainsi, ce dernier présente un degré d'invalidité de 20 %, excluant ainsi le droit à la rente d'invalidité.

**9.** Quant à la question du droit à des mesures d'ordre professionnel, l'intimé a retenu que le recourant ne saurait y prétendre dès lors que celles-ci ne permettraient pas, au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce (recourant hautement qualifié, qui n'a pas exercé d'activité de manière durable et qui ne se projette pas dans une reprise d'activité, et activité habituelle considérée comme adaptée ; cf. rapport final du service de réadaptation de l'intimé du 30 août 2023), de rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain en raison de son invalidité (TF 9C\_184/2025 du 7 août 2025 consid. 2.2). Cette appréciation peut être confirmée, étant précisé que ce point n'a pas été remis en cause par le recourant.

**10.** Le recourant requiert enfin la prise en charge par l'intimé de la note d'honoraires du Dr I.\_\_\_\_\_.

**a)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents

recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5).

**b)** En l'occurrence, le rapport d'expertise privée du Dr I. \_\_\_\_\_ n'a eu aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans lui, le résultat aurait été le même (cf. consid. 7 ci-dessus). Il n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

**11. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 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 16 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B. \_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :

