C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 6 octobre 2026

Composition : M. TINGUELY, président

Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges

Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourant, représenté par Me Lino Maggioni, avocat à Pully,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant du Kosovo né en ***, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), titulaire d'un CFC de réparateur automobile (***) et d'un certificat de responsable d'immeubles (***), divorcé, père d'un enfant né en ***, a exercé comme collaborateur technique (conciergerie) au X._____, à L***, depuis le ***.

Il a présenté une incapacité de travail totale et durable depuis le 2 novembre 2020.

Le 17 novembre 2020, la situation de l'assuré a été annoncée par formulaire de détection précoce complété par son employeur auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 13 janvier 2021, l'OAI a informé l'employeur de l'assuré que le dépôt d'une demande de prestations était indiqué.

Le 26 février 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles ou d'une rente. Il indiquait souffrir de « Douleurs musculaires et articulaires, intestin irritable, fatigue » depuis août 2008.

Aux termes d'un document intitulé « IP – Rapport initial » du 1er avril 2021, il était noté par un spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI que le souhait de l'assuré était de reprendre son activité habituelle, mais qu'il ne se sentait pas apte. Fixé sur ses douleurs, il se sentait comme un handicapé.

Par communication du 7 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

Dans un rapport du 20 octobre 2021, le Dr F._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de migraines (depuis 2012), de cervico-dorso-lombalgies chroniques (depuis 2008), d'omalgies bilatérales (depuis 2008-2009) et de trouble somatoforme (depuis 2020). Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de cinq kilos, une limitation du travail en porte-à-faux/antéflexion du tronc prolongé ainsi que des mouvements répétitifs en rotation. Le médecin traitant évaluait la capacité de travail de son patient comme nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Avec son rapport, le Dr F._____ a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 3 novembre 2020 du Dr G._____, médecin-associé auprès de la Consultation d'immunologie et allergie d'I._____, faisant état d'un probable syndrome douloureux chronique ;

- un rapport du 12 novembre 2020 du Prof. O._____, chef du Service de rhumatologie du CHUV, faisant état d'un trouble somatoforme depuis l'enfance (migraines, lombalgies, dorsalgies, syndrome intestin irritable) et de troubles du sommeil ;

- un rapport du 25 juin 2021 des Drs J._____ et K._____, tous deux anesthésiologues auprès de l'U._____, posant les diagnostics de migraines sur probable point de départ de névralgie d'Arnold bilatérale, de lombalgies d'évolution chronique, de neuropathie au dépend de la branche infra-patellaire du nerf saphène droit, et d'omalgies droites.

Par rapport du 10 juin 2022, le Dr F._____ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2020. Les limitations fonctionnelles étaient une limitation de la flexion du rachis, le soulèvement de charges lourdes, les stations debout et assise prolongées difficiles, une limitation de l'abduction-rotation externe de l'épaule droite ainsi qu'une montée et descente des escaliers douloureuse.

Dans un rapport du 11 janvier 2023, la Dre L._____, psychiatre traitante consultée depuis le 13 octobre 2022, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de syndrome de M._____ (suspicion par le Dr F._____, médecine générale) et de migraines. Les limitations fonctionnelles se rapportaient à des liens interprofessionnels difficiles, une instabilité ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue, des douleurs dans toutes les positions assises et couchées. La psychiatre traitante évaluait la capacité de travail de l'assuré comme nulle.

Par avis du 21 mars 2023, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), faisant le point intermédiaire sur les renseignements recueillis au dossier, a estimé qu'il se justifiait de poursuivre l'instruction sur le plan médical.

Dans un rapport du 25 mars 2023, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale, nouveau médecin traitant, a posé des diagnostics et énuméré des limitations fonctionnelles multiples. Sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle, ce médecin évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée à quatre heures par jour. Avec son rapport, le Dr N._____ a produit d'autres rapports médicaux émanant de spécialistes consultés dont il ressort en particulier une hospitalisation du 17 au 19 novembre 2022 en raison d'une appendicite aiguë.

Par rapport du 23 mai 2023, la Dre L._____ a fait part à l'OAI de l'absence d'évolution favorable depuis le dernier rapport médical. Les diagnostics incapacitants retenus étaient un trouble du sommeil, dépression, migraines, angoisses, un trouble de la mémoire et de la concentration, ainsi que des ruminations. La psychiatre traitante a fait une description de la journée-type de son patient. Les limitations fonctionnelles au plan psychiatrique étaient des douleurs psychosomatiques en lien avec les émotions « bloquées » dans le corps (tensions neuromusculaires liées à celles-ci qui généraient des douleurs chroniques), une anxiété, une

irritabilité qui augmentaient les douleurs, un trouble du sommeil en lien avec ces douleurs et l'anxiété. La Dre L._____ évaluait la capacité de travail de son patient comme nulle dans son activité habituelle. En lien avec la capacité de travail dans une activité adaptée, la psychiatre traitante a noté : « informatique en mouvement (position alternée) mais peut rester assis 1h15 environ sur une chaise en cuir ».

Suivant l'avis du 16 juin 2023 du SMR, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au P._____ (P._____) de R***. Dans leur rapport d'expertise du 26 octobre 2023, les médecins du P._____ n'ont pas retenu de diagnostic incapacitant. En l'absence de limitation fonctionnelle, ils ont estimé la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à 100 % depuis toujours.

Aux termes d'un rapport d'examen du 3 novembre 2023, le SMR a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité.

Par projet de décision du 6 novembre 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

> "Le 26 février 2021, vous avez déposé une demande de prestations auprès de notre assurance.
>
> Il ressort de l'ensemble des renseignements médicaux en notre possession que votre atteinte à la santé n'est pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée.
>
> Ainsi, le droit aux prestations n'est donc pas ouvert."

Le 7 décembre 2023, l'assuré désormais conseillé par Me Lino Maggioni a sollicité une prolongation de délai afin de consulter le dossier en mains de l'OAI.

Le 23 février 2024, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 22 février 2024 de la Dre L._____, laquelle contestait les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire au dossier.

Par avis du 3 mai 2024, le SMR a requis un complément d'instruction, demandant, d'une part, à la Dre L._____ une copie du bilan neuropsychologique réalisé auprès de Mme S._____ et, d'autre part, à l'assuré de lui communiquer le nom du médecin auprès duquel le bilan d'apnées du sommeil avait été réalisé.

Par courriel du 13 mai 2024, la Dre L._____ a informé l'OAI que le bilan neuropsychologique allait être réalisé au mois d'août 2024.

Le 22 août 2024, T._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a établi un rapport d'un bilan neuropsychologique de l'assuré. Sur la base de son évaluation des 19 et 22 août 2024, cette intervenante a conclu que les critères d'un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) de présentation combinée étaient réunis. Elle a noté que la symptomatologie cognitive représentait un trouble neuropsychologique de degré de sévérité minimal qui ne limitait pas, ou très peu, la capacité fonctionnelle de l'assuré au quotidien mais pouvait l'impacter plus significativement lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

Aux termes d'un rapport de polysomnographie du 10 octobre 2024, les Drs AA._____, spécialiste en neurologie, et V._____, spécialiste en psychiatre, ont conclu à un syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif et de degré sévère, avec un index d'événements respiratoires à 41,9/h et un index de désaturation à 27,6/h.

Par avis du 24 février 2025, le SMR a retenu que le bilan neuropsychologique ne permettait pas de mettre en lumière des limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic de TDAH. Sur le plan respiratoire, il était proposé de poursuivre l'instruction, en demandant à l'assuré le nom de son pneumologue traitant.

Dans un rapport du 9 avril 2025, le Dr W._____, spécialiste en pneumologie, a informé l'OAI qu'« aucune raison du point de vue

somnologique ne justifie une AI. Je ne vois pas non plus de contre-indication ou limitation si des mesures de réinsertion de l'AI étaient proposées. »

Par avis du 20 juin 2025, le SMR a estimé que les éléments médicaux fournis durant la phase d'audition n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'examen SMR du 3 novembre 2023.

Par décision du 21 août 2025 (notifiée au mandataire de l'assuré le 3 septembre 2025), l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 novembre 2023 rejetant la demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité).

B. Par acte du 6 octobre 2025, A._____, représenté par Me Lino Maggioni, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Canton de Vaud contre la décision précitée, concluant préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, à titre principal à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction, soit en particulier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour une nouvelle décision rendue dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. En bref, il opposait à l'OAI l'avis de sa psychiatre traitante (la Dre L._____) dont il soutenait qu'elle avait mis en exergue de graves lacunes permettant de démontrer l'absence de valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire au dossier. En l'absence de prise en compte de cet avis médical divergent tant par l'OAI que par le SMR, il reprochait à la décision querellée de constater les faits de manière erronée et arbitraire, et de violer, pour le surplus, le droit fédéral. De plus, le recourant annonçait la production à venir d'un rapport complémentaire rédigé par la Dre L._____.

Le 16 octobre 2025, le recourant a complété sa demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 16 octobre 2025, A._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 octobre 2025. Il était dispensé du paiement d'avances et des frais judiciaires et bénéficiait de la désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Lino Maggioni.

Dans sa réponse du 18 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 23 décembre 2025, l'OAI a produit un rapport du 19 novembre 2025 de la Dre L._____, laquelle concluait à une incapacité de travail en raison de la persistance des symptômes du recourant et de l'impossibilité de trouver une médication efficace (malgré les multiples essais), d'où sa capacité de travail nulle.

Le 19 février 2026, l'OAI a produit un avis SMR du 11 février 2026, dont il ressort l'absence d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés des experts du P._____ ou qui seraient survenus entre la date de leur expertise et celle de la décision entreprise du 21 août 2025.

Dans sa réplique du 13 avril 2026, le recourant a modifié ses conclusions dans le sens de l'admission du recours et de la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité complète, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction, soit en particulier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour une nouvelle décision rendue dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. Avec son écriture, il a produit un rapport du 17 février 2026 de la Dre L._____ ainsi qu'un rapport DIVA-5. Ce faisant, il déplore des constatations médicales incomplètes des experts, respectivement de l'office intimé, qui méconnaîtraient notamment le TDAH qui lui avait été diagnostiqué le 5 août 2024 lors de la réalisation du test DIVA-5. De plus, sous l'angle pneumologique, le recourant se plaint de l'absence de prise en compte des limitations fonctionnelles en lien avec le syndrome d'apnées du sommeil sévère dont il est atteint.

Dans sa duplique du 12 mai 2026, l'OAI a confirmé sa position dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée, renvoyant à l'avis SMR du 11 février 2026, ainsi qu'à ses écritures des 18 novembre 2025 et 19 février 2026.

Par courrier du 14 août 2026, un délai de dix jours a été imparti à Me Lino Maggioni pour qu'il produise sa liste des opérations.

Le 18 août 2026, Me Maggioni a produit sa liste de ses opérations.

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, la décision du 21 août 2026 a été transmise le 3 septembre 2026 au conseil du recourant, ce dernier ayant préalablement avisé l'intimé que la décision n'était pas annexée à son premier envoi. Déposé le 6 octobre 2025 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 donc recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de la demande de prestations qu'il avait déposée le 26 février 2021.

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). 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 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

b) En l’occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2025, elle fait suite à une demande de prestations déposée en février 2021 en raison d’une incapacité de travail durable au 2 novembre 2020, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès le 1er novembre 2021. Il y a donc lieu d’appliquer le droit dans sa version en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

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 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).

d) 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).

e) 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).

f) S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, on rappellera que, selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3 et les références citées).

g) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. **a)** Dans le cas particulier, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire réalisé le 26 octobre 2023 par les médecins du P._____, l'intimé a estimé que le recourant avait présenté, de tout temps, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de collaborateur technique (concierge), ceci tant du point de vue somatique que psychiatrique. Dans leur rapport, les experts n'avaient ainsi fait état d'aucune atteinte incapacitante, ni d'aucune limitation fonctionnelle.

Ce faisant, l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité.

b) Le recourant conteste cette approche. Se prévalant des rapports médicaux établis les 22 février 2024, 19 novembre 2025 et 17 février 2026 par la Dre L._____, psychiatre traitante, il se plaint de ce que les experts, et l'intimé à leur suite, n'ont pas adéquatement tenu compte de ses atteintes psychiatriques, soit en particulier du TDAH qui lui avait été diagnostiqué le 5 août 2024 à la suite de la réalisation du test DIVA-5. En outre, en référence au rapport médical établi le 9 avril 2025 par le Dr

W._____, pneumologue, le recourant se prévaut d'être traité en raison d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère, ce dont les experts n'ont pas tenu compte.

6. **a)** Les médecins du P._____ ont établi leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en date du 26 octobre 2023, après avoir procédé à des examens cliniques du recourant le 8 août 2023 (Y._____, médecine physique et réadaptation), le 15 août 2023 (Dr Z._____, neurologie), le 17 août 2023 (Dr S._____, psychiatrie-psychothérapie) et le 22 août 2023 (Dr BB._____, médecine interne).

aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 4e-f supra). Il est basé sur des examens approfondis et repose sur des investigations circonstanciées du cas. S'ouvrant dans chacune des disciplines examinées par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les quatre experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées par le recourant, relate le status, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs (examens approfondis du dossier médical, anamnèses détaillées, status complets et diagnostics répondant à la classification internationale de l'OMS [Organisation mondiale de la santé] avec limitations fonctionnelles et ressources examinées en s'inspirant de la structure définie par la Mini CIF-APP), conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas d'espèce.

bb) Sur le plan de la médecine interne, le recourant s'est plaint à l'expert de problèmes gastro-entérologiques, avec intolérances multiples (pâte, farine blanche, lactose) qui occasionnaient de la constipation, des ballonnements et des douleurs abdominales (parfois en colique). Il se plaignait également d'épigastralgies permanentes (non soulagées par la

prise quotidienne d'Oméprazole) et annonçait divers symptômes tels que l'impossibilité de dormir sur le dos, un enrouement permanent, une sécheresse buccale et des expectorations jaunâtres, et parfois des gênes urinaires avec dysurie. L'expert a retenu les diagnostics de troubles digestifs fonctionnels avec côlon irritable et reflux gastro-œsophagien et de status après appendicectomie en novembre 2022.

Cela étant, s'agissant de plaintes somme toute assez banales, l'expert s'est montré surpris que le recourant considère ses atteintes comme handicapantes au point de faire obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. Il fallait en outre considérer que les plaintes dans le registre gastro-intestinal étaient présentes depuis très longtemps et n'avaient jamais représenté un obstacle à la pratique d'activités sportives ou professionnelles antérieures. Par ailleurs, et contrastant avec l'importance des atteintes, l'expert a relevé que le recourant présentait un excellent état général, athlétique, et sans aucune anomalie à l'examen clinique, avec un BMI (*Body Mass Index*) à 25 kg/m^2. Il n'y avait ainsi pas lieu de suspecter, compte tenu de la longue durée des symptômes, une malnutrition ou une malabsorption.

Quant à la suspicion d'un syndrome de Behçet par le médecin traitant du recourant, l'expert n'avait pas retrouvé la trace de la réalisation d'un HLA-B51 (marqueur génétique fortement associé au syndrome de Behçet), ni de notion d'érythème noueux ou de lésion cutanée éventuellement évocatrice (folliculite, pustulose). Il n'y avait pas non plus d'atteinte oculaire, vasculaire ou neurologique décrite, ni d'histoire de thrombose profonde (cf. expertise, volet de médecine interne, p. 21).

Pour l'expert, les diverses affections ne limitaient pas les ressources du recourant, qui demeurait autonome dans les activités de la vie quotidienne. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles retenues sur le plan de la médecine interne.

cc) Sur le plan neurologique, il existait deux problématiques spécifiques pour lesquelles un avis expertal était sollicité. Cela concernait,

d’une part, un tableau dit de « migraines », évoqué depuis 2012, et, d’autre part, une neuropathie infra-patellaire, qui avait été évoquée chez le recourant dans les suites du traumatisme du genou droit qu’il avait présenté en août 2019 alors qu’il faisait un échauffement de boxe.

S’agissant des migraines, le recourant déclarait avoir présenté en 2008 des épisodes récidivants de lumbagos, puis dès 2012 des douleurs dans la zone dorsale irradiant au niveau cervical. Aussi, depuis lors, il décrivait ressentir, plusieurs fois par semaine, des douleurs irradiant au niveau du vertex et d’une hémiface, le plus souvent à droite. Les différents traitements initiés, en particulier les infiltrations au niveau occipital, n’avaient pas soulagé les douleurs. Bien plutôt, c’était des infiltrations du ganglion sphéno-palatin qui avaient amené une certaine amélioration de la sémiologie, qui restait néanmoins permanente. Or, ce type d’infiltration était précisément indiqué en cas d’algie cervico-faciale. Selon l’expert, c’est dès lors ce diagnostic qui devait être retenu, celui-ci s’intégrant de surcroît dans sa problématique musculo-tendineuse rachidienne chronique. À l’inverse, le diagnostic de migraines devait être écarté.

En ce qui concerne les douleurs au niveau de l’insertion des ischio-jambiers, sur la face interne du genou droit, elles étaient sans arguments en faveur d’une neuropathie infra-patellaire. À l’examen clinique, on ne retrouvait ainsi pas de déficit sensitif dans le territoire infra-patellaire. Il n’y avait pas non plus de douleurs irradiant au niveau de la face interne de la jambe au niveau cutané, ni de signe de Tinel. En revanche, en appuyant au niveau de l’insertion sur la face interne du genou des ischio-jambiers, il était possible de reproduire la douleur que le recourant évoquait quand son genou gauche appuyait sur le genou droit. Il existait également une douleur à la pression de la face antérieure de la tubérosité tibiale. Pour l’expert, il s’agissait dès lors exclusivement de douleurs musculo-tendineuses (cf. expertise, volet de neurologie, p. 18).

En définitive, les douleurs dont se plaignait le recourant ne s’inscrivaient donc pas dans une problématique neurologique de migraines ou de neuropathie infra-patellaire.

dd) Sur le plan de la médecine physique et de la réadaptation, l'experte a relevé que le recourant se plaignait de douleurs musculaires quotidiennes et généralisées qui s'étendaient de la colonne lombaire à la colonne dorsale et cervicale, avec une sensation de torticolis, ainsi qu'à la région scapulaire postérieure, des deux côtés. Les douleurs étaient constantes, estimées à 8 sur 10 à l'échelle visuelle analogique (EVA) et pouvaient atteindre 10 sur 10 lors des crises, qui étaient fréquentes et pouvaient durer plusieurs jours, conduisant tous les trois mois environ à un blocage complet de la colonne. Le recourant rapportait également subir des talalgies permanentes, le périmètre de marche étant limité à trente minutes, sans utilisation de moyen auxiliaire et sans le port de semelles spécifiques.

Pour le surplus, le recourant n'avait pas décrit de dérouillage matinal. Il n'était pas connu pour des antécédents de rhumatisme ou d'arthrite, ni d'uvéite ni d'érythème noueux ni encore d'aphtes génitaux. Il n'avait pas davantage d'antécédents de luxation. En 2018, il avait subi une capsulite de l'épaule droite à la suite d'une surcharge de travail, celle-ci ayant cependant évolué favorablement sous traitement conservateur de physiothérapie. Par ailleurs, le recourant avait été atteint de lésions psoriasiformes au niveau des coudes et des genoux, qu'il avait traitées de façon topique, celles-ci ayant été de faible intensité.

Cela étant, l'experte a constaté que les plaintes du recourant étaient surdimensionnées par rapport aux constatations objectives cliniques et fonctionnelles. Le status articulaire et segmentaire était dans la norme, avec des mobilités amples et sans signes inflammatoires. Le tableau global évoquait néanmoins une fibromyalgie, les critères diagnostiques de l'*American College of Rhumatology* (ACR) étant réunis. Aucune limitation fonctionnelle ne devait toutefois être retenue à ce titre, les douleurs chroniques en lien avec la fibromyalgie étant susceptibles d'être traitées d'une manière multimodale par la physiothérapie, l'entretien de la condition physique et un traitement adjuvant à base de Duloxétine (cf. expertise, volet de médecine physique et réadaptation, pp. 19 - 20).

ee) S’agissant du volet psychiatrique de l’expertise, dans l’anamnèse, l’expert a noté une notion de carence affective et de maltraitance (psychologique et physique) perpétrée par les parents au cours de l’enfance du recourant (maltraitances, « bouc émissaire »), situation qui n’était pas à l’origine de symptôme d’état de stress post-traumatique. Il a également relevé des comportements hétéro-agressifs lors de périodes d’alcoolisations aiguës (du samedi soir) depuis l’adolescence et au début de l’âge adulte avec plusieurs interventions policières dont la dernière (en 2006) qui s’était soldée par des lésions corporelles chez l’un des policiers intervenus et à la suite de laquelle le recourant aurait été condamné et soumis à un délai d’épreuve. Les difficultés conjugales en 2020-2021 ont été relevées également. L’expert a de plus mentionné une dépendance au cannabis, avec actuellement une consommation primaire régulière de CBD. Sur la base de ces éléments, l’expert psychiatre a retenu les diagnostics (non incapacitants) de privation de relation affective durant l’enfance (Z61.0), de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6), d’hostilité envers un enfant traité en bouc émissaire (Z62.3), de syndrome de dépendance au cannabis avec utilisation actuelle de la substance (F12.24), de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistent (F45.4). En lien avec la description du déroulement détaillé et représentatif d’une journée-type, l’expert a relevé que le recourant partage un appartement de trois pièces disposant de trois chambres avec sa mère retraitée, y accueillant son fils adolescent un weekend sur deux et la moitié des vacances. Il est noté que l’intéressé se lève vers 9h et qu’il met plus d’un quart d’heure pour s’activer et sortir du lit. Ensuite, il prend des médicaments et accomplit sa toilette (douches matin et soir). Entre 9h30 et 12h, il prépare et prend seul un petit déjeuner anglo-saxon, qu’il partage régulièrement le weekend avec son fils. En matinée ou en soirée, il accomplit un peu de rangement, les tâches administratives, se rend aux rendez-vous médicaux et a des interactions avec son fils lorsqu’il est là (jeux, films). Il est précisé que les rendez-vous médicaux et paramédicaux sont pris indifféremment le matin ou l’après-midi. Le recourant décrit un appartement ouvert à sa famille et à ses quelques amis (cafés, discussions et, de manière moins régulière, repas en

commun). Le repas du soir, préparé par la mère de l'expertisé, a lieu vers 19h15-19h30 et il est pris à deux ou à trois (lorsque le fils est présent), plus rarement avec des membres de sa famille. En soirée, le recourant consulte des films et jeux. Il mentionne se coucher entre minuit et 1h du matin après s'être douché.

L'expert a estimé que les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) retenus n'étaient pas incapacitants. Sur le plan psychiatrique, il existait un décalage entre les plaintes subjectives (humeur dépressive et anxieuse d'intensité moyenne à forte, fatigue) et les constats cliniques (où il est observé une humeur anxieuse d'intensité faible, une euthymie et l'absence de signe objectif de fatigue). L'expert n'a pas retrouvé de sentiment de détresse, pas d'organisation pathologique de la personnalité, pas de débordements émotionnels, mais une bonne perception de soi et des autres par le recourant qui ne présente pas de diminution de rendement et n'est pas limité dans les activités de la vie quotidienne. Ce dernier était en effet pourvu de ressources personnelles : il était capable de communiquer, de respecter un cadre, de s'adapter et de s'organiser, était rationnel, endurant physiquement, et il disposait de capacités relationnelles. De plus, il puisait des ressources externes par le biais de sa famille et de ses amis (cf. expertise, volet de psychiatrie, pp. 22 – 23).

Cela étant, il n'existait pas de limitation fonctionnelle, ni de diminution de rendement, ni d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

ff) En définitive, les experts ont estimé, dans le cadre de leur évaluation consensuelle, que le recourant avait conservé, de tout temps, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de collaborateur technique (concierge).

b) Les conclusions claires, complètes et convaincantes des experts du P._____ doivent être suivies.

c) En particulier, les éléments médicaux invoqués par le recourant ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation des experts.

aa) Dans son rapport du 22 février 2024, la Dre L._____ critique longuement les constats et les conclusions de l'expert psychiatre, qu'elle conteste tant sur le plan anamnestique que diagnostique.

Ce faisant, la Dre L._____ relève que l'expert aurait minimisé les difficultés rencontrées par le recourant, faisant à cet égard état de sa propre appréciation de la situation du recourant, qu'elle reproche à l'expert d'avoir méconnu. Or, comme on l'a vu, l'expert a développé de manière probante, dans le cadre d'une évaluation médico-assurantielle répondant aux réquisits jurisprudentiels, en quoi les troubles diagnostiqués (liés notamment à des traumatismes remontant à l'enfance ainsi qu'à la consommation primaire actuelle de cannabis) n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. Il s'est, à cet égard, notamment fondé sur les constats opérés lors de l'entretien et sur les nombreuses ressources mobilisables du recourant, se référant également à son parcours de vie (formations accomplies à satisfaction, travail à plein temps pendant plusieurs années), à ses habitudes, et au déroulement d'une journée-type. De son côté, la Dre L._____ ne fait pas état d'élément anamnestique déterminant dont il n'aurait pas été tenu compte par l'expert, celui-ci ayant en particulier bien évoqué les difficultés rencontrées par le recourant durant son enfance, puis ses problèmes conjugaux, de même que son comportement hétéro-agressif passé et ses antécédents judiciaires ainsi que sa consommation actuelle de cannabis. Dans un tel contexte, l'appréciation de l'expert doit prendre le pas sur celle du médecin traitant, dont le lien thérapeutique avec le patient peut avoir pour conséquence une tendance à manquer d'objectivité à son égard (cf. consid. 4g supra).

Cela étant, dans son rapport du 22 février 2024, la Dre L._____ tend essentiellement à mettre en lien les difficultés du recourant avec un éventuel TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans

hyperactivité) qu'elle reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir examiné. Or, comme cela ressort des développements ci-après, un tel diagnostic, si tant est qu'il puisse être posé, n'est pas incapacitant.

bb) En tant que le recourant se prévaut d'être atteint d'un TDAH, cette approche ne peut pas être confirmée.

L'évaluation neuropsychologique réalisée par T._____, psychologue, en août 2024 retient certes que les plaintes et le tableau cognitif remplissent les critères du DSM-V pour un TDAH. Cependant, comme l'a observé la psychologue, cette symptomatologie représente un trouble neuropsychologique d'un « degré de sévérité minimal » qui n'a pas ou très peu d'impact dans des activités ne requérant pas un niveau d'exigence élevé.

Avec le SMR, il convient de remarquer en outre que l'atteinte alléguée n'a pas empêché le recourant de se former adéquatement et de travailler à plein temps jusqu'en 2020.

Pour le reste, en tant que la Dre L._____, psychiatre, se réfère aux résultats du test DIVA-5, l'ayant conduit à retenir le diagnostic de TDAH, on relèvera que le document idoine, produit en procédure de recours, n'est pas daté et ne mentionne pas même le nom du recourant. Le test se fonde du reste exclusivement sur des critères rapportés par le recourant lui-même, de manière purement déclarative. Aucune hétéro-anamnèse n'y est formulée. Il est enfin surprenant que la psychiatre ait écarté tout autre trouble psychiatrique susceptible de mieux expliquer les symptômes (critère E, p. 20-22). Quoiqu'il en soit, le compte-rendu de ce test passé par le recourant ne saurait suffire à lui seul pour valider le diagnostic de TDAH, dès lors que les résultats n'ont pas fait l'objet d'une validation croisée (par le biais de témoignages de proches) et n'ont pas été confirmés par un médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

cc) Tout caractère incapacitant doit également être écarté s'agissant des apnées du sommeil diagnostiqués par le Dr W._____.

Certes, dans son rapport du 9 avril 2025, réalisé ensuite d'une polysomnographie nocturne le 5 octobre 2024, le Dr W._____ a objectivé un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, de degré sévère avec un IAH (Indice d'Apnée-Hypopnée) à 41 par heure. Une dyssomnie motrice avait néanmoins pu être écartée. Par la suite, un traitement par pression positive continue (CPAP autopiloté type Spirit S11 de Resmed avec humidificateur et tuyau chauffant) avait été mis en œuvre et après plusieurs modifications et réglages le recourant s'était dit satisfait de cette thérapie. Depuis lors, l'IAH résiduel s'est normalisé à 3,5 par heure.

Cela étant, au vu de l'efficacité du traitement entrepris, le Dr W._____ a conclu à l'absence d'une atteinte incapacitante relevant de l'assurance-invalidité, ce qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause.

En tant que, dans son rapport du 17 février 2026, la Dre L._____ critique l'évaluation du Dr W._____, lui reprochant de ne pas avoir détaillé dans son appréciation les plaintes du recourant, il convient de rappeler à la psychiatre traitante que le Dr W._____ n'avait pas à se prononcer sur des aspects médicaux qui dépassaient le plan pneumologique.

d) En définitive, c'est à bon droit que l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité.

7. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'office intimé du 21 août 2025 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et

des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lino Maggioni, à compter du 6 octobre 2025 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 18 août 2026, Me Maggioni a chiffré à huit heures et cinquante-sept minutes, le temps consacré au dossier du recourant, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a RAJ), il s'agit de retenir un montant de 1'611 fr. pour l'activité déployée. Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 80 fr. 55 et la TVA au taux de 8,1 % à hauteur de 137 francs. Un total de 1'828 fr. 55 couvre ainsi l'intervention de Me Maggioni dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 *in fine* CPC applicable sur renvoi).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser la somme de 2'428 fr. 55 (1'611 fr. + 80 fr. 55 + 137 fr. + 600 fr.), dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des

affaires institutionnelles et des communes (cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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 21 août 2025 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 provisoirement supportés par l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Lino Maggioni, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 1'828 fr. 55 (mille huit cent vingt-huit francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président : Le greffier :

Du

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

- Me Lino Maggioni, 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 :