

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Pasche, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Amélie Gilliéron, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, célibataire, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien de bicyclettes et motocyclettes, a travaillé en qualité de mécanicien sur motocyclettes à 100 % pour le compte de B._____ SA à R*** de mars 2006 à novembre 2020 puis au service de C._____ SA du 1^{er} février 2021 au 31 mai 2022, date pour laquelle il s'est vu signifier son licenciement du fait de son état de santé. Il a présenté une incapacité de travail totale depuis le 6 décembre 2021 en raison d'une dépression sévère et de diverses atteintes somatiques, à savoir des cervicalgies chroniques avec trouble de l'alignement sagittal et processus dégénératif multi-étagé maximal en C6-C7, une petite hernie discale paramédiane droite au niveau C4-C5, sans conséquence sur la moelle adjacente, un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle, une hyperglycémie dyslipidémie, une obésité avec un BMI de 36 kg par m², une rupture partielle du ligament croisé antérieur droit, une double ménisectomie partielle du genou droit, ainsi qu'une maladie de Sudeck du genou droit.

Le 16 juin 2022, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Procédant à l'instruction de cette demande, il a fait verser au dossier celui constitué par G._____, assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 16 juin 2022 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant au Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____. Tout en diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis décembre 2021, ce médecin y relevait un début d'amélioration partielle de la symptomatologie en raison d'une modification du traitement antidépresseur, à savoir le remplacement de l'Escitalopram par de la Duloxétine, dont la posologie avait été fixée à 60 mg ;

- un rapport du 24 juin 2022 de la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil auprès de G._____ ;
- un courriel du 18 juillet 2022 de G._____ à l'office AI, faisant état du versement d'indemnités journalières à 100 % en faveur de l'assuré à compter du 6 décembre 2021.

Dans un rapport du 8 novembre 2022, le Dr J._____ a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble mixte de la personnalité (traits anankastiques et dépendants). Si l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, ce médecin a néanmoins constaté une évolution légèrement positive depuis le changement de médication, ce qui lui permettait de retenir un pronostic favorable en termes de réadaptation professionnelle.

Dans un rapport du 21 mai 2023, la Dre M._____, médecin praticien et médecin traitant, a posé les mêmes diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail que son confrère psychiatre, le Dr J._____. Selon la médecin traitante, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et aucune réadaptation professionnelle n'était envisageable pour l'instant en raison d'une dépression qui se chronifiait depuis 2021 et qui avait nécessité une prise en charge psychiatrique à partir du mois de janvier 2022. Les symptômes se caractérisaient par une fatigue importante, une perte d'énergie, une tristesse, un sentiment d'impuissance et une grande perte de concentration. Le patient décrivait par ailleurs une nervosité constante avec des tensions musculaires, une anxiété persistante avec des difficultés à se détendre, des sensations de bouche sèche et de « boule à l'estomac » associées à des pertes d'équilibre, une peur des nouvelles, une sensation d'être à bout et une perte d'espoir. L'intéressé faisait en outre état d'insomnies et de réveils précoces, ainsi que de douleurs musculaires et aux genoux liées à diverses blessures survenues dans le passé. L'évolution était qualifiée de « médiocre », même si la Dre M._____ a relevé que son patient souhaitait fortement pouvoir débiter une nouvelle activité.

Dans un rapport du 12 décembre 2023, le Dr J._____ a posé les mêmes diagnostics incapacitants que dans son rapport du 8 novembre 2022 à l'origine d'une incapacité de travail totale en toute activité. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la concentration, un manque important de motivation, ainsi qu'une fatigabilité importante. Le pronostic était défavorable, eu égard à la persistance des symptômes dépressifs et de l'anxiété.

Dans un courriel du 18 décembre 2023 à l'office AI, A._____ a indiqué que, depuis le mois de septembre précédent, son état de santé psychique s'était fortement dégradé au point de réduire pratiquement à néant tous les progrès accomplis depuis le début du traitement, ce d'autant que le versement des indemnités journalières avait cessé à la fin du mois de novembre 2023. La précarisation de sa situation financière et les incertitudes de l'avenir étaient « extrêmement anxiogène[s] » et lui causaient « une inquiétude absolument indescriptible ». Il vivait dans un état de stress et d'angoisse permanent avec des problèmes de concentration allant chaque jour en s'aggravant. De plus, il se réveillait tous les matins avec une sensation de boule au ventre qui ne le quittait pas de la journée. C'est pourquoi, son psychiatre traitant avait préconisé qu'une expertise soit effectuée par l'un des médecins-conseils de l'assurance-invalidité.

Après avoir brièvement résumé les principales pièces médicales versées au dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a conclu son avis médical du 22 janvier 2024 en ces termes :

« Nous sommes devant la situation d'un assuré dont on nous décrit un épisode dépressif sévère associé à un trouble mixte de la personnalité (traits anankastiques et dépendants) sans évolution favorable depuis 2021, mais les limitations fonctionnelles ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie, notre assuré n'a pas été hospitalisé et la mise sous CPAP du SOAS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil, réd.] a amélioré les scores de la dépression selon le psychiatre en médecine du sommeil. De ce fait, nous ne comprenons pas que la capacité de travail soit nulle dans toute activité. D'un point de vue somatique, les atteintes ostéoarticulaires ont nécessité des prises en charge de courte durée sans suivi spécialisé actuellement.

Dans ce contexte, il va être essentiel d'avoir une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extramédicaux qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, et en prenant en compte l'ensemble des éléments médicaux à disposition. Nous sommes dans l'obligation de demander une expertise bi-disciplinaire rhumatologie-psychiatrie ».

Pour ce faire, l'office AI a confié à N. _____ Sàrl à U*** la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie) et psychiatrique (Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 28 mai 2024, les experts ont posé pour seul diagnostic incapacitant celui de cervicalgies chroniques avec troubles dégénératifs essentiellement au niveau de C6-C7. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu, au plan rhumatologique, un diabète de type 2 non insulino-requérant, une hypertension artérielle, une obésité avec un BMI à 36 kg par m², un status post du ligament croisé du genou droit en 2006, un status post ménisectomie partielle du genou droit en 2006 et un pied plat non incapacitant, ainsi que, sur le plan psychiatrique, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et une possible accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1 ; accentuation de certains traits de personnalité de la série anankastique).

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont retenu ce qui suit sous l'intitulé « résumé interdisciplinaire » :

« De manière consensuelle et au motif rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0 % depuis décembre 2021.

La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % depuis toujours sur le plan rhumatologique, respectant les limitations fonctionnelles : éviter les mouvements de flexion-extension, de rotation brusque de la colonne cervicale.

Et sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 100 % depuis au moins le mois de septembre 2022 dans toute activité correspondant à ses compétences. Cette capacité de travail est entière depuis au moins le mois de septembre 2022, soit 3 mois après l'augmentation de 60 mg de la Duloxétine et le maintien de celle-ci pendant de nombreux mois à cette dose. Et en l'absence de tout changement de traitement antidépresseur. Cette capacité de travail a pu être altérée de manière partielle de décembre 2021 à juin 2022 ».

Sollicité pour avis, le SMR a déclaré ne pas avoir de motifs de s'écarter de l'appréciation expertale (avis médical du 5 juin 2024).

Lors d'un entretien téléphonique avec une collaboratrice de l'office AI le 4 juillet 2024, l'assuré s'est enquis de l'avancement de son dossier, tout en faisant état de ses inquiétudes à propos de sa situation financière, lesquelles étaient à l'origine d'une péjoration de son état de santé.

Par projet de décision du 5 juillet 2024, l'office AI a informé A._____ qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, il ne présentait pas un degré d'invalidité - fixé à 5,47 % - atteignant le seuil ouvrant droit à ces prestations.

Agissant par l'intermédiaire de Me Amélie Gilliéron, avocate, A._____ a, par courrier du 5 septembre 2024, présenté des objections à ce projet de décision en contestant être apte à travailler à 100 %. Outre diverses critiques quant au déroulement du volet psychiatrique de l'expertise auprès de N._____ Sàrl, l'assuré s'est prévalu d'un rapport établi le 5 août 2024 par le Service d'angiologie du CHUV à la suite d'une consultation motivée par une thrombose veineuse profonde fémoro-poplité-jambier du membre inférieur droit.

Par courrier du 15 novembre 2024, A._____, toujours représenté par Me Gilliéron, a complété ses objections en produisant les documents suivants :

- un bilan infirmier du 22 juillet 2024 ;
- un rapport de la Dre M._____ du 20 octobre 2024 ;
- un rapport du Dr J._____ du 13 novembre 2024, accompagné d'un rapport d'évaluation neuropsychologique du 25 septembre 2024 ;
- un courriel de G._____ du 29 juillet 2024.

L'assuré a contesté la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise de N. _____ Sàrl en faisant valoir que, du fait de ses atteintes psychiques, il présentait une incapacité de travail totale y compris dans une activité adaptée. S'appuyant sur le rapport du Dr J. _____ du 13 novembre 2024, il a contesté les diagnostics retenus par l'expert psychiatre I. _____ en estimant qu'il convenait plutôt de retenir un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité avec des traits anankastiques. Selon le psychiatre traitant, ces troubles entraînaient diverses limitations fonctionnelles, telles qu'une anxiété généralisée, une tristesse persistante, des ruminations, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une atteinte légère à la capacité cognitive globale, lesquelles excluaient toute capacité de travail résiduelle, ce que confirmait du reste le bilan infirmier du 22 juillet 2024. A cela s'ajoutaient diverses critiques de nature formelle portant sur les modalités ayant présidé au déroulement de l'expertise psychiatrique, à savoir la durée de l'entretien, l'absence d'un climat de confiance, ainsi que des erreurs de retranscription et des incohérences entachant le rapport d'expertise. L'assuré s'est par ailleurs plaint qu'aucun examen neuropsychologique n'ait été effectué dans le cadre de l'expertise de N. _____ Sàrl, alors même qu'il ressortait de l'évaluation du 25 septembre 2024 une fragilité au niveau des fonctions exécutives qui entrave sa qualité de vie personnelle et professionnelle. Au vu de ces éléments, il n'était, selon lui, pas possible d'accorder de valeur probante au rapport d'expertise consensuelle du 28 mai 2024, compte tenu du fait qu'il n'aboutissait pas à des résultats convaincants s'agissant notamment de la capacité de travail, que les conclusions n'étaient pas sérieusement motivées, qu'il contenait des contradictions et qu'il existait des indices concrets permettant de mettre en cause son bien-fondé. Si, toutefois, une quelconque capacité de travail devait lui être reconnue, A. _____ a contesté être apte à mettre en valeur sa prétendue capacité de travail résiduelle sur un marché de l'emploi supposé équilibré. En effet, son âge et son absence d'expérience professionnelle dans un domaine autre que celui dans lequel il avait œuvré de nombreuses années, à savoir celui de la mécanique d'engins deux-roues, rendaient ses chances d'être engagé sur un marché du travail considéré comme équilibré quasiment nulle, d'autant plus à un éventuel taux réduit.

Dans un avis médical du 27 janvier 2025, le SMR a indiqué en quoi les diagnostics, posés par le Dr J._____, d'épisode dépressif sévère associé à un trouble mixte de la personnalité avec traits anankastiques et dépendants, à l'origine d'une capacité de travail nulle depuis le 8 novembre 2022, avaient été pris en compte par l'expert psychiatre I._____. Celui-ci avait en effet effectué une analyse des ressources mobilisables, de même qu'il s'était livré à une description des activités quotidiennes et d'une journée-type pour motiver ses conclusions. Ce médecin s'était en outre employé à expliquer dans quelle mesure son analyse différait de celle du psychiatre traitant. Quant aux documents transmis à l'appui du courrier du 15 novembre 2024, ils ne contenaient pas d'éléments médicaux nouveaux non pris en considération dans le cadre de l'évaluation expertale, si bien qu'il fallait admettre qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation médicale. Il n'y avait dès lors pas lieu de modifier les précédentes conclusions qui demeuraient valables.

Par décision du 27 janvier 2025, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 5 juillet 2024. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 3 mars 2025, A._____, toujours représenté par Me Gilliéron, avocate, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 27 janvier 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2022 sans limite dans le temps et avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} décembre 2024 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision dans le sens des considérants. L'assuré a contesté le volet psychiatrique du rapport d'expertise de N._____ Sàrl du 28 mai 2024, en faisant valoir qu'il se caractérisait par un manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions. De plus, ce rapport contenait toute une série de contradictions et d'incohérences relevées par

le Dr J._____ dans son rapport du 13 novembre 2024. Reprenant les éléments avancés dans sa contestation du 15 novembre 2024 quant aux diagnostics et aux limitations fonctionnelles ainsi que ses critiques d'ordre formel au sujet du déroulement de l'expertise psychiatrique, l'assuré a plus particulièrement relevé, s'agissant des erreurs de retranscription et des incohérences du rapport d'expertise, des inexactitudes à propos d'un tatouage effectué en 2021 et 2022. Outre que, selon l'expert I._____, cette démarche contredisait - à tort selon A._____ - l'existence d'un épisode dépressif sévère, il apparaissait que le dernier tatouage n'avait pas été fait, comme indiqué à tort, en février 2022, mais que le projet de tatouage avait été achevé en mars 2021, c'est-à-dire avant la survenue de l'incapacité de travail. De plus, il avait été réalisé sur deux séances, en décembre 2021 et janvier 2022. L'assuré a par ailleurs relevé que, contrairement à ce qu'avait retenu l'expert psychiatre, l'augmentation de la Duloxetine à 90 mg en septembre 2022 confirmait une aggravation de l'état de santé à cette période, contredisant ainsi l'idée que la capacité de travail était entière dès le mois de septembre 2022. Pour le reste, l'intéressé a une nouvelle fois déploré l'absence d'évaluation neuropsychologique, de même qu'il a répété que, en tout état de cause, son âge et son expérience professionnelle limitée à un seul domaine d'activité faisaient obstacle à la mise en valeur d'une éventuelle capacité de travail et, partant, à la possibilité de réaliser un quelconque revenu. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire intégrant des spécialistes des affections dont il souffre, ainsi qu'un angiologue, un hématologue eu égard à la thrombose veineuse présentée, un neuropsychologue et un neurologue. Il a également demandé la production des enregistrements sonores de l'entretien du 2 mai 2024 ayant donné lieu au rapport du 28 mai 2024, ainsi que son audition personnelle. L'assuré a produit quatre pièces numérotées 1 à 4 sous bordereau I, dont une attestation établie à des fins fiscales le 5 décembre 2023 par G._____, faisant état d'un versement des indemnités journalières jusqu'à cette date.

b) Dans sa réponse du 25 avril 2025, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant au rapport du SMR du 30 mai 2024 (sic), il a relevé

qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise réalisée par N._____ Sàrl. Quant au rapport du 5 août 2024 établi par le Service d'angiologie du CHUV ensuite de la thrombose veineuse présentée par l'assuré, il ne faisait pas état, selon le rapport du SMR du 2 octobre 2024, d'une atteinte à la santé durablement incapacitante. L'office AI a ensuite souligné que, en l'absence d'élément médical pertinent, il n'y avait pas lieu de remettre en cause l'appréciation expertale. Au demeurant, la durée ou la fréquence des entretiens entre l'intervenant médical et l'assuré n'était pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise.

c) A l'appui de sa réplique du 2 juillet 2025, A._____ a produit un nouveau rapport du Dr J._____ du 26 mai 2025 ainsi qu'une attestation du 27 mai 2025 de son ancien employeur, M. O._____. Se prévalant des divers rapports établis par le Dr J._____, l'assuré a observé que l'absence d'hospitalisation et de consultations en urgence ne constituaient en aucun cas des critères permettant d'exclure un diagnostic d'épisode dépressif sévère. En outre, c'était à la suite de séances approfondies et répétées depuis le 4 janvier 2022 que le psychiatre traitant avait posé ce diagnostic. Reprenant pour le surplus les arguments développés dans ses objections du 15 novembre 2024 et dans son mémoire de recours, l'assuré a déclaré en confirmer les conclusions, tout en réitérant ses requêtes tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire ainsi qu'à son audition personnelle et à celle du Dr J._____ et de son infirmière référente BC._____.

d) Dupliquant le 18 juillet 2025, l'office AI a indiqué ne rien avoir à ajouter à sa réponse du 25 avril 2025, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

e) En réponse à la correspondance de la magistrate instructrice du 7 octobre 2025, A._____ a, par pli du 16 octobre 2025, expressément confirmé sa requête de débats publics en vue de son audition personnelle, ainsi que de celle du Dr J._____ et de BC._____.

f) Par courrier du 18 décembre 2025, la juge instructrice a confirmé que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, elle n'estimait pas nécessaire, à ce stade, de donner suite aux mesures d'instruction requises, l'avis de la Cour demeurant toutefois réservé.

g) Une audience de débats publics s'est tenue le 5 mars 2026, lors de laquelle la partie recourante a été entendue dans ses explications. A cette occasion, elle a produit un rapport médical établi le 3 mars 2026 par la Dre BD._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

En droit :

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. 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme), ce qui est le cas en l'occurrence.

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. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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) Selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en oeuvre 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 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 (TF 8C_650/2023 du 19 mars 2024 consid. 5.1 et l'arrêt cité).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle

bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'exams complets sur les plans rhumatologique et psychiatrique auprès de N. _____ Sàrl, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de septembre 2022.

b) aa) Sur le plan rhumatologique, l'expert P. _____ a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de cervicalgie chronique

avec troubles dégénératifs essentiellement au niveau de C6-C7, tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un diabète de type 2 non insulino-requérant, une hypertension artérielle, une obésité avec un BMI à 36 kg par m², un status post du ligament croisé du genou droit en 2006, un status post ménisectomie partielle du genou droit en 2006 et un pied plat non incapacitant. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée depuis toujours, nécessitant de respecter certaines postures dans le cadre de ses douleurs cervicales mécaniques et en évitant les mouvements de flexion-extension et de rotation brusque.

bb) L'appréciation du Dr P. _____ est confirmée par la Dre M. _____, médecin traitante, laquelle estime, à l'instar de son confrère, que la capacité de travail sur le plan somatique est de 100 % dans une activité adaptée et qu'il n'y a pas lieu de mandater d'autres spécialistes pour les problèmes somatiques (cf. réponses du 20 octobre 2024 au questionnaire du conseil de l'assuré). Dans ce contexte, le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur du rapport établi le 5 août 2024 par le Service d'angiologie du CHUV.

cc) S'agissant du rapport établi le 3 mars 2026 par la Dre BD. _____, que le recourant a produit lors de l'audience de débats publics du 5 mars 2026, il convient de relever que, en tant qu'il est postérieur à la décision litigieuse rendue le 27 janvier 2025, il n'y a en principe pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Cela étant, l'assuré ne saurait rien tirer en sa faveur du diagnostic d'arthro-myalgies posé par la médecin prénommée, dès lors que celui-ci ne constitue qu'un diagnostic d'exclusion, lequel nécessite, selon les dires de cette praticienne, des examens complémentaires afin d'en objectiver les causes organiques précises. Au surplus, la Dre BD. _____ retient, à titre de diagnostic différentiel, un déconditionnement global, déjà évoqué par le Dr P. _____ (cf. rapport du 28 mai 2024, p. 36), ainsi qu'un rhumatisme inflammatoire en cours d'investigations, dont cet expert a indiqué que les critères n'étaient alors pas réalisés (*ibidem*). Quant à la péjoration de la

symptomatologie douloureuse ensuite d'une infection au coronavirus en décembre 2025, elle est postérieure à la décision attaquée, si bien qu'elle doit être examinée, le cas échéant, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, il ressort de l'examen clinique pratiqué le 2 mai 2024 par le Dr I. _____ que l'assuré est orienté aux quatre modes ; l'humeur est neutre ; la mimique et la gestuelle sont expressives, adaptées et congruentes à l'humeur ; il a les larmes aux yeux, brièvement à deux ou trois reprises, quand il explique qu'il s'est effondré, lorsque son patron a prononcé le mot « dépression » ou en indiquant qu'il se sentait tellement bien en juin et que ça s'est « recassé » ; l'assuré est concentré et attentif ; il ne présente aucun ralentissement psychomoteur ni agitation psychomotrice ; il donne des réponses longues, précises et détaillées ; il devient volubile à la fin de l'entretien quand l'expert annonce la fin de l'entrevue, ce qui conduit l'intéressé à revenir sur des arguments développés précédemment ; aucun signe de fatigue ou de fatigabilité n'est observé ; il n'y a pas de trouble significatif de la mémoire. L'assuré est arrivé muni d'un pense-bête dactylographié rédigé sur conseil de son médecin, qu'il consulte essentiellement lorsqu'il doit signaler la liste des événements ayant déclenché sa dépression ; tout le reste de l'entretien, il le consulte très peu ; il a été capable à plusieurs reprises de donner des dates précises et des informations détaillées, sans se référer à ce document ; l'expert n'a constaté une respiration démonstrative évoquant le stress ressenti qu'au début et à la fin de l'entretien ; le reste de l'entretien, il n'a pas constaté de symptômes physiques en faveur d'une hyperactivité neurovégétative pouvant refléter la présence d'un état anxieux ; il n'y a ni tremblement ni transpiration ; il n'y a pas non plus d'accélération des mouvements respiratoires. L'humeur de l'assuré est neutre ; il rit même quand il évoque la différence de taille notée sur sa carte d'identité et celle retrouvée lors de la dernière mesure ; les réponses sont claires, cohérentes, adaptées et argumentées ; le récit de vie est chronologique et structuré ; les repères temporels sont parfaitement préservés ; il n'y a pas de signe de la série psychotique. L'expert psychiatre a ainsi conclu à un examen clinique « strictement normal » (rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 59).

bb) Sur la base de son examen clinique, le Dr I. _____ a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de possible accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1 ; accentuation de certains traits de personnalité de la série anankastique). A cet égard, l'expert a expliqué que les éléments de la série dépendante sont peu vraisemblables chez un assuré qui vit seul, de manière autonome. Il n'y a en effet pas de subordination de ses besoins à ceux d'une personne dont il dépend, de réticence à faire des demandes, de sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul ou de préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet a une relation proche.

L'analyse de l'anamnèse systématique comprend par ailleurs des éléments qui n'avaient jamais été décrits, ni même évoqués par le psychiatre traitant. Ainsi, il s'avère tout d'abord que le début de l'incapacité de travail en décembre 2021 est dû à des tensions professionnelles en période de Covid. L'expert I. _____ retient que les troubles survenus dans un contexte réactionnel à un conflit professionnel soulèvent le diagnostic d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée versus un épisode dépressif léger à moyen, mais qui, dans tous les cas, sont entrés en rémission compte tenu de l'espacement du suivi psychiatrique et le maintien du même traitement antidépresseur depuis au moins deux ans. L'expert relate ensuite dans quel contexte le dernier tatouage de l'assuré a été réalisé. Il observe à ce propos que les recherches effectuées pour la conception et la réalisation du dessin puis son exécution précise en février 2022, les nombreuses démarches auprès de sa tatoueuse pour le faire rectifier au point d'avoir été reconnu comme harcelant et d'avoir été convoqué par la police, ne permettent pas de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère, car, selon la CIM-10, lors d'un épisode dépressif sévère, le « sujet présente un état de détresse associé à une agitation ou à un ralentissement marqué avec des idées de suicide manifeste ». Or tel n'est pas le cas en l'espèce (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 57). De plus, l'absence d'hospitalisation, de consultations en urgence ou encore l'espacement des suivis psychiatriques en juin 2023 sont en discordance avec un diagnostic d'épisode dépressif qui serait resté sévère depuis

plusieurs années et qui serait toujours incapacitant à 100 % malgré des améliorations signalées (cf. rapport du Dr J. _____ du 8 novembre 2022). Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, la modification du traitement médicamenteux, à savoir une augmentation de la posologie de la Duloxetine de 60 à 90 mg, n'a eu lieu qu'en mars 2024 (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 57), et non en septembre 2022, ce d'autant que, dans son rapport du 12 décembre 2023, le Dr J. _____ fait expressément mention d'une posologie de Duloxetine à 60 mg.

cc) Dans ce contexte, l'expert I. _____ mentionne les éléments permettant de retenir une amélioration de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il n'y a ainsi pas de limitation uniforme au niveau des activités. L'assuré est autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne, telles que ses déplacements, dès lors qu'il peut conduire sa voiture ou son scooter par beau temps, pour aller faire ses courses ou se rendre à ses rendez-vous médicaux. Il est également autonome pour les tâches administratives (en-dehors de la déclaration fiscale qu'il dit ne pas avoir la capacité de remplir). Il prend du plaisir à de nombreuses activités distrayantes quotidiennes, passant la matinée devant son ordinateur à jouer en réseau ou en solitaire. Il passe les après-midis à regarder NCIS et la soirée à regarder des films, des documentaires ou des séries. Disposant d'une bonne stéréo à domicile, il écoute aussi de la musique. Inscrit sur la liste des bénévoles de la Société BJ. _____, il prend plaisir à promener des chiens, tout comme il fait de la marche plusieurs fois par semaine. Il rencontre volontiers d'anciens collègues ou des commerçants de la rue où il travaillait, ayant même noué des liens d'amitié avec certains d'entre eux. Il est également souvent invité par sa tante ou l'une de ses cousines, dont il prend plaisir à honorer les invitations. Il n'y a pas non plus de perte de fonctionnalité relevée dans l'accomplissement des travaux habituels (alimentation, entretien du logement ou de la maison, achats et courses diverses, lessive et entretien du linge), l'assuré ayant décidé, en décembre 2023, de faire appel à une entreprise de nettoyage pour débarrasser son appartement des débris qui l'encombraient (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 43). Par ailleurs, l'évaluation des ressources, capacités et difficultés au moyen de la mini CIF-APP n'a révélé « aucun problème » dans

l'ensemble des rubriques analysées (adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, flexibilité et capacité d'adaptation, usage des compétences spécifiques, capacité de jugement et de prise de position, capacité d'endurance, aptitude à s'affirmer, aptitude à établir des relations avec les autres, aptitude à évoluer au sein d'un groupe, aptitude à entretenir des relations proches, aptitude à des activités spontanées, hygiène et soins corporels, et aptitude à se déplacer). L'expert I. _____ a finalement noté que l'assuré dispose de ressources internes au vu de sa longue expérience professionnelle et des diverses compétences acquises dans ce cadre ainsi que de ressources externes, sous la forme d'un réseau familial et amical soutenant.

dd) En l'absence de limitation fonctionnelle significative, l'expert I. _____ a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % en toute activité depuis le mois de septembre 2022, soit trois mois après l'augmentation de la Duloxetine à 60 mg.

8. Concernant plus particulièrement le volet psychiatrique de l'expertise de N. _____ Sàrl, le recourant a formulé divers griefs de nature formelle tenant à la durée de l'entretien, à l'existence de contradictions et d'incohérences entre ses propres déclarations et leur retranscription, ainsi qu'aux modalités du déroulement de l'expertise. A ce propos, il s'est référé aux rapports établis les 13 novembre 2024 et 26 mai 2025 par le Dr J. _____, psychiatre traitant, dont il s'est également prévalu pour remettre en cause sur le fond l'appréciation expertale.

a) aa) Le recourant critique l'expertise psychiatrique, considérant qu'elle s'est déroulée sur une période relativement courte puisque l'entretien a duré 1 heure et 35 minutes.

bb) La durée de l'examen clinique, tout comme celle de l'entretien de manière générale, ne saurait, à elle seule, être déterminante. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I

533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). A cela s'ajoute 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).

cc) En l'occurrence, il est établi que l'expert psychiatre I._____ avait connaissance du cas de l'assuré au travers de son dossier médical et asséculo-logique avant de l'examiner. Par ailleurs, le 4 mai 2024, soit deux jours après l'expertise, l'assuré a écrit un courriel à l'office intimé, dans lequel il se plaignait de la relative brièveté de l'entretien sans toutefois faire état d'éléments que l'expert aurait omis de signaler. A cet égard, on relèvera que la longueur d'un rapport d'expertise n'est pas pertinente en soi pour juger de sa valeur probante, seul étant déterminant son contenu. De même, une inobservation des prescriptions d'ordre figurant à l'art. 7k al. 6 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) concernant le fait que « l'enregistrement sonore semble avoir été coupé au moment où le recourant a dû prendre un Temesta » sans que l'expert ne l'en ait préalablement informé, pour regrettable que soit cette interruption, ne saurait avoir une incidence déterminante sur le contenu du rapport d'expertise. L'assuré ne le prétend du reste pas.

b) Le recourant se plaint de l'absence d'un climat de confiance avec l'expert I._____.

Le rapport d'expertise du 28 mai 2024 mentionne que l'assuré a spontanément d'emblée déclaré : « je suis dans un état de stress total à cause de cet examen » (p. 43). Son état de stress était clairement lié à l'examen clinique et était momentané. En effet, l'expert a constaté que, en-dehors du début et de la fin de l'entretien, moments durant lesquels l'assuré soufflait de manière démonstrative, évoquant par là-même le stress ressenti, il n'y avait pas de symptômes physiques en faveur d'une hyperactivité neurovégétative pouvant refléter la présence d'un état

anxieux. Il semble, d'après les propos tenus par le recourant dans son courriel du 4 mai 2024, que l'expert I. _____ ait omis de mentionner qu'il avait absorbé un Temesta. On ne voit toutefois pas en quoi la prise d'un médicament dans ce contexte soit susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. L'assuré a en effet pu répondre aux questions de l'expert, sans difficulté avérée, en donnant des réponses « longues, précises et détaillées », sans trouble significatif de la mémoire. Pour le reste, en émettant de manière générale des critiques quant à l'attitude de l'expert psychiatre I. _____ durant l'entretien d'expertise, le recourant perd de vue la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n° 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées). En effet, la tâche de l'expert est 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, alors que le rapport de confiance qui lie un médecin traitant à son patient le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). L'assuré ne saurait dès lors rien tirer en sa faveur des interruptions de l'expert dans le déroulement de l'entretien pour remettre en cause le contenu de son rapport d'expertise. Du reste, à le suivre, l'expert perdrait la direction de l'entretien en laissant une personne expertisée s'exprimer sans contrôle, l'entretien d'expertise s'articulant aussi bien autour de déclarations spontanées que de réponses à des questions spécifiques.

c) Le recourant fait ensuite état d'erreurs de retranscription et d'incohérences qui figureraient dans le rapport d'expertise.

aa) Le recourant conteste toute amélioration de son état de santé en juin 2022 au moment de l'introduction du médicament Duloxetine à 60 mg. Or il ressort du rapport du Dr J. _____ du 8 novembre 2022 que, à la suite du « switch » de l'Escitalopram – lequel n'avait donné aucune réponse thérapeutique (cf. rapport de la Dre M. _____ du 21 mai 2023) – pour de la Duloxétine, une amélioration a été observée, au point que ce médecin a retenu un pronostic favorable en termes de réadaptation professionnelle. Quant à l'augmentation de la posologie de Duloxetine à 90

mg, elle est effective depuis le mois de mars 2024 (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 51), sans que les éléments médicaux au dossier ne précisent clairement dans quel contexte elle est intervenue. On peut toutefois se demander si elle n'est pas, au moins en partie, liée aux problèmes financiers rencontrés par le recourant dès la fin de l'année 2023. En effet, dans son courriel du 18 décembre 2023 à l'office AI, l'assuré a expliqué que la fragilisation de sa situation financière, due à la diminution de moitié de ses économies depuis deux ans, et la difficulté qui en découlait de percevoir son avenir était « extrêmement anxiogène et [le] plonge[ait] dans une inquiétude absolument indescriptible ». La proximité temporelle des problèmes financiers apparus à la fin de l'année 2023 (fin du droit aux indemnités journalières pour cause de maladie à la fin du mois de novembre 2023) et l'augmentation de la posologie du traitement médicamenteux de Duloxetine prescrit depuis près d'une année et demi (juin 2022) laisse à penser à un possible lien de cause à effet entre ces deux éléments.

bb) Le recourant allègue ensuite ne pas avoir été informé du fait que le prélèvement au laboratoire d'analyses devait s'effectuer le jour même de l'expertise, le 2 mai 2024, alors qu'il ne s'y était rendu que le lendemain. Dans ces conditions, l'expert I. _____ a déclaré qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'adhésion au traitement médicamenteux, compte tenu de la demi-vie courte de la Duloxetine. Ce faisant, le Dr I. _____ ne fait que reprendre l'interprétation clinique consignée dans le rapport du 8 mai 2024 devant rendre compte de l'adhésion médicamenteuse du recourant à la Duloxetine. L'assuré affirme prendre « sa Duloxetine tous les jours à 16 heures » (cf. mémoire de recours du 3 mars 2025, p. 28). Dans la mesure où le prélèvement a été effectué le 3 mai 2024 à 15 heures 26, la dernière prise du médicament devrait remonter, conformément aux dires de l'intéressé, au 2 mai 2024 aux alentours de 16 heures. Or il ressort du compte-rendu précité que la dernière prise de Duloxetine remonte au 2 mai 2024 à 6 heures. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en doute la déclaration du Dr I. _____, selon laquelle le prélèvement devait s'effectuer le jour même de l'expertise et non pas le lendemain afin de disposer de résultats fiables.

cc) S'agissant de son dernier tatouage, le recourant affirme que, contrairement à ce qui figure dans le rapport d'expertise du 28 mai 2024, son dernier tatouage n'a pas été conçu et réalisé en février 2022. Selon ses déclarations, « le projet de tatouage a été achevé en mars 2021, soit avant son incapacité de travail ». « De plus, il a été effectué sur deux séances, en décembre 2021 et janvier 2022 ». Il convient d'observer que, par ces déclarations, le recourant, respectivement son conseil, ne remet pas en cause les propos tels que tenus à ce sujet à l'expert, faisant notamment état d'un harcèlement de sa part à l'endroit de la tatoueuse ayant nécessité l'intervention de la police (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 58), ni ne produit de documents tendant à établir le caractère inexact des éléments communiqués à l'expert I._____. Par conséquent, il y a lieu de s'en tenir aux premières déclarations, qu'il convient de privilégier aux explications nouvelles, celles-ci pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

dd) Le recourant énumère encore diverses erreurs de retranscription ainsi que des incohérences entachant le rapport d'expertise du 28 mai 2024. C'est ainsi qu'il relève que l'expert rhumatologue P._____ a fait état d'une tenue vestimentaire correcte, alors que l'expert psychiatre I._____ a indiqué que celle-ci était négligée. On peine à discerner ce que le recourant entend tirer de cette différence de qualification, cette appréciation n'étant que le reflet d'une subjectivité individuelle. De même, le fait que le recourant ait mentionné à l'expert I._____ que le balcon de son logement mesure 5 mètres sur 2, alors que le rapport d'expertise fait état de 100 mètres sur 2 (p. 49). Or il est patent qu'un balcon d'une longueur de 100 mètres n'est guère réaliste. Il en va de même des kilomètres parcourus en voiture que le recourant estime à 30 en deux ans (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 50), alors que le rapport d'expertise mentionnerait 3'000 km effectués en une année. Si ces erreurs sont certes regrettables, elles ne constituent pas, tant s'en faut, des éléments déterminants pour remettre en cause le bien-fondé des constatations médicales opérées.

ee) Le recourant se plaint du fait que le volet psychiatrique de l'expertise de N._____ Sàrl aurait été influencé par un rapport du 24 juin 2022 de la Dre H._____, médecin-conseil auprès de G._____, alors qu'une collaboratrice de cette assurance a par la suite indiqué que cette évaluation n'était « plus pertinente » (cf. courriel du 29 juillet 2024 de G._____ à l'assuré, pièce n° 111 du dossier de l'office AI, p. 454). A nouveau, on ne peut que s'interroger sur le sens et la portée d'un tel grief. En effet, du moment qu'un expert se voit remettre, pour les besoins de son examen, l'intégralité du dossier asséculoologique et médical - dont fait partie le rapport du 24 juin 2022 (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 10) - constitué au sujet d'une personne assurée, un reproche du même type pourrait être soulevé à propos de n'importe quelle pièce figurant dans le dossier soumis à un expert. Or celui-ci est tenu d'adopter une démarche objective pour se prononcer sur le cas qui lui est soumis.

ff) Le recourant soutient que, dans la mesure où l'assureur perte de gain lui a versé des indemnités journalières de 100 % jusqu'au 5 décembre 2023 inclus (cf. attestation du 5 décembre 2023 produite à l'appui du recours du 3 mars 2025), c'est à tort que l'office intimé a retenu qu'il disposait, depuis le mois de septembre 2022, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Le raisonnement du recourant ne saurait être suivi. En effet, il procède d'une confusion entre la notion d'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA - fondant le versement des indemnités journalières par l'assurance perte de gain - et celle d'invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, qui est une notion économique renvoyant à la perte de gain subie par un assuré laquelle, exprimée en pourcentage ensuite d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, donne le taux d'invalidité.

d) Le recourant déplore qu'aucun examen neuropsychologique n'ait été mis en œuvre. L'examen réalisé en septembre 2024 (rapport du 25 septembre 2024) a été effectué en vue d'investiguer les plaintes formulées par l'intéressé quant à la mémoire, l'attention/concentration et la planification/organisation. Or il ne confirme pas les troubles mnésiques ni

les troubles de l'attention allégués. En effet, il ressort du rapport précité que l'assuré présente un profil neuropsychologique avec un fonctionnement cognitif globalement satisfaisant, bien que quelques fragilités au niveau exécutif aient été constatées. L'examen réalisé n'a cependant pas mis en évidence l'existence de troubles mnésiques ou de l'attention, ce que le Dr J. _____ a du reste relevé dans son rapport du 13 novembre 2024. Ces éléments confirment les constatations effectuées par l'expert psychiatre I. _____ lors de son examen clinique, selon lesquelles le recourant ne présentait aucun ralentissement psychomoteur, de même que sa mémoire était sans problèmes significatifs. On ajoutera que cet expert a mentionné que le recourant était venu avec un pense-bête, mais qu'il s'en était très peu servi. Dès lors, même si l'on peut déplorer que ce document ne figure pas au dossier, il convient de retenir qu'il ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'expert vu l'absence d'atteinte neuropsychologique.

e) Dans son rapport du 13 novembre 2024 produit par le recourant à l'appui de ses objections du 15 novembre 2024, le Dr J. _____ affirme que, dans son avis médical du 22 janvier 2024, le SMR aurait reconnu une aggravation de l'état de santé de l'assuré en novembre 2023 (fin du versement des indemnités journalières). Or, selon les explications fournies le 27 janvier 2025, le SMR s'est en réalité limité à rapporter les éléments à disposition dans les différents rapports émanant du Centre de psychiatrie et psychothérapie K. _____, dont celui du 12 décembre 2023.

f) Ces reproches ne sont pas de nature à remettre en question la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise de N. _____ Sàrl. En effet, l'expertise psychiatrique se fonde sur une anamnèse complète, tenant compte en particulier de l'ensemble des plaintes du recourant, des pièces médicales du dossier, d'un examen clinique complet comprenant un status psychiatrique structuré ainsi que des analyses de laboratoire. Les plaintes subjectives ont été dûment relevées et analysées par l'expert I. _____ pour déterminer s'il s'agissait de symptômes d'atteintes psychiatriques.

L'expert psychiatre a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de possible accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1), sous la forme d'une accentuation de certains traits de personnalité de la série anankastique, indiquant ainsi qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un trouble mental (TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 6.5.3). Il s'est appuyé sur l'anamnèse, sur ses propres constatations ainsi que sur les rapports médicaux au dossier. Il a discuté les autres atteintes psychiatriques envisagées ou envisageables, en particulier celles d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de troubles mixtes de la personnalité (traits anankastiques et dépendants) retenus par le Dr J._____, psychiatre traitant, dans ses rapports des 8 novembre 2022 et 12 décembre 2023. L'expert a indiqué les éléments l'amenant à écarter ces diagnostics (cf. considérant 7b/bb ci-dessus).

Le Dr I._____ a posé le diagnostic des atteintes psychiques en procédant à une analyse des éléments pertinents pour le diagnostic et de leur intensité, ainsi qu'en tenant compte du traitement mis en place et des comorbidités somatiques. A propos du traitement, il a relevé n'avoir aucune mesure médicale supplémentaire à proposer, les troubles présentés étant d'une sévérité mineure et sans caractère incapacitant. Il a également examiné les motifs d'exclusion, confirmant à cet égard qu'il y avait une amplification du comportement face à la maladie, tandis qu'il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau des activités (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 55). Il en a déduit que, au jour de l'expertise, une perte de fonctionnalité pour des motifs psychiatriques n'était ni cohérente ni plausible. L'expert a également examiné la personnalité du recourant en établissant le status psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 28 mai 2024, p. 52), ce qui n'a révélé aucun trait de personnalité problématique et a confirmé l'existence de compétences sociales préservées. Il a répertorié les capacités, les ressources et les difficultés tirées du contexte psychosocial. Celui-ci paraissait plutôt favorable, compte tenu du soutien dont il peut bénéficier de la part de membres de sa famille et d'amis proches. L'expert a relevé que, eu égard au caractère mineur des troubles présentés et à l'absence de limitation fonctionnelle notable, l'activité habituelle était adaptée et demeurerait pleinement exigible. Il faut par conséquent constater

que l'évaluation de la capacité de travail a été déterminée sur la base des éléments pertinents en conformité avec la jurisprudence.

g) Dans ce contexte, force est de constater que le désarroi du recourant est surtout lié à sa situation financière. En effet, dans un entretien téléphonique du 4 juillet 2024 avec une collaboratrice de l'office AI, l'assuré a fait part de son inquiétude à propos de sa situation financière, laquelle péjorait son état de santé et assombrissait ses perspectives d'avenir. Il ressort par ailleurs de l'attestation rédigée par M. O. _____ le 27 mai 2025 que l'assuré n'avait jamais quitté le « cocon familial » et que le décès de ses parents avait provoqué un « séisme émotionnel » géré de façon peu satisfaisante. N'ayant jamais vécu seul auparavant, il s'est retrouvé démuni et sans repères, avant de perdre peu à peu toute motivation dans son travail. Quand bien même son ancien employeur a confirmé que le recourant est une personne intelligente, il était d'avis que celui-ci s'est retrouvé progressivement pris dans un cercle vicieux « où se mêlent médicaments, solitude, manque de moyens financiers et autres difficultés, créant en lui une situation explosive ». A cet égard, les difficultés financières, qu'il convient au demeurant en aucun cas de nier, ni de minimiser, ne constituent pas un motif justifiant d'octroyer des prestations de l'assurance-invalidité.

h) Le rapport établi le 13 novembre 2024 par le Dr J. _____ ne permet pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par l'expert I. _____. Le psychiatre traitant maintient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et de troubles mixtes de la personnalité avec traits anankastiques et dépendants (F 61) déjà posés dans ses rapports des 8 novembre 2022 et 12 décembre 2023. Or il se trouve que ces problématiques diagnostiques ont été discutées par l'expert (cf. considérant 7b/bb ci-dessus). Le Dr J. _____ estime cependant que l'atteinte à la santé psychique affecte tous les pans de la vie de l'assuré et altère considérablement sa qualité de vie, en ce sens que « [l]es troubles anxieux et dépressifs sévères interfèrent de manière trop marquée avec toutes les dimensions de la vie professionnelle et sociale ». L'expert psychiatre n'a toutefois pas fait le constat d'un impact

uniforme des limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie. Dans les activités ménagères quotidiennes, l'assuré n'a pas rapporté de limitations ; il a ainsi indiqué qu'il était autonome pour les tâches de la vie courante, les paiements et la nourriture, même s'il mange beaucoup de plats préparés ; il ne bénéficie pas non plus d'une aide au ménage. Il a en outre de bonnes interactions sociales, aussi bien sur le plan familial qu'avec une voisine ou des amis. Il parvient en outre à regarder la télévision ou des séries ainsi qu'à jouer à des jeux sur l'ordinateur en dépit de ses problèmes de concentration. Force est ainsi de constater que les limitations évoquées par le Dr J. _____ ne correspondent que partiellement à la situation telle qu'elle ressort de l'expertise. Le rapport du 13 novembre 2024 se présente surtout comme un recensement des plaintes du recourant, tout en confirmant que celui-ci dispose de certaines ressources puisque le psychiatre traitant relève que son patient effectue encore un peu de ménage, prépare des repas précuisinés, se déplace sur de courts trajets en scooter ou en voiture, regarde la télévision, écoute de la musique, lit des bandes dessinées et maintient des contacts sociaux.

i) Quant à la critique formulée par le Dr J. _____ dans son rapport du 26 mai 2025 à propos du manque de spécialisation en psychiatrie et psychothérapie du médecin du SMR, elle ne lui est d'aucun secours. En effet, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3).

j) Quant au bilan infirmier du 22 juillet 2024, il ne permet pas de soutenir la thèse d'une incapacité totale de travailler en toute activité. Outre qu'il ne discute à aucun moment du contenu de l'expertise de N. _____ Sàrl, il ne fait pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée.

k) Au final, il convient de constater que, en l'absence d'appréciation médicale propre à susciter un doute quant aux conclusions de l'expertise de N. _____ Sàrl, c'est à juste titre que les experts ont retenu

que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de septembre 2022.

9. Le recourant « conteste être apte à mettre en valeur sa prétendue capacité de travail résiduelle sur un marché de l'emploi supposé équilibré », en se prévalant plus particulièrement de son âge et de son expérience professionnelle limitée à un seul domaine, soit celui de la mécanique de motocycles.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la

capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

b) aa) Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1 et la référence citée).

bb) En l'occurrence, l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée de manière fiable en mai 2024 (expertise de N. _____ Sàrl). Le recourant, alors âgé de près de 59 ans, ne réalisait en tout état de cause pas les conditions auxquelles la jurisprudence admet généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Cet élément seul ne suffit donc pas à nier le caractère exigible d'une reconversion professionnelle. De plus, si le recourant a certes travaillé dans un seul domaine économique au cours de sa carrière professionnelle, on constate, à la lecture de son curriculum vitae, qu'il a développé de multiples compétences dans le cadre de l'exercice de sa profession de mécanicien sur motocycles relevant non seulement du domaine purement technique, mais touchant également des aspects informatiques, administratifs et commerciaux. Au demeurant, les limitations fonctionnelles (somatiques) présentées par le recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées et accessibles aux limitations du recourant, sans formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle.

c) A l'appui de sa contestation, le recourant se réfère à deux causes (TF 9C_578/2009 du 19 décembre 2009 et 9C_979/2009 du 10 février 2010) dans lesquelles le Tribunal fédéral a constaté l'impossibilité pour la personne concernée de se reconvertir dans une nouvelle profession en raison de son âge. Toutefois, les circonstances du cas d'espèce ne sont pas comparables. Contrairement aux situations invoquées, l'assuré a déjà été confronté à plusieurs reprises au cours de son parcours professionnel à des changements d'employeur incluant le développement de nouvelles compétences et une expérience enrichie, démontrant à ces occasions des capacités d'adaptation. On ne saurait dès lors assimiler son cas à celui d'une personne qui a toujours exploité une entreprise agricole à titre indépendant et doit, malgré un âge relativement avancé (57 ans), se réinsérer dans un domaine économique autre que celui dans lequel elle a toujours oeuvré (TF 9C_578/2009 cité) ou à celui d'un assuré qui se trouvait, à quelques mois à peine de l'âge de la retraite (TF 9C_979/2009 précité), à la différence du recourant, dont le temps d'activité s'étend, dans l'éventualité la plus favorable pour lui, c'est-à-dire à la date de la décision attaquée, à plus de cinq années (art. 21 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]).

d) Le grief du recourant est mal fondé.

10. Comme démontré ci-dessus, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de statuer à satisfaction de droit. Il se justifie, en conséquence, de rejeter les mesures d'instruction requises par le recourant (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3). En particulier, sur le vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire ainsi qu'à la production des « enregistrements sonores de l'entretien du 2 mai 2024 qui a donné lieu au rapport d'expertise consensuelle du 28 mai 2024 ».

11. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

12. **a)** 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 janvier 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 mis à la charge d'A._____.
- 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 Amélie Gilliéron, avocate (pour A._____),
- 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 :