

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 M. Piguet et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé comme directeur des achats et flux pour E._____ du 2 juillet 2012 au 16 novembre 2017. Il exerce comme indépendant depuis le 1^{er} avril 2020 pour un revenu brut qu'il annonce de 4'000 fr. par an. Il a créé son entreprise sous la raison sociale D._____, inscrite au registre du commerce le 8 février 2021, dont le but est les conseils en achats, ventes et stratégies commerciales, le commerce et intermédiation de biens.

Le 16 novembre 2022, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), évoquant plusieurs périodes d'incapacité de travail entre 2016 et 2018 principalement en raison d'une dépression survenue en 2016. Le 15 décembre 2022, l'OAI lui a proposé une mesure d'intervention précoce auprès de F._____, visant à soutenir et faciliter la réinsertion professionnelle.

Lors de son premier entretien avec F._____, le 25 janvier 2023, l'assuré a expliqué que son activité indépendante ne générait pas de revenu et qu'il souhaitait trouver un emploi pour subvenir à ses besoins mais qu'il n'y parvenait pas en raison de son âge et de son manque de compétences en informatique. Il attendait de l'OAI une aide concrète pour un placement. S'estimant en mauvaise santé de manière globale, il mentionnait des douleurs au niveau des épaules, des genoux et des problèmes de mémoire qu'il mettait en lien avec le stress et son épuisement professionnel.

Dans un rapport du 8 mars 2023, F._____ a conclu à un bon potentiel de réinsertion, mais qu'il convenait de vérifier les difficultés de l'assuré au moyen de stages. En l'état, celui-ci ne parvenait plus trop à savoir ce qu'il pouvait faire, mais il était constaté que ses performances étaient généralement supérieures à son évaluation. L'assuré était prêt à retrouver une activité à 100 %, un décalage étant ainsi mis en avant entre ses souhaits et les observations du Dr G._____, spécialiste en médecine

interne générale, à savoir des troubles de la concentration et de la mémoire et d'anxiété générant une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 7 mars 2023, ce médecin a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, d'état dépressif (F32.9) depuis 2017, de trouble de la mémoire en cours d'investigation, de tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec bursite depuis 2020 et de troubles dégénératifs du genou gauche depuis 2018.

Lors de son rapport final du 22 juin 2023, F._____ a noté qu'aucun stage n'avait pu être mis en place. Il s'était notamment avéré difficile pour l'assuré de se projeter dans des domaines différents de son expérience professionnelle qu'il estimait pouvoir encore mettre en valeur. Le 17 avril 2023, l'assuré avait commencé un suivi psychiatrique auprès du Dr J._____, médecin se présentant comme psychiatre, lequel avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère générant les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité, flexibilité et adaptabilité aux tâches diminuées, planification et structuration des tâches réduites, capacité de jugement et de prise de décision réduites.

En vue de clarifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a requis des informations médicales auprès du Dr J._____, qui a attesté le 18 octobre 2023 d'une incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2023 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2).

Dans un formulaire du 2 avril 2024, ce médecin a décrit les symptômes suivants :

« Bonne présentation, ponctuel à ses rendez-vous, focus partiellement partagé, contact visuel, sourire forcé, agitation psychomotrice modérée.

- Débit verbal rapide, discours très axé sur son vécu douloureux (avenir professionnel incertain, conflit avec son épouse, difficultés financières) ; passe rapidement d'un sujet à l'autre, se répète souvent, difficultés de concentration importantes, manque du mot. Fort sentiment d'injustice et de frustration. Idées pessimistes sur lui-même et son avenir. Ruminations permanentes.

- Manque de motivation important, procrastination en ce qui concerne l'administratif et fuite en avant dans ses recherches d'une solution professionnelle (moins actuellement).
- Epuisement physique et psychique, trouble de l'appétit et du sommeil. Relations sociales très réduites. »

Ce médecin a en outre précisé que l'assuré bénéficiait d'une consultation toutes les deux semaines en alternance avec les consultations avec la psychologue. Dans le chiffre consacré à l'évolution de la pathologie, il a exposé que l'assuré avait été licencié en 2010 dans un contexte de conflit avec sa hiérarchie et burn-out et qu'il avait aggravé son épuisement physique (avec une épaule gelée) et psychique dans les deux postes suivants, aboutissant à un épisode dépressif dès l'été 2016. L'assuré avait été licencié en 2017 mais n'avait pas pris la mesure de la dégradation importante de son état et avait continué à se battre pour s'en sortir sur le plan professionnel. Les déficits fonctionnels étaient la réduction du rendement, l'hypersensibilité au stress, la fatigabilité, les flexibilité et capacité d'adaptation très diminuées, la capacité d'organisation et de planification des tâches réduites et des difficultés moyennes dans les relations personnelles. L'assuré était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

Dans un rapport du 22 mai 2024, le Dr J._____ a indiqué que l'état mental de son patient s'était dégradé les dernières semaines passées après une période relativement stable. Par rapport au début de son suivi, l'assuré était passé à un stade où il était plus posé et légèrement moins anxieux. Mais depuis plusieurs semaines, il était de nouveau très angoissé entre la perspective de ne pas retrouver du travail et celle d'une rente en dessous de ses besoins minimaux, et il était en souci pour la santé de sa mère âgée. Sa capacité de travail était toujours nulle. Le traitement restait identique, l'assuré étant sensible aux effets secondaires.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Celui-ci a préconisé une expertise bidisciplinaire dans un avis du 27 août 2024, dès lors que l'atteinte psychiatrique était peu documentée et compte tenu de l'absence de

tentative de changement de traitement, alors que l'atteinte était qualifiée de sévère et chronique. En outre, les atteintes ostéo-articulaires étaient peu décrites mais ne devaient pas limiter l'assuré dans une activité peu physique.

L'expertise a été confiée à L. _____ Sàrl (ci-après : L. _____), à U***.

En date du 4 septembre 2024, le Dr J. _____ a attesté que l'assuré, pour des raisons médicales, n'était pas en mesure de prendre les transports en commun pour se rendre à l'expertise en raison d'une angoisse liée à l'organisation du voyage, ayant très peu pris les transports en commun au cours de sa vie. L'assuré souhaitait effectuer le déplacement en voiture.

Les Drs M. _____, spécialiste en rhumatologie, et H. _____, spécialiste en psychiatrie, ont rendu leur rapport d'expertise le 19 novembre 2024. Ils ont posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de status post tendinopathie calcifiante des épaules stabilisée et troubles dégénératifs cervico-arthrosiques, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). L'examen rhumatologique était tout à fait normal et n'avait mis en évidence aucune pathologie incapacitante ; des limitations fonctionnelles étaient relevées à titre préventif, à savoir éviter le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale pour éviter une rechute des tendinopathies et éviter le port de charges de plus de 10 kilogrammes de façon répétée. Sur le plan psychiatrique, l'évolution est résumée en ces termes :

« (...)

Il rapporte un burn-out entre 2009 et 2010, ayant abouti à un licenciement dans un contexte de tension relationnelle avec sa hiérarchie.

Burn-out qui n'a nécessité ni suivi ni incapacité de travail.

Il rapporte un 2^e burn-out entre 2012 et 2017, avec un suivi psychiatrique pendant une année et une incapacité de travail pendant une année et un traitement antidépresseur associé à un anxiolytique. (Xanax)

Au bout d'une année, il a arrêté le suivi et le traitement.

Il s'est inscrit au chômage pendant 18 mois.

Il a cherché des emplois mais n'a pas réussi à retrouver du travail, malgré de nombreuses postulations.

Il s'est installé comme indépendant mais n'a pas pu réussir économiquement.

L'entreprise est toujours présente, mais le chiffre d'affaires est nul, selon ses dires.

Parallèlement, depuis 2017, il a participé activement et investi avec un associé majoritaire, dans la création de 2 centres de fitness.

En 2021-2022, il dit ne pas avoir arrêté de postuler et ne pas avoir pu trouver du travail ni en S***, ni en Suisse, alors qu'il fourmillait d'idées.

Il n'a eu en tout et pour tout que 2 entretiens, malgré toutes ses postulations.

Il a entamé un suivi psychiatrique en avril 2023, se plaignant d'un manque d'envie, de difficultés de mémoire et de concentration.

Expliquant qu'il est arrivé à un genre d'épuisement, qu'il avait l'énergie à plat.

Il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie, n'a jamais fait de tentative de suicide.

Il se plaint de désespoir économique.

Depuis le début de son suivi psychiatrique, il a le même traitement à base de Brintellix à des doses inférieures aux doses minimales efficaces.

Le dosage sanguin confirme un taux en dessous des valeurs minimales recommandées pour le traitement de la dépression.

Il est autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Il se déplace régulièrement à W***, où il passe une semaine à 10 jours.

Il voit beaucoup de monde et marche 2 à 3h00 par jour.

Il s'occupe de son fils âgé de 11 ans et demi, il s'en occupe du mardi au jeudi ; il l'accompagne au théâtre ou reste avec lui.

Il fait des activités avec lui le mercredi après-midi et les week-ends ; ils font des marches et ils promènent le chien de la voisine.

Il est investi dans le Conseil communal, étant membre d'une commission.

Il discute avec les gens du village.

Il regarde la télévision et apprécie les émissions culturelles.

Il fait du jardinage avec un ami et se déplace dans son jardin, à une heure de route de chez lui.

Il se déplace beaucoup en voiture.

Il joue à la pétanque.

Il ne rapporte pas de trouble de l'appétit ni de trouble du sommeil, en dehors du fait qu'il se réveille 1h plus tard que ce qu'il aurait aimé.

Et il décrit une libido variable.

L'examen clinique ne retrouve pas de ralentissement psychomoteur, ni agitation psychomotrice, ni tristesse, ni

difficulté de concentration ou d'attention, ni trouble de la mémoire, ni signe de fatigue ou de fatigabilité.
Pour aller à W***, il met 4 à 05h00 de trajet à chaque fois.
Il apprécie les bonnes tables.

L'examen clinique, l'anamnèse, ainsi que le descriptif de la journée type, ne retrouvent aucune pathologie psychiatrique caractérisée active est (sic) incapacitante.

Il est retrouvé des inquiétudes et des angoisses en lien essentiellement avec sa situation financière et économique, et sa situation de couple.

Et il décrit des moments de tristesse.

Il dit pleurer 7 à 8 fois dans le mois ; par exemple quand il voit quelque chose de triste à la télévision, mais en cachette.

Nous retrouvons donc une association de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs mineurs le plus souvent réactionnels sans impact sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, les déplacements et la prise de plaisir dans des activités distractives de loisirs.

N'impactant de manière significative, ni l'appétit, ni le sommeil, ni la libido.

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte est retenu.
Ce trouble n'a aucun impact sur la capacité de travail. »

Le SMR a constaté, dans un avis du 28 novembre 2024, que l'expertise était complète et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

L'OAI a rendu un projet de décision le 2 décembre 2024, prévoyant de rejeter la demande de prestations de l'assuré au motif que les atteintes retenues par l'expertise n'étaient pas de nature à empêcher une activité professionnelle, en respectant les limitations fonctionnelles consistant à éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale et le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée.

Par courrier du 16 janvier 2025, le Dr J._____ a contesté le projet de décision, qui ne mentionnait pas les conclusions de l'expert psychiatre et il a sollicité une copie de l'expertise. L'assuré a également manifesté son intention de contester ce projet par courriel du 20 janvier 2025 ; il a en outre sollicité et reçu l'enregistrement sonore de l'expertise.

Dans un courriel adressé le 5 mars 2025 au conseil de l'assuré, la naturopathe N._____ a noté que l'assuré souffrait de troubles digestifs importants créant des inflammations généralisées et des douleurs ostéo-

articulaires importantes. Elle a précisé que ces douleurs et la fatigue l'empêchaient de maintenir une activité professionnelle durable, ajoutant que c'étaient les troubles psychologiques en lien avec cette douleur qui étaient incapacitants tout en reconnaissant qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur ce point qui relevait de la psychiatrie.

Par courrier du 13 mars 2025, le Dr J._____ a émis des critiques contre le rapport d'expertise du L._____. Il a d'emblée insisté sur le fait que le discours du patient dans l'enregistrement était représentatif de celui qu'il tenait au cours de ses consultations.

Dans un rapport du 14 mars 2025, le Dr G._____ a rappelé les antécédents de l'assuré comprenant des épisodes dépressifs combinés à des affections rhumatologiques, ainsi qu'une hypertension artérielle actuellement de stade 1 non traitée. La capacité de travail était nulle en toute activité en raison de la symptomatologie psychiatrique. Ce médecin a qualifié l'expertise psychiatrique de consternante car elle ne reconnaissait pas l'importante souffrance psychique et l'état dépressif de l'assuré. Sur le plan rhumatologique, il a reproché à l'expert de ne pas avoir fait de lien entre les tendinopathies de l'épaule et l'état anxio-dépressif. Sur le plan clinique, il a en outre relevé une asymétrie à l'élévation de l'épaule gauche, douloureuse.

Se fondant sur ces derniers rapports, le conseil de l'assuré a motivé sa contestation dans un courrier du 21 mars 2025.

Le 7 avril 2025, le Dr J._____ a établi une note complémentaire mettant en avant les différences entre les descriptions de l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) de la CIM 10 et de l'épisode dépressif en un seul épisode, grave, sans symptômes psychotiques (6A70.3) de la CIM 11, en particulier en ce qui concerne l'intensité du risque suicidaire.

Dans un avis du 2 mai 2025, concernant la liste des activités de l'assuré, le SMR a relevé que, si le psychiatre traitant pondérait la fréquence

de certaines activités, il ne niait en rien le fait que l'assuré réalisait bien ces dernières, avec de plus, dans la majorité des items, une difficulté cotée à 1 (légère). Sur le plan diagnostic, le SMR a rejoint l'avis du Dr J._____ selon lequel un épisode dépressif sévère ne comportait pas obligatoirement une suicidalité élevée avec nécessité d'hospitalisation, mais a souligné que l'expert n'avait pas contesté le diagnostic uniquement sur ce fait. Il a rappelé qu'un épisode dépressif sévère était associé à un état de détresse avec une agitation psychomotrice ou un ralentissement marqué, une tristesse pathologique qui ne variaient pas d'un jour à l'autre, avec un sujet incapable de poursuivre ses activités sociales, ménagères ou professionnelle. L'expert avait donc considéré que ces éléments n'étaient en grande partie pas retrouvés dans la situation de l'assuré. De plus, au-delà des considérations purement diagnostiques, il fallait constater que l'assuré maintenait une autonomie complète au quotidien, qu'il n'existait pas d'isolement social (comme le mentionnait manifestement à tort le médecin traitant), que les liens familiaux étaient maintenus malgré les difficultés conjugales, et que le psychiatre traitant n'avait objectivement pas fait appel à d'autres moyens thérapeutiques pourtant accessibles dans la pratique (modification du traitement psychotrope, introduction d'un autre traitement complémentaire, suivi hospitalier ou en hôpital de jour, soutien d'un infirmier spécialisé à domicile, par exemple), et ce malgré la sévérité, la durée et l'impact présumé de la symptomatologie dépressive de son patient, tout en reconnaissant d'ailleurs que le traitement antidépresseur avait permis une amélioration moyenne mais bien réelle. Sur le plan somatique, les atteintes rapportées étaient connues. Le lien entre les atteintes douloureuses et les atteintes psychiques avait été pris en compte dans l'évaluation bidisciplinaire. Concernant les traitements, l'absence d'un quelconque traitement antalgique ou de prise en charge annexe (spécialiste en antalgie) questionnait à nouveau face à l'intensité et à la sévérité des plaintes douloureuses alléguées. Malgré les divergences concernant l'examen somatique, le SMR a constaté que des limitations fonctionnelles étaient retenues, que le médecin traitant n'en décrivait pas davantage, et que ces dernières étaient parfaitement compatibles avec le profil d'activité habituelle. Le SMR a conclu qu'il n'existait pas de nouvelles atteintes, pas d'aggravation de l'état de santé, et que les nouveaux éléments ne

permettaient pas de modifier significativement ses précédentes conclusions.

Par décision du 8 mai 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 11 juin 2025, représenté par son conseil, l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, B. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, a minima tri-disciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie). Il a produit notamment un rapport, non daté, établi par la naturopathe N. _____, dans lequel elle a constaté que le recourant souffrait d'une inflammation chronique généralisée qui affectait plusieurs systèmes de son organisme, avec une corrélation marquée entre ses troubles physiques et psychologiques.

Dans sa réponse du 7 août 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 9 octobre 2025, le recourant a maintenu ses conclusions et produit un rapport du Dr J. _____ du 10 septembre 2025, contestant les éléments cliniques retenus par l'expert, notamment l'absence de discours digressif, relativisant les critères retenus par l'expert pour écarter le diagnostic de dépression sévère et prônant l'importance d'autres symptômes sous-estimés par l'expert (appétit, libido). Il a en outre reproché à l'expert de ne pas reprendre et discuter toutes les déclarations du recourant dans son rapport et a estimé qu'il y avait une discrédence entre les données audio et les transcriptions et conclusions de l'expert. Enfin, ce médecin a procédé à un nouvel examen des symptômes et limitations et a constaté des valeurs plus élevées qu'auparavant dans l'évaluation de l'échelle de dépression MADRS.

Dans ses déterminations du 11 novembre 2025, l'intimé a confirmé sa décision, renvoyant à l'avis du SMR du 5 novembre 2025 produit en annexe, qui a relevé que le Dr J._____ ne mentionnait plus le titre de psychiatre mais de médecin assistant dans son dernier rapport. Le SMR a rappelé qu'il s'agissait, en dehors des considérations purement diagnostiques, de déterminer quelles répercussions l'atteinte en question avait dans les différents domaines de la vie du recourant. Comme le volet psychiatrique était contesté, il a relevé que l'évaluation rhumatologique parlait également en faveur d'un recourant autonome, disponible pour ses enfants, maintenant des liens familiaux, amicaux et de voisinage, s'investissant dans un conseil municipal, autonome dans ses déplacements en voiture ou dans le cadre de ses vacances. Il a en outre constaté que la description clinique par l'expert rhumatologue était très rassurante (calme, coopérant, sans stress au cours de l'entretien, ...). Ces éléments ne l'orientaient ainsi clairement pas sur une atteinte significative, sévère et durable, et parlaient en faveur de l'absence de répercussions homogènes dans tous les domaines de la vie du recourant.

A l'appui de nouvelles déterminations du 16 février 2026, le recourant a produit un rapport du 26 janvier 2026 du Dr J._____, qui a exposé son cursus professionnel justifiant sa prise de position de médecin spécialiste en psychiatrie malgré l'absence de titre FMH es qualité et qui a noté que l'état mental du recourant s'était dégradé ces derniers mois au vu de la longueur de la procédure en cours. Ce médecin a en outre reproché au SMR de ne pas avoir écouté l'enregistrement audio de l'entretien de l'expertisé qui révélait des carences et des inexactitudes. Puis, il a produit une attestation du 8 janvier 2026 du Dr BB._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a attesté que le Dr J._____ travaillait sous sa supervision et a certifié qu'il avait toutes les compétences et qualifications nécessaires pour exercer sa profession, vu sa longue expérience.

Dans un courrier du 2 avril 2026, l'intimé a indiqué avoir soumis les derniers éléments médicaux au SMR qui a conclu, dans un avis du 18

mars 2026, en substance, que l'écoute de l'enregistrement, s'il avait pour but de caractériser la nature digressive du discours ou le type d'humour employé par le recourant, ne ferait qu'amener une dimension plus subjective à la situation, laquelle avait dûment été évaluée par un expert spécialiste en psychiatrie. Il a ajouté que les passages de l'enregistrement cités par le Dr J. _____ étaient retrouvés dans l'expertise.

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 une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas 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).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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) 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 ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant

de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) 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).

e) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

f) 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).

5. a) Le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu pour ne pas avoir reçu l'avis du SMR du 2 mai 2025 avec le courrier du 8 mai 2025 dans lequel l'OAI se prononce sur sa contestation. Il n'a ainsi pas pu faire valoir de moyens à l'égard de l'avis SMR avant la décision rendue le 8 mai 2025.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

Le droit d'être entendu comprend le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. art. 29 al. 2 Cst.). La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant

sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 9C_776/2020 du 7 juillet 2022 consid. 2.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références).

c) En l'occurrence, l'intimé a adressé son projet de décision au recourant le 2 décembre 2024 et le recourant a pu faire part de ses observations et produire des pièces médicales. L'avis SMR a pris position sur ces dernières pièces médicales et le recourant en a eu connaissance fin mai 2025 avant de déposer son recours. Ainsi ce dernier a été en mesure de se déterminer sur cet avis du SMR et a eu l'occasion de produire, dans le cadre de la présente procédure de recours, les pièces médicales en vue de le contester. Le recourant a ainsi eu l'occasion de se prononcer et de fournir des moyens de preuve devant une autorité de recours dotée d'un plein pouvoir d'examen (cf. art. 61 let. c LPGa). Dans ces conditions, il convient de considérer que le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit être écarté.

6. a) L'intimé s'est fondé sur une expertise psychiatrique et rhumatologique du L._____, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, pour refuser le droit à une rente. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise en se référant à divers rapports médicaux, ainsi qu'à l'avis de sa naturopathe.

b) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du L. _____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié, fondé sur l'ensemble des éléments médicaux au dossier et sur les documents supplémentaires apportés par le recourant, ainsi que sur un examen clinique mené par chaque expert dans son domaine. Les experts ont pris en compte les plaintes du recourant, ont discuté les différents avis médicaux et ont examiné les ressources de l'expertisé, la gravité des atteintes ainsi que la cohérence. Les conclusions sont le fruit d'une analyse consensuelle dûment motivée.

aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____ a retenu une capacité de travail entière depuis le licenciement en 2017-2018 et l'inscription du recourant au chômage. Il convient d'examiner si cette conclusion intervient à la suite d'une analyse respectant les réquisits de la jurisprudence.

aaa) L'expert a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans impact sur la capacité de travail. Il a préalablement constaté que l'examen clinique ne retrouvait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation psychomotrice, ni de tristesse, ni de difficulté de concentration ou d'attention, ni de trouble de la mémoire, ni de signe de fatigue ou de fatigabilité. L'examen clinique, l'anamnèse, ainsi que le descriptif de la journée type, ne présentaient aucune pathologie psychiatrique caractérisée active et incapacitante. L'expert a relevé des inquiétudes et des angoisses en lien essentiellement avec la situation financière et économique de l'intéressé, et sa situation de couple. Le recourant décrivait des moments de tristesse. L'expert retrouvait donc une association de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs mineurs, le plus souvent réactionnels, sans impact sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, les déplacements et la prise de plaisir dans des activités distractives de loisirs, n'impactant de manière significative, ni l'appétit, ni le sommeil, ni la libido. Il a ainsi posé le diagnostic de manière motivée et objective, dans les règles de l'art.

bbb) L'expert a expliqué minutieusement les motifs pour lesquels il écartait le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr J._____.

Il a rappelé que, lors d'un épisode dépressif sévère, le sujet présentait un état de détresse associé soit à une agitation psychomotrice, soit à un ralentissement marqué avec des idées suicidaires et un risque suicidaire majeur. La tristesse pathologique ne variait guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances. Les symptômes somatiques étaient presque constants avec un trouble de l'appétit se manifestant par un amaigrissement important, des troubles de la libido, des troubles du sommeil. Lors d'un épisode dépressif sévère, le sujet était en outre incapable de poursuivre ses activités sociales, ménagères ou professionnelles.

In casu, l'expert a noté que l'ensemble de ces éléments n'était pas retrouvé. Il a relevé que ce diagnostic avait été réaffirmé dans un rapport daté du 15 octobre 2024, soit deux jours avant l'examen clinique et l'entretien qu'il avait eu avec l'assuré. Or, ce diagnostic était incompatible avec un sujet autonome dans toutes ses activités élémentaires de la vie quotidienne, qui s'était déplacé en voiture au centre d'expertise, qui conduisait quatre à cinq heures pour aller à W*** de manière régulière, qui prenait du plaisir à manger et qui ne rapportait pas de troubles majeurs du sommeil, ni d'idées suicidaires, expliquant que le recourant pouvait avoir des idées noires qu'il chassait rapidement. L'expert a rappelé que le recourant s'occupait de manière adéquate, plusieurs jours par semaine, de son fils, qu'il partageait des activités avec lui, qu'il faisait deux à trois heures de marche par jour, qu'il s'investissait dans les activités de son conseil communal et qu'il appelait régulièrement ses amis, ses frères et sa mère. L'expertisé disait avoir besoin de parler et d'échanger. L'expert a encore relevé que le recourant ne présentait à l'examen clinique ni ralentissement psychomoteur, ni agitation psychomotrice, ni trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni tristesse pathologique ; il était jovial, attentif, concentré et dynamique. L'expert a souligné au demeurant qu'un

épisode dépressif sévère, au vu des risques suicidaires, mettait en jeu le pronostic vital d'un sujet et requerrait souvent un traitement hospitalier. Or, aucun projet d'hospitalisation n'avait été mis en place et le traitement antidépresseur n'avait pas été instauré à doses efficaces. Le maintien du même antidépresseur, depuis pratiquement une année et demie, n'était pas en cohérence avec le traitement d'un épisode dépressif sévère, selon les recommandations de la société Suisse de psychiatrie, qui préconisait la mise en place d'un traitement antidépresseur à dose efficace, voire maximale, sous réserve de tolérance pendant deux à trois mois. En cas d'échec, il était recommandé un changement de molécule antidépressive pour un autre antidépresseur ayant des modalités d'action différentes au niveau du système nerveux central à dose efficace voir maximale. En cas de deuxième échec, il était préconisé l'association de deux antidépresseurs à dose efficace voir maximale, deux antidépresseurs ayant des modalités d'action différentes au niveau du système nerveux central. L'absence de changement de molécule antidépressive et son maintien à des doses inférieurs aux valeurs recommandées pour le traitement d'une dépression n'étaient donc pas en cohérence avec un tel diagnostic mais reflétait plutôt l'absence de recherche de gain thérapeutique supplémentaire. Une telle stratégie thérapeutique était plutôt en cohérence avec un état stabilisé et sans caractère de sévérité.

ccc) L'expert a évalué la gravité du trouble et son incidence sur la capacité de travail en application des indicateurs.

Il a ainsi examiné la cohérence des plaintes et constaté qu'il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, l'assuré étant entièrement autonome dans les activités élémentaires de la vie quotidienne. L'intéressé préparait à manger pour son fils quand il s'en occupait et faisait la lessive pour toute la famille. Il pouvait faire le ménage et passer l'aspirateur, laver la vaisselle et faire les courses. Il conduisait sa voiture pour se déplacer, que ce soit pour aller aider un copain à jardiner (à une heure de trajet) ou aller à W*** de manière régulière, faisant quatre à cinq heures de route à chaque fois. Il appréciait la bonne nourriture et le bon vin. Il n'avait pas de problème

particulier de sommeil, si ce n'était de dormir un petit peu plus que ce qu'il aurait souhaité. Il décrivait une libido variable et signalait avoir une amoureuse à W*** qu'il voyait quand il se déplaçait. Il jouait à la pétanque et aimait discuter avec les gens. Il était investi dans le conseil communal, étant membre d'une commission et assistait régulièrement aux réunions de ce conseil communal, suivies souvent d'un moment convivial où les participants prenaient des verres à la sortie de la réunion. Il amenait son fils au théâtre le mercredi et au football le jeudi, et il restait avec lui. Il faisait des marches avec son fils le mercredi après-midi et les week-ends ; ils promenaient le chien d'une voisine. Le recourant appréciait les émissions culturelles sur France 4, France 5 ou Arte. Il pouvait mettre de la musique sur YouTube. Il aimait la marche. Il avait besoin d'échanger soit avec les gens du village, soit au téléphone avec sa mère ou ses amis à W***. Il s'occupait de ses tâches administratives et ses factures étaient payées en temps et en heure. L'examen clinique ne retrouvait pas de symptôme anxieux ou dépressif d'une sévérité notable et significative. Aucune perte de fonctionnalité de nature psychiatrique n'était donc cohérente ni plausible.

Ensuite, l'expert a constaté l'existence de ressources internes et externes. Le recourant était en effet titulaire d'une maîtrise de chimie physique à l'université de W*** et disposait d'une expérience confirmée en direction des achats, stratégie, et distribution industrie agroalimentaire. Il se déclarait en capacité d'être mobile en Suisse et en S*** et se reconnaissait une expertise dans la grande distribution européenne, dans les centrales d'achat, dans l'industrie agro-alimentaire et les produits laitiers. Il avait été membre de deux comités de direction et avait des compétences dans l'élaboration et le pilotage de la stratégie des achats de management et dans la négociation. Il avait une expérience professionnelle dans ce domaine. Il maîtrisait le français, qui était sa langue maternelle, et avait de bonnes connaissances orales et écrites en anglais, ainsi que des connaissances orales et écrites en allemand. Il maîtrisait Excel, Word et PowerPoint et avait de l'intérêt pour le basket, la plongée sous-marine et le fitness. Il avait également des intérêts pour le voyage, la gastronomie et l'histoire. Il bénéficiait en outre du soutien de sa mère, de ses frères, de

nombreux amis à W*** et de quatre à cinq amis en Suisse, ainsi que du soutien de sa psychologue et de son psychiatre.

L'expert a relevé l'absence de limitations fonctionnelles en lien avec l'activité professionnelle selon les résultats de l'examen du Mini ICF et a observé qu'il n'y avait pas de perte de fonctionnalité pour le ménage et les activités quotidiennes.

En ce qui concerne l'adhésion aux traitements, l'expert a noté que les analyses effectuées retrouvaient un taux sanguin inférieur aux valeurs recommandées pour le traitement de la dépression.

ddd) L'expertise psychiatrique montre à satisfaction que le recourant bénéficie de ressources intactes dans divers domaines de la vie, qu'il n'a pas de limitations fonctionnelles durables et caractérisées justifiant le diagnostic d'une atteinte sévère et que le suivi thérapeutique et le traitement médicamenteux ne sont pas cohérents avec la gravité alléguée de l'atteinte. Son appréciation de la capacité de travail emporte ainsi la conviction.

bb) Sur le plan rhumatologique, l'expert a retenu les diagnostics de status post tendinopathie calcifiante des épaules stabilisée et troubles dégénératifs cervico-arthrosiques. Il a constaté que le recourant disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours sous réserve des périodes aiguës de ses tendinopathies des épaules pour une durée d'une à trois semaines. L'examen clinique ne révélait aucune difficulté particulière argumentant une atteinte incapacitante. L'atteinte était de gravité légère et n'empêchait pas l'activité habituelle, peu exigeante physiquement. A titre de traitement, le recourant ne prenait pas les AINS ni les antalgiques mais suivait des séances de physiothérapie. L'expert a retenu que les chances de guérison en matière d'atteinte de tendinopathie calcifiante étaient très favorables.

L'expert a pu prendre connaissance de pièces médicales fournies par le recourant, qui n'étaient pas dans le dossier AI, mais qui

concernaient notamment l'état de santé physique du recourant entre 2016 et 2024. Ces éléments constatent l'existence d'une tendinopathie en 2020 et de troubles dégénératifs des genoux en 2018, parfois douloureux. Ils ont été appréciés par l'expert qui n'a pas retrouvé d'attitude antalgique lors de l'examen clinique, ni de traitement à visée antalgique ou anti-inflammatoire.

L'expertise rhumatologique se base sur des imageries et rapporte des constats cliniques objectifs aboutissant à la conclusion qu'il n'y a pas d'atteinte durablement incapacitante. Elle indique des limitations fonctionnelles préventives, qui ont été retenues par l'OAI. Son évaluation et ses conclusions sont convaincantes.

c) Les documents au dossier ne permettent pas de douter des conclusions de l'expertise.

aa) Le recourant, se fondant principalement sur les critiques émises par le Dr J._____, a émis de nombreux griefs à l'encontre de l'expertise, en particulier le volet psychiatrique.

aaa) L'expertise serait lacunaire, n'évoquant pas une période de chômage, ni les difficultés du recourant à exercer ses activités ainsi que ses tâches administratives, ne rapportant pas sa renonciation à la lecture en raison de ses troubles de concentration, ni son manque d'appétit au sujet duquel le recourant aurait été orienté dans sa réponse, ni sa relation régulièrement conflictuelle avec la mère de ses enfants, n'investiguant pas les situations générant du stress. Le Dr J._____ reproche en outre à l'expert de n'avoir posé aucune question au recourant au sujet des compétences psychologiques requises pour exercer sa profession de directeur d'achats.

Ces reproches sont dénués de fondement. L'anamnèse est particulièrement fouillée, examinée sous divers plans et comprend la description d'une journée type. Ainsi, il est constaté que la période de chômage est évoquée notamment dans l'anamnèse psychiatrique

systematique, laquelle reprend minutieusement le parcours du recourant. Sa perte d'appétit et sa relation avec sa concubine sont mentionnées dans l'entretien approfondi relatif aux troubles actuels et aux réactions de l'entourage, puis précisées dans l'anamnèse psychiatrique systématique. Les difficultés administratives sont relatées dans le même chapitre en lien avec les troubles actuels et la gestion des troubles dans la vie quotidienne, puis développées dans l'anamnèse psychiatrique systématique. Le recourant a en outre pu faire part des situations générant du stress et des angoisses. Ces divers éléments sont ensuite pris en compte dans l'évaluation médicale ainsi que dans la motivation des diagnostics.

Puis, selon la jurisprudence, un trouble anxieux et dépressif de degré léger, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave, et partant, comme une atteinte invalidante (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2.). Dès lors, l'expert qui, au demeurant, contrairement à ce que soutient le médecin traitant, a interrogé le recourant sur ses activités professionnelles, n'avait pas à examiner plus en détail sa capacité à exercer l'activité habituelle en l'absence de toute atteinte invalidante.

bbb) Le Dr J._____ a émis de nombreuses critiques au sujet de l'expertise psychiatrique, notamment dans l'appréciation des symptômes de la dépression.

Selon le Dr J._____, l'appréciation diagnostique de l'expert psychiatre serait douteuse, voire erronée compte tenu d'appréciation erronée des scores, notamment en suicidalité, et dans l'appréciation des recommandations sur la dépression. En particulier, les symptômes de l'humeur et de la digression auraient mal été évalués, ainsi que l'appétit et la libido. Il estime que l'expert psychiatre a minimisé la pensée digressive et la logorrhée, qui ressortiraient de l'entretien enregistré. Ce médecin conteste en outre la jovialité et l'humeur prêté trop prestement au recourant par l'expert. Puis il ne comprend pas que toutes manifestations de détresse et de douleur aient été écartées. L'expert aurait en outre passé sous silence volontairement les symptômes du trouble dépressif, tels que la

distractibilité, la pensée accélérée, l'humeur irritable et la volubilité. Le Dr J._____ relève un avis déformé sur l'absence de conflit émotionnel alors que le recourant a fait part de son sentiment de culpabilité liée à la perte de son rang social, à l'atteinte narcissique qui en découle ainsi que l'angoisse face à ses difficultés financières, le comportement ouvertement conflictuel de sa compagne. Le status psychiatrique serait largement biaisé car les données auraient été incorrectement retranscrites. Il y aurait une discrépance entre les données relevant de l'enregistrement de l'entretien et leur transcription et les conclusions de l'expert. Ainsi, l'expert n'a identifié aucun problème de planification et de structuration des tâches, ni de flexibilité et de capacité d'adaptation du recourant alors que l'enregistrement plaiderait en faveur du contraire.

Contrairement à ce que déclare le Dr J._____, l'enregistrement audio montre un recourant ayant un ton relativement dynamique et parfois enjoué, exposant clairement et calmement ses plaintes et sa situation, sans digression manifeste caractérisée permettant de mettre en doute l'appréciation de l'expert. Le médecin traitant échoue également à démontrer qu'une tristesse continue et un trouble de la concentration évidents ressortent des propos du recourant. Cet enregistrement ne fait pas apparaître de discrépance manifeste entre les déclarations du recourant et celles rapportées par l'expert qui jetterait un doute sur son appréciation. L'ensemble des éléments relevés par le Dr J._____ figurent dans l'expertise sans que le médecin traitant ne parvienne à rendre vraisemblable que certains éléments auraient été omis ou insuffisamment instruits ou pris en compte. Certes le médecin traitant indique que l'expert a affirmé qu'il jouait à la pétanque alors que cela ne ressort pas de l'enregistrement, mais il ne soutient pas que ce fait, au demeurant pas décisif, est faux.

Les reproches du médecin traitant sont essentiellement en lien avec l'appréciation médicale des diverses déclarations du recourant et l'évaluation de son attitude. Lorsqu'il fait valoir que l'expert a mal apprécié les symptômes de la dépression, notamment dans leur intensité, il émet en réalité une évaluation différente de la même situation médicale. Dans son

courrier du 13 mars 2025, le Dr J._____ a en effet confirmé que le discours du patient dans l'enregistrement était représentatif de celui qu'il tenait au cours de ses consultations. Or il convient de relever que le Dr J._____ n'est pas un médecin spécialiste en psychiatrie FMH. Son point de vue, qui, contrairement à ce qu'il soutient, n'est pas corroboré par l'enregistrement, n'est pas de nature à jeter le doute sur l'appréciation de l'expert qui est un spécialiste en psychiatrie.

Il est encore relevé que le Dr J._____ s'est référé à la description de l'épisode dépressif en un seul épisode, grave, sans symptômes psychotiques (6A70.3) de la CIM 11 pour tenter de justifier, à l'aune des risques suicidaires, le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F33.2) qu'il avait posé. Or cet élément n'est qu'un critère parmi d'autres qui doivent être évalués dans leur ensemble. Cela étant, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or la nouvelle définition de la CIM 11 alléguée par le Dr J._____ retient également que l'individu a de sérieuses difficultés à continuer à fonctionner dans la plupart des domaines (personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants), ce qui n'est pas le cas en l'espèce comme l'a dûment constaté l'expert.

ccc) Puis, au sujet de la médication préconisée par l'expert, le Dr J._____ soutient que le recourant ne fait pas partie des populations des études standards sur la dépression de sorte que les recommandations de ces études ne lui seraient pas applicables. De manière contradictoire, ce médecin a préalablement reproché à l'expert de ne pas avoir suivi les recommandations relatives à la dépression. Sa position est confuse et n'emporte pas la conviction face à l'avis de l'expert spécialiste en psychiatrie.

ddd) Le Dr J._____ a effectué une nouvelle évaluation le 26 janvier 2026, qui montrerait que l'état mental du recourant se serait dégradé ces derniers mois au vu de la longueur de la procédure en cours. Or cet état étant postérieur à la décision ne doit pas être pris en compte. Au demeurant, une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a).

bb) Le recourant s'est en outre référé à d'autres avis médicaux.

Pour sa part, la naturopathe n'étaye pas ses évaluations diagnostiques, ni son appréciation de la capacité de travail. Elle a au demeurant indiqué que c'étaient les troubles psychologiques en lien avec les douleurs ostéo-articulaires qui étaient incapacitants, mais a reconnu qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur ce point qui relevait de la psychiatrie.

Quant au Dr G._____, il voit un lien entre la tendinopathie calcifiante et l'état dépressif chronique sévère et s'étonne que les experts soient muets sur ce lien. Or les experts ont procédé à une évaluation consensuelle qui aboutit à des conclusions différentes des siennes dans la mesure où le diagnostic psychiatrique et l'incidence des atteintes rhumatologiques sur la capacité de travail évalués par les médecins traitants n'ont pas été validés par les experts. Ce médecin a, au demeurant, affirmé que la capacité de travail était nulle en toute activité en raison de la symptomatologie psychiatrique, laquelle a été dûment examinée par l'expert spécialiste en psychiatrie. Sur le plan physique, il n'a pas justifié d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues par l'expert rhumatologue.

Le Dr G._____ estime en outre que les tensions artérielles observées en 2009 sont aussi incapacitantes. Cette affirmation n'est pas étayée et se heurte au fait que le recourant a néanmoins poursuivi son

activité professionnelle entre 2009 et 2017, sans que ce trouble n'ait été invalidant.

d) En définitive, l'expertise bidisciplinaire est dûment motivée et convaincante, alors que les avis divergents des médecins traitants ne sont pas de nature à jeter le doute sur ses conclusions, qui doivent être validées. Ce constat entraîne le rejet de la demande de prestation formulée par le recourant.

7. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 mai 2025 confirmée.

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 8 mai 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 de B._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- 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).

La greffière :