

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Tinguely, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. a) A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, originaire du R*** et arrivé en Suisse en 1999, est marié et père de deux enfants nés en *** et ***. Sans formation professionnelle, il a travaillé en qualité d'aide-infirmier auprès de B. _____ depuis le 1^{er} juin 2009. En incapacité de travail depuis le 25 juin 2011, il a été licencié avec effet au 31 décembre 2012.

Le 14 novembre 2011, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant suite à une demande de détection précoce dans laquelle il indiquait être en incapacité de travail totale depuis le 25 juin 2011 en raison d'une dépression à la suite du départ de son épouse au R*** avec leur fils.

L'OAI s'est vu remettre un rapport d'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie. Retenant dans son rapport du 22 mars 2012 les diagnostics - sans incidence sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et de traits d'immaturation, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité depuis le 1^{er} mars 2012.

Dans son avis du 12 avril 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est rallié aux conclusions de cette expertise pour retenir que l'assuré présentait une pleine capacité de travail depuis toujours dans toute activité.

Par décision du 29 mai 2012, confirmant un projet de décision du 16 avril 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) A. _____ exerçait une activité d'aide-soignant à 100 % au Centre hospitalier universitaire vaudois depuis le 1^{er} mai 2015, lorsqu'il a

présenté, dès janvier 2019, diverses incapacités de travail en raison de douleurs au dos. A cet effet, il a déposé une demande de détection précoce qui n'a toutefois pas entraîné le dépôt d'une demande de prestations en raison de la reprise de son activité à 100 %.

c) A la suite d'une procédure de détection précoce introduite le 12 juillet 2022, A. _____ a déposé une deuxième demande de prestations le 3 octobre 2022 auprès de l'OAI en raison de douleurs dorsales et d'un état dépressif, engendrant une incapacité de travail totale, étant précisé que l'assuré avait été licencié pour le 31 mai 2021.

Dans un rapport à l'OAI du 25 novembre 2022, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 [10^e révision de la Classification internationale des maladies] F32.2 ; depuis avril 2021) et d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1 ; depuis l'enfance). Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, tandis qu'elle pouvait être, si l'amélioration de l'état psychique se confirmait dans la durée, de deux à trois heures par jour dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (la flexibilité et l'adaptabilité, l'activité spontanée et proactive, la capacité d'endurance et de résistance [limitations totales], la planification et structuration des tâches, la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, la capacité d'intégration dans un groupe, la capacité de contact et de conversation avec des tiers ainsi que la capacité aux relations privilégiées à deux [limitations significativement prononcées]). Il a précisé que le pronostic sur le potentiel de réadaptation restait toutefois défavorable.

Dans un rapport à l'OAI du 7 février 2023, le Dr H. _____, médecin praticien, a mis en évidence les diagnostics - ayant une répercussion sur la capacité de travail - de spondylagies lombaires depuis 2019, d'un état dépressif sévère depuis avril 2021 et d'un état de stress post-traumatique depuis l'enfance, tout en attestant une incapacité de

travail totale dans toute activité. Étaient joints plusieurs rapports d'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisées entre le 5 juillet 2018 et le 22 décembre 2021.

Dans un rapport à l'OAI du 20 février 2023, le Dr F._____, spécialiste en cardiologie, a posé le diagnostic de possible cardiopathie hypertensive depuis 2019, tout en précisant que le pronostic sur la capacité de travail était bon.

Dans un rapport du 16 juin 2023, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé qu'il avait reçu l'assuré en consultation fin 2022 pour des douleurs chroniques au niveau des lombaires. Les investigations avaient mis en évidence quelques hernies discales sans signe de compression pathologique et des douleurs chroniques au niveau de la sacro-iliaque avec des signes de surcharge mécanique. L'assuré ne pouvait pas rester en position debout pour une durée prolongée et porter des charges. Il a estimé qu'il était en mesure d'effectuer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et ne nécessitant pas de port de charges.

Sur interpellation de l'OAI, le Dr D._____ a indiqué, dans un rapport du 25 août 2023, que l'assuré avait présenté un épisode de perte de connaissance avec chute et convulsion lors de sa dernière consultation. Malgré l'amélioration de l'état dépressif de l'assuré, il persistait des idées délirantes de persécution avec des hallucinations auditives, des barrages et une bizarrerie du comportement, ainsi qu'une impulsivité avec un risque de passage à l'acte hétéro agressif. En outre, il a posé les diagnostics de schizophrénie (CIM-10 F20) et d'épilepsie en cours d'investigation, tout en précisant que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Il a également relevé des limitations fonctionnelles significativement prononcées (adaptation à une règle et routine, la flexibilité et l'adaptabilité, l'activité spontanée et proactive et la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions), ainsi que des limitations totales (la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, et la capacité

d'intégration dans un groupe). Était annexé un rapport du 8 juin 2023 de la Dre G._____, spécialiste en neurologie, laquelle posait les diagnostics d'épisodes de perte de contact d'origine indéterminée, de troubles du comportement et de troubles attentionnels et exécutifs d'origine indéterminée.

Dans un rapport du 13 septembre 2023 à l'OAI, la Dre G._____ a posé les diagnostics de troubles du comportement, troubles attentionnels et exécutifs d'origine indéterminée, tout en indiquant que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que des investigations étaient en cours, notamment la réalisation d'un scanner PET-CT (tomographies par émission de positions).

Le 7 décembre 2023, l'OAI a reçu un rapport du 14 novembre 2023 du service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire du Centre hospitalier universitaire vaudois, lequel mentionnait qu'un scanner PET-CT du cerveau réalisé le 7 novembre 2023 avait conclu à une absence d'argument pour une maladie neurodégénérative.

Dans un avis du 25 mars 2024, le SMR a relevé les éléments suivants :

« **Discussion** : Nous sommes devant la situation d'un assuré qui renouvelle sa demande pour une atteinte somatique et une aggravation au plan psychique. En se basant sur les RM [rapports médicaux] à notre disposition, au plan somatique nous constatons des polyalgies pour lesquelles un substrat organique n'a pas été identifié, en l'occurrence des précordialgies sans substrat coronarien, des lombo-coxalgies sans atteinte radiculaires avec l'IRM des hanches qui ne montre pas d'atteinte en dehors d'une discrète bursite à D, l'assuré présente également des absences et un trouble attentionnel/cognitif d'après la neurologue des crises d'épilepsies sont suspectés, l'IRM cérébrale est strictement normale et nous ne connaissons pas les résultats du bilan neurologique. Au plan psychique, le psychiatre retient initialement un épisode dépressif sévère chez un assuré non compliant au traitement psychotrope, d'après le dosage effectué par le psychiatre traitant. Dans son dernier rapport le Dr D. _____ retient une schizophrénie et un dosage du neuroleptique était en cours. En se basant sur l'ensemble des éléments médicaux au dossier, nous relevons plusieurs discordances, au plan somatique, alors qu'il n'y a pas de lésion justifiant une ITT [incapacité de travail totale] au niveau du rachis et du bassin, chez un assuré pour qui le Dr I. _____ retenait une activité sédentaire en

position assise possible et que l'assuré n'as pas souhaité un suivi en médecine physique par le Dr J._____, le médecin traitant retient une ITT au plan somatique, la marche sur un terrain plat n'est pas possible, alors qu'il n'y a pas de lésion ostéo-articulaire objective justifiant cette LF [limitation fonctionnelle]. Au plan psychique, le psychiatre traitant change du diagnostic chez un assuré non/peu compliant au traitement psychotrope.

Nous allons réinterroger, le médecin traitant, la neurologue, le cardiologue et le psychiatre afin d'avoir des précisions ».

Dans un rapport à l'OAI du 15 avril 2024, le Dr F._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation particulière dans l'activité habituelle de l'assuré sur le plan cardiologique.

Dans un rapport à l'OAI du 23 avril 2024, la Dre G._____ a posé les diagnostics de troubles cognitifs et troubles du comportement dans le contexte d'une maladie psychiatrique. En revanche, le diagnostic d'épilepsie n'avait pas été retenu. Elle a précisé que le trouble du comportement limitait l'assuré dans toutes les activités sociales, le ménage, les loisirs et la gestion administrative, et que la reprise de son activité professionnelle dépendait de sa maladie psychiatrique.

Dans un rapport à l'OAI du 8 mai 2024, le Dr H._____ a mis en évidence les diagnostics de spondylalgie de topographie radiculaire lombaire droite avec dystonie, troubles de l'équilibre significatifs, d'état dépressif sévère avec des traits psychotiques et d'un état de stress post-traumatique probablement ancien. D'un point de vue locomoteur, il existait une limitation du port de charges qui provoquait en quelques minutes des brûlures lombaires, de même que la marche en sol plat, l'assuré souffrant ainsi d'une réduction du périmètre de marche. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis le mois de novembre 2021, tout en relevant que le pronostic était « sombre » et ne donnait guère d'espoir d'une amélioration significative tant sur le plan physique que psychique.

Dans un rapport du 17 juin 2024, le Dr D._____, a retenu les diagnostics de schizophrénie paranoïaque (CIM-10 F20) avec un diagnostic différentiel de trouble schizo-affectif de type dépressif (CIM-10 F25.1), tout

en attestant une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a relevé que l'évolution était défavorable en raison de la persistance d'un état dépressif avec anhédonie abolie, un retrait social majeur et la présence de symptômes psychotiques de type hallucinations auditives. Était annexé un rapport du 2 décembre 2023 du centre de psychiatrie et psychothérapie des V***, lequel indiquait que l'assuré avait été suivi du 6 mars au 28 novembre 2012 et posait le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2).

Dans un avis du 12 septembre 2024, le SMR a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en psychiatrie et en rhumatologie.

Les 7 novembre et 9 décembre 2024, l'assuré a été examiné par les Drs K._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous les deux experts auprès du centre d'expertises L._____. Dans un rapport du 6 janvier 2025, les experts ont retenu les diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique avec dsybalance musculaire et d'arthrose inter-facettaire étagée, ainsi que le diagnostic - sans influence sur la capacité de travail - de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice ; F68.1). D'après eux, la capacité de travail était entière depuis toujours dans l'activité habituelle d'aide-infirmier en respectant le profil d'effort. Ne retenant aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, les experts ont en revanche retenu les limitations suivantes sur le plan somatique : privilégier une activité permettant d'alterner les positions assise et debout, ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kg ni l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, et n'impliquant pas de postures non ergonomiques susceptibles de surcharger le rachis. Était annexé un rapport du 22 novembre 2024 d'AA._____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie, laquelle mettait en évidence, sur la base d'un examen neuropsychologique réalisé le 21 novembre 2024, des scores inférieurs à la norme à toutes les épreuves administrées, sauf à l'attention divisée,

réalisée en fin d'examen, après discussion des éventuelles répercussions du ralentissement sur l'aptitude à la conduite d'un véhicule. Les résultats de cet examen ne reflétaient ainsi pas les capacités réelles de l'assuré et avaient tendance à surestimer ses éventuelles difficultés. Compte tenu de l'échec au test de validité des symptômes, les plaintes de l'assuré devaient être interprétées avec prudence.

Dans un avis du 8 janvier 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du centre d'expertises L._____.

Par projet de décision du 3 février 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Par courrier du 24 février 2025, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a présenté des objections à ce projet de décision. Il a joint un rapport du 13 février 2025 du Dr D._____, lequel relevait plusieurs lacunes et divergences dans l'expertise psychiatrique réalisée. Il reprochait notamment à l'expert d'avoir retenu à tort l'âge actuel comme début des troubles en omettant un épisode psychiatrique antérieur, d'avoir minimisé le vécu traumatique lié au contexte de guerre et à une perquisition policière décrite comme particulièrement traumatisante, et de ne pas avoir procédé à une analyse suffisante de la personnalité de l'assuré. Il contestait également le principe d'une simulation retenu par l'expert, estimant qu'il n'était pas étayé par des éléments cliniques précis, d'autant que l'assuré s'était montré compliant dans son traitement neuroleptique, lequel avait entraîné une amélioration des symptômes. Enfin, il existait diverses incohérences dans l'appréciation de l'expert : la limitation de l'évaluation des hallucinations à une présence nocturne contredisait les observations cliniques et les témoignages de l'entourage, l'expert ne présentait qu'une connaissance partielle du parcours professionnel de l'assuré, la dénégation de tout ralentissement psychique était en contradiction avec le temps de latence observé lors de l'expertise, et l'absence de mention de symptômes dépressifs ne reflétait pas l'épisode de pleurs constaté lors de l'entretien, l'expert n'ayant par ailleurs pas indiqué le contexte de son apparition.

L'expert avait également surestimé la situation sociale de l'assuré en considérant qu'il entretenait des relations normales et une vie sociale préservée, alors que le dossier démontrait un isolement social marqué et un évitement des contacts depuis plusieurs années.

Par courrier du 21 mars 2025, l'assuré a déposé des objections complémentaires. Il contestait la valeur probante de l'expertise du Dr U. _____, tant sur la forme que sur le fond. En particulier, l'examen clinique s'était limité à une seule séance d'une heure, ce qui était insuffisant pour détecter un trouble de la personnalité ou apprécier correctement l'évolution psychiatrique de l'assuré sur une période de treize ans. L'expert n'avait pas pris en compte le suivi psychiatrique antérieur de l'assuré, notamment un épisode dépressif sévère suivi sur plus de huit mois aux V***, ni consulté son psychiatre traitant actuel, le Dr D. _____, qui le suivait régulièrement et dont l'avis contredisait celui du Dr U. _____. L'expert avait négligé la gravité et l'intensité de son vécu traumatique, incluant des expériences de guerre au R***, des blessures par balle, la mort d'un ami, l'exode de sa famille, des bombardements, et l'extraction du corps d'une amie après un grave accident de la route, ainsi qu'une dénonciation anonyme. Ces événements, documentés par le Dr D. _____, n'avaient pas été intégrés ou avaient été minimisés par le Dr U. _____, qui, de surcroît, se contredisait à plusieurs reprises dans son rapport. L'appréciation de l'expert se trouvait également en contradiction avec les nombreux rapports médicaux de ses médecins, en particulier avec le rapport du 13 février 2025 du Dr D. _____, lequel avait mis en évidence le caractère lacunaire de l'appréciation du Dr U. _____.

Le 24 mars 2025, l'assuré a encore complété ses objections à la suite de l'écoute des enregistrements sonores des entretiens entre l'assuré et les experts du centre d'expertises L. _____. Il a relevé que l'entretien avec l'expert psychiatre avait duré précisément 52.28 minutes, durée qu'il estimait insuffisante. L'expert avait eu recours à un logiciel de reconnaissance vocale pour retranscrire l'entretien et résumer certaines pièces du dossier, ce qui avait eu pour conséquence de saccader l'entretien. L'expert reformulait en outre fréquemment ses propos avec ses propres

mots et suggérait parfois des réponses, ce qui avait orienté l'entretien et limité la possibilité pour l'intéressé de s'exprimer librement. Les événements traumatiques marquants de son parcours n'avaient été abordés que de manière très brève et superficielle. En particulier, l'expert ne s'était pas prononcé sur le vécu traumatique de l'assuré, malgré le diagnostic de stress post-traumatique retenu par son psychiatre traitant. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il estimait que l'expertise sur le plan psychiatrique était lacunaire et insuffisamment approfondie.

Par courrier du 7 mai 2025, l'assuré a produit un rapport du 6 mai 2025 du Dr H._____. Le praticien a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis février 2017, d'abord pour des troubles somatiques, notamment une lombosciatique, avant de prendre en charge, dès novembre 2021, des troubles psychiques d'abord anxieux puis dépressifs. L'état de l'assuré s'était aggravé au début de l'année 2022, notamment après la perte de son emploi, avec l'apparition d'un tableau dépressif marqué comprenant céphalées, irritabilité, éclats colériques, idées suicidaires et importante souffrance morale, situation confirmée par l'entourage familial. L'assuré avait par la suite été adressé au Dr D._____, dont l'évaluation rejoignait cette appréciation en retenant un épisode dépressif sévère avec des traits psychotiques. En outre, le passé traumatique de l'assuré et ses antécédents familiaux psychiatriques rendaient peu probable l'hypothèse d'une simulation. Il critiquait également l'expertise du L._____, relevant notamment la brièveté de l'examen psychiatrique et l'absence d'exploration suffisante de certains éléments anamnestiques et symptomatiques, et se déclarait en accord avec les critiques formulées par le Dr D._____ dans son rapport du 13 février 2025. Enfin, certains diagnostics évoqués, tels qu'une schizophrénie ou un syndrome de stress post-traumatique, ne pouvaient selon lui être exclus sans investigations complémentaires.

Ecartant les objections formulées par l'assuré sur la base d'un avis juriste du 15 mai 2025, l'OAI a, par décision du même jour, confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité selon la teneur de son projet de décision du 3 février 2025.

B. **a)** Par acte du 10 juin 2025, A._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais judiciaires et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice de mesures professionnelles, et, plus subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique et le bénéfice de l'assistance judiciaire.

b) Le 17 juin 2025, la juge instructrice a mis A._____ au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 juin 2025 en ce sens qu'elle lui a accordé l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

c) Dans sa réponse du 9 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

d) Par réplique du 26 août 2025, A._____ a maintenu ses conclusions, annexant un rapport du 23 juillet 2025 du Dr BB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la suite d'une consultation du 18 juin 2025, il relevait chez l'assuré un ralentissement psychomoteur, une anxiété marquée, une tristesse manifeste ainsi qu'un discours cohérent mais perturbé par des troubles de la concentration et de l'attention. Il a indiqué que la durée de la consultation ne lui permettait pas d'établir un diagnostic psychiatrique formel, tout en relevant que la souffrance psychique de l'assuré lui paraissait authentique. Bien qu'il ne soit pas en mesure de décrire précisément les limitations fonctionnelles, il estimait que l'état de santé de l'intéressé apparaissait incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle. Le médecin critiquait par ailleurs l'expertise du Dr U._____, relevant notamment une confusion entre le diagnostic de trouble factice (CIM-10 F68.1) et la simulation (CIM-10 Z76.5), ainsi qu'une interprétation erronée des incohérences cliniques observées.

e) Le 2 septembre 2025, A. _____ a produit un rapport du 6 mai 2025 du Dr H. _____, lequel relevait que plusieurs médecins contestaient les conclusions de l'expertise psychiatrique, en particulier l'hypothèse de simulation, et rejetaient au contraire l'existence de troubles psychiatriques. Au vu de l'ensemble des troubles psychiques et somatiques observés ainsi que de leur impact sur la vie quotidienne, il estimait que l'état de santé de l'assuré rendait difficilement envisageable l'exercice d'une activité professionnelle, même à un taux très réduit.

f) Le 23 septembre 2025, A. _____ a produit un rapport d'examen psychologique établi le 10 septembre 2025 par BC. _____, psychologue, faisant suite à la réalisation par l'assuré d'un TAT (Test d'Appréciation Thématique). Elle constatait que les résultats du TAT étaient compatibles avec une structure d'allure psychotique avec des défenses appartenant au registre de la personnalité état-limite. La personnalité de l'assuré oscillait entre la labilité émotionnelle partiellement contenue et une charge massive anxiogène à caractère de persécution avec des tentatives de contrôle qui n'étaient pas toujours opérantes.

g) Par duplique du 25 septembre 2025, l'OAI a réitéré ses conclusions.

h) Le 21 octobre 2025, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis le rapport du 10 septembre 2025 au SMR pour analyse, lequel avait estimé, le 7 octobre 2025, que celui-ci n'apportait pas d'éléments objectifs dans le sens d'une modification de l'appréciation quant à l'aptitude au travail.

i) Dans une ultime détermination du 27 octobre 2025, A. _____ a maintenu ses conclusions, en annexant un rapport du 24 octobre 2025 du Dr D. _____. Ce médecin indiquait que les résultats du test de personnalité réalisé le 10 septembre 2025 confirmaient les observations cliniques faites depuis le début de la prise en charge de l'assuré. Il décrivait initialement un état de décompensation majeure, marqué notamment par une idéation psychotique de persécution, une symptomatologie dépressive sévère avec

des idéations suicidaires ainsi que des troubles cognitifs et relationnels importants. Ces troubles entraînaient une incapacité de travail totale. L'administration régulière d'un traitement neuroleptique et antidépresseur avait permis une amélioration partielle de l'intensité des symptômes, l'assuré apparaissant moins agressif et plus communicatif, sans que cela ne permette toutefois d'envisager une réinsertion sociale ou professionnelle satisfaisante. L'évaluation psychologique avait en outre mis en évidence une fragilité psychique importante, un fonctionnement psychique se caractérisant par une vulnérabilité importante à la désorganisation, une intolérance à la frustration et à l'incertitude, et un fonctionnement émotionnel marqué par une labilité importante s'accompagnant d'une tendance à la dramatisation. Cette tendance à la dramatisation ne devait toutefois pas être assimilée à une simulation, celle-ci relevant d'une intention consciente.

j) Par courrier du 29 octobre 2025, la Cour de céans a invité l'OAI à lui remettre les enregistrements sonores des entretiens entre l'assuré et les experts du centre d'expertises L._____. Cette autorité s'est exécutée le 14 novembre 2025.

k) Le 2 avril 2026, Me Duc a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

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 de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 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).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 15 mai 2025, fait suite à une demande de prestations déposée le 12 juillet 2022. Le nouveau droit est dès lors applicable.

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

après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une

allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

6. 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).

7. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du L. _____ du 6 janvier 2025, a retenu que le recourant présentait une capacité de travail totale depuis toujours. Les experts ont uniquement retenu les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - de syndrome lombo-vertébral chronique avec dysbalance musculaire et d'arthrose inter-facettaire étagée. Selon eux, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, à savoir une activité permettant d'alterner les positions assise et debout, ne nécessitant pas de port de charges de plus de 15 kg et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, et n'exigeant pas une posture non-ergonomique surchargeant le rachis.

Quant au recourant, il remet en cause la valeur probante de cette expertise, en particulier le volet psychiatrique, qu'il juge « cruellement lacunaire » et contredit par l'avis des différents médecins consultés. Il soutient qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, contestant ainsi disposer d'une capacité de travail totale depuis toujours.

b) Sur le plan somatique, le Dr K. _____ a procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux. A cet égard, il a relevé que les examens IRM avaient uniquement mis en évidence une arthrose inter-facettaire étagée et que ce trouble était vraisemblablement en lien avec l'âge de l'assuré. Pour le reste, les douleurs dont se plaignait l'assuré et l'hypersensibilité ressentie à la face latérale de la jambe droite n'étaient pas en cohérence avec les résultats de l'examen clinique et les résultats de l'examen radiologique versé au dossier. Par ailleurs, rien n'expliquait l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré. Qui plus est, l'expertise repose sur des examens cliniques complets, y compris des membres et des articulations douloureuses, et les multiples plaintes exprimées par le recourant quant à ses douleurs ont été prises en considération. L'expert a de surcroît établi son rapport en pleine connaissance du dossier, dont les divers avis des médecins traitants du recourant. Sur ce point, il convient de relever que le Dr I. _____ a estimé, à l'instar du Dr K. _____, que l'assuré était en mesure d'effectuer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant l'alternance des positions

assise et debout et ne nécessitant pas de port de charge (cf. rapport du 16 juin 2023). L'expert a ainsi décrit et apprécié la situation médicale de façon claire et a bien motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail, laquelle était pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aucun autre élément au dossier ne remet en cause les conclusions probantes du Dr K. _____, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas.

c) Au plan psychiatrique, le Dr U. _____ a retenu que le diagnostic « de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique [Trouble factice], Simulation, F68.1 » était sans impact sur la capacité de travail de l'intéressé. L'expert a conclu à une capacité de travail de l'assuré de 100 % dans toute activité. D'emblée, il sied de constater que l'évaluation du Dr U. _____ apparaît lacunaire et ne respecte pas les critères jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, dès lors qu'elle repose sur des fondements insuffisants et qu'elle est contredite par plusieurs avis cliniques circonstanciés et convergents.

aa) L'expertise du Dr U. _____ se caractérise par le caractère particulièrement succinct de l'anamnèse psychiatrique, laquelle ne permet pas d'apprécier de manière satisfaisante la manière dont la personnalité de l'assuré s'est structurée ni, partant, l'influence qu'un éventuel trouble de la personnalité pourrait exercer sur sa capacité de travail. D'une part, les événements de guerre et les expériences potentiellement traumatiques vécues par l'assuré ne sont que très partiellement abordés. Si l'expert mentionne de manière générale le contexte de guerre au R***, il ne décrit pas concrètement des faits pourtant significatifs vécus par l'assuré, tels que sa blessure par balle au pied droit, le fait d'avoir assisté au décès d'un ami blessé au cœur ou encore l'extraction du corps d'un ami à la suite d'un accident de la route. Par ailleurs, il ne fait aucune mention d'une perquisition effectuée à son domicile à la suite d'une dénonciation d'appartenance à un groupe terroriste, événement pourtant qualifié de marquant par le psychiatre traitant (cf. rapport du 25 novembre 2022). C'est également lieu de souligner le caractère contradictoire de l'anamnèse,

l'expert affirmant d'abord que l'assuré ne mentionne spontanément aucun événement traumatique, avant de rapporter qu'il a déclaré spontanément : « j'ai vu les bombardements, les chars, de l'agressivité. J'étais tout petit » (cf. rapport d'expertise, p. 23). D'autre part, d'autres éléments déterminants n'ont pas été pris en compte. Ainsi, le suivi psychiatrique dont l'assuré a bénéficié au centre des V*** de mars à novembre 2012 (cf. rapport du 2 décembre 2023) en raison d'un épisode dépressif sévère n'est pas mentionné (hormis au ch.7.2, p. 47 du rapport d'expertise). De même, un événement de vie majeur survenu à cette période, à savoir le départ de son épouse au R*** avec leur fils, n'est pas intégré dans l'anamnèse ni discuté. L'anamnèse apparaît ainsi lacunaire et ne restitue que très partiellement les éléments biographiques pourtant déterminants.

bb) Le diagnostic de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique [Trouble factice], simulation, F68.1 » retenu par l'expert ne repose que sur des éléments particulièrement limités. Pour tenter d'étayer ce diagnostic, l'expert a indiqué qu'il existait de nombreuses incohérences et s'est essentiellement fondé sur les constatations issues de l'examen neuropsychologique, lequel a été réalisé le 21 novembre 2024, soit postérieurement à l'évaluation clinique psychiatrique du 7 novembre 2024. A ce titre, l'expert a relevé que l'examen neuropsychologique était en concordance avec ses conclusions en précisant que « le fait que l'expertisé améliore ses résultats en ayant une crainte de ne plus avoir le droit de conduire montre bien cette volonté délibérée d'exagérer la symptomatologie ». Il n'expose toutefois pas en quoi cette constatation permettrait, à elle seule, de conclure à une production intentionnelle de symptômes sur le plan psychiatrique, ni ne procède à une analyse approfondie des motivations de l'assuré. Il ne décrit pas non plus précisément la nature des nombreuses incohérences qu'il invoque. En définitive, l'expert s'est limité à évoquer l'existence de nombreuses incohérences entre les plaintes de l'assuré et les examens réalisés, lesquelles ne sauraient toutefois à elles seules fonder un tel diagnostic (cf. rapport du 23 juillet 2025 du Dr BB._____).

En outre, comme l'a relevé le Dr BB._____ dans son rapport du 23 juillet 2025, l'expert semble confondre le diagnostic de trouble factice (CIM-10 F68.1) et la simulation qui n'est pas un diagnostic. Selon cette classification, le trouble factice se caractérise par la production intentionnelle de symptômes dans le but d'assumer le rôle de malade, en l'absence d'avantages externes évidents. À l'inverse, la simulation ne constitue pas un trouble psychique. Elle n'est mentionnée par la CIM-10 qu'à titre descriptif dans le chapitre XXI qui recense des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». La simulation est une situation dans laquelle des symptômes sont produits ou exagérés en vue d'obtenir un bénéfice externe. Ces deux notions reposent ainsi sur des mécanismes distincts et ne sauraient être confondues ni retenues simultanément. Le fait que l'expert les mentionne conjointement démontre qu'il en confond les fondements, ce qui affaiblit d'autant plus la cohérence de son raisonnement.

On relèvera encore que l'expert U._____ restitue de manière inexacte les propos du Dr C._____ sur ce point. Ainsi, s'agissant de l'expertise psychiatrique mise en œuvre à l'époque par l'assureur perte de gain auprès du Dr C._____, l'expert indique que « l'analyse de la personnalité est difficile compte tenu de la simulation » (cf. rapport d'expertise, p. 29), ce qui ne correspond pas à son contenu réel. En effet, le Dr C._____ n'a jamais affirmé que l'assuré simulait, mais s'est limité à rapporter l'appréciation du Dr BJ._____, alors médecin généraliste traitant, lequel évoquait, dans un rapport du 23 août 2011, un « patient peu compliant, qui se rend chez le médecin tous les mois pour son arrêt de travail et qui soit simule, soit n'est pas sérieux, malgré mes admonestations » (cf. rapport du 22 mars 2012, p. 2 *in fine*). Pour sa part, le Dr C._____ a conclu non pas à une simulation, mais à une certaine immaturité, relevant que l'intéressé « tolère manifestement mal les conflits, il perd facilement ses nerfs et semble relativement immature dans son appréciation de la situation vu son âge » (cf. rapport du 22 mars 2012, p. 9).

cc) Il convient également de relever que les explications avancées par l'expert pour écarter les diagnostics posés par les médecins

traitants, en particulier par le Dr D. _____ - avec lequel il n'a au demeurant pas pris contact -, n'apparaissent pas convaincantes. Alors que ces derniers retiennent plusieurs diagnostics sur le plan psychiatrique, assortis de limitations fonctionnelles significatives, l'expert ne retient pour sa part aucun diagnostic incapacitant.

S'agissant en particulier du diagnostic d'état de stress post-traumatique, l'expert a certes retranscrit les propos de l'assuré - « j'ai vu des bombardements, les chars, de l'agressivité. J'étais tout petit » - mais considère qu'aucun élément ne plaide en faveur d'un tel diagnostic « pour les raisons évoquées » (cf. rapport d'expertise, p. 29). Une telle motivation apparaît insuffisante, dès lors qu'elle apparaît en contradiction avec les éléments anamnestiques pertinents. En effet, l'expert relève lui-même que l'assuré a été blessé par balle au pied, qu'il a assisté au décès d'un ami blessé par balle et qu'il a dû extraire un ami à la suite d'un accident de la circulation. Il écarte néanmoins la portée de ces événements au seul motif que l'intéressé les évoquerait avec une certaine distanciation. Par ailleurs, le psychiatre traitant a fait état d'une dénonciation anonyme d'appartenance à un groupe terroriste ayant conduit à une perquisition du domicile de l'assuré. Bien que ce dernier ait été blanchi par l'enquête, cet événement l'avait durablement marqué, entraînant une méfiance accrue et une susceptibilité importante (cf. rapport du 25 novembre 2022, ch. 2.1). Là encore, l'expert s'est limité à relever que ces éléments sont rapportés avec distanciation pour en minimiser la portée. Cette appréciation est d'autant plus discutable que l'anamnèse sur laquelle l'expert s'est fondé apparaît lacunaire (cf. *supra* consid. 7c/aa). A cet égard, on relèvera que le recourant a spontanément évoqué la présence de cauchemars, sans que l'expert n'approfondisse cet élément dans le cadre de l'anamnèse (cf. rapport d'expertise, p. 23). Faute d'avoir examiné de manière détaillée les événements potentiellement traumatiques vécus par l'assuré et leur retentissement psychique, l'expert ne disposait pas d'une base suffisante pour se prononcer de manière fiable sur l'existence d'un tel trouble. Dans ces circonstances, il ne pouvait écarter ce diagnostic en se fondant essentiellement sur la prétendue distanciation du discours de l'intéressé, sans discuter de manière concrète des constatations du psychiatre traitant.

S'agissant du diagnostic d'épisode dépressif, on relèvera que l'expert retient l'existence d'une souffrance morale (cf. rapport d'expertise, p. 28), ainsi que la survenue d'un épisode de pleurs qu'il qualifie lui-même de crédible (cf. rapport d'expertise, p. 26), tout en excluant un diagnostic d'épisode dépressif, notamment en raison de l'absence de ralentissement psychomoteur. Or, une telle conclusion apparaît en contradiction avec ses propres observations, dès lors que l'expert a noté que l'assuré mettait du temps à répondre aux questions (cf. rapport d'expertise, p. 26). On s'étonne également que l'expert se fonde sur la déclaration du recourant selon laquelle il aurait toujours été heureux, alors même que celui-ci a bénéficié d'un suivi au centre des V*** pour un épisode dépressif sévère en 2012, élément que l'expert ne discute pas.

Concernant le diagnostic de schizophrénie, l'expert considère que les hallucinations rapportées ne seraient pas crédibles, sans indiquer pour quels motifs précis il parvient à une telle conclusion. Cette appréciation apparaît par ailleurs en contradiction avec les observations du psychiatre traitant (cf. rapports des 25 août 2023 et 17 juin 2024). De même, l'expert exclut l'existence d'un sentiment de persécution, alors que le psychiatre traitant décrit au contraire des idées délirantes de persécution (cf. rapport du 25 août 2023). En l'absence d'une motivation circonstanciée et d'une discussion des avis médicaux divergents, l'appréciation de l'expert ne permet pas d'écarter de manière convaincante ce diagnostic.

Pour le surplus, l'expert reconnaît lui-même l'existence d'une concordance entre les plaintes de l'assuré et les limitations observées dans les différents domaines de la vie quotidienne, chez une personne décrite comme socialement isolée et peu active. Malgré cela, il écarte globalement la symptomatologie au motif de « trop nombreuses incohérences » (cf. rapport d'expertise, pp. 31-32), sans expliciter de manière circonstanciée la nature exacte de ces incohérences. Ce raisonnement apparaît d'autant moins convaincant que certaines observations cliniques faites par l'expert - notamment une intolérance marquée à la frustration - ne sont finalement

pas intégrées dans l'analyse diagnostique ni dans l'évaluation de la capacité de travail.

dd) On relèvera encore que l'expert s'est fondé sur la Mini CIF-APP pour évaluer les ressources et la capacité de travail de l'intéressé. Si l'utilisation de cet outil est conforme à la jurisprudence fédérale, l'analyse à laquelle a procédé l'expert en l'espèce demeure très succincte et peu circonstanciée, ne permettant pas de se faire une représentation concrète des capacités résiduelles du recourant. Cette lacune apparaît d'autant plus marquée que plusieurs médecins ont mis en évidence des limitations significatives, notamment une intolérance à la frustration ainsi que d'importantes difficultés relationnelles (cf. rapports du 22 mars 2012 du Dr C._____ et du 25 novembre 2022 du Dr D._____). En particulier, le Dr D._____ a relevé, dans son rapport du 25 août 2023, plusieurs limitations significativement prononcées, touchant notamment l'adaptation à une règle et à une routine, la flexibilité et l'adaptabilité, l'activité spontanée et proactive, ainsi que la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, dont l'expert ne discute pas. Il a en outre retenu des limitations totales s'agissant de la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles ainsi que de la capacité d'intégration dans un groupe. A cet égard, on s'étonne que l'expert retienne que le recourant serait capable de travailler en interaction avec les autres, alors même qu'il ne discute nullement la limitation totale de la capacité d'intégration dans un groupe pourtant clairement mise en évidence par le psychiatre traitant et qu'il reconnaît que l'assuré est socialement isolé.

ee) Dans ces conditions, l'évaluation psychiatrique du centre d'expertises L._____ repose sur des fondements insuffisants, contredits par plusieurs avis cliniques circonstanciés et convergents.

En conséquence, il subsiste des doutes sérieux quant à la pertinence des conclusions retenues par l'expert psychiatre du L._____, qui ne sauraient, dès lors, se voir reconnaître pleine valeur probante.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_149/2025 du 5 août 2025 consid. 2.3). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il s'avère que le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du L. _____ n'est pas probant. L'instruction doit dès lors être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette situation apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra tout d'abord à l'intimé de solliciter auprès du centre d'expertises du L. _____ les quinze documents médicaux obtenus dans le cadre de l'expertise (cf. rapport d'expertise, ch. 2.1, pp. 4-5) qui ne figurent pas au dossier, dont

trois émanant du service des urgences du CHUV ou du Centre médical d'UU*** au médecin traitant, ainsi qu'un rédigé par le médecin traitant à l'intention du Dr D._____. L'intimé devra ensuite mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, associée à une nouvelle évaluation neuropsychologique, l'examen précédent étant désormais ancien, puis rendre une décision sur le droit aux prestations de l'assuré.

c) Dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale du recourant, il n'y a pas lieu de se déterminer plus avant sur la question de l'enregistrement sonore de l'expertise psychiatrique. De même, le renvoi de la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction dispense en l'état de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que de statuer sur les griefs soulevés par l'intéressé en ce qui concerne le droit à des mesures professionnelles qu'il appartiendra à l'intimé d'analyser à l'issue de l'instruction complémentaire.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) Par décision du 17 juin 2025 de la juge instructrice, la partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des

dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. En effet, la liste des opérations produite par Me Duc ne saurait être intégralement suivie, compte tenu du forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3^{bis} al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 15 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (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).

La greffière :