

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel et Livet, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à U***, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a et 29 al. 1 LAI ; 26^{bis} al. 3 et 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en *** et père de deux enfants nés en *** et en ***, a travaillé comme maçon auprès de plusieurs entreprises de travail temporaire entre 2009 et 2014.

Le 15 septembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins consultés par l'assuré, dont il ressort que l'assuré souffrait de dorso-lombalgies chroniques, d'une discarthrose L5-S1, d'une hernie discale, d'une discopathie débutante L4-L5, d'omalgies gauches, d'une arthropathie acromio-claviculaire et d'un syndrome cervico-brachial (cf. rapports du 8 août 2013 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie ; du 17 octobre 2013 du Dr D. _____, médecin praticien ; du 6 octobre 2014 du Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie ; rapport non daté du Dr G. _____, médecin praticien, reçu le 19 novembre 2014), qui l'empêchaient totalement d'exercer son activité de maçon, sans toutefois l'impacter dans sa capacité à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche ou d'antéversion et de rotation du tronc ; pas de port de charges de plus de 5 kg avec long bras de levier de manière répétitive ; pas de positions immobiles de plus de 3 minutes). L'assuré était également atteint d'un tabagisme chronique, d'une consommation d'alcool en excès interrompue en 2012 et d'une ancienne polytoxicomanie, sans toutefois que cela n'ait d'influence sur sa capacité de travail (cf. rapport non daté du Dr G. _____, médecin praticien, reçu le 19 novembre 2014).

Par décision du 23 janvier 2015, confirmant un projet de décision du 27 novembre 2014, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que le degré d'invalidité de 15 % n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Le 23 octobre 2015, l'Office AI a reçu un formulaire de détection précoce de la part de Zurich Compagnie d'Assurances SA, l'assureur perte de gain de l'assuré, en raison d'une cervico-brachialgie l'incapacitant à 100 % depuis le 12 août 2015.

Par courrier du 17 novembre 2015, l'Office AI a indiqué à l'assuré que le dépôt d'une nouvelle demande n'était pas indiqué dès lors qu'une demande de prestations pour la même atteinte à la santé avait déjà fait l'objet d'une décision en janvier 2015.

B. Le 31 août 2021, A._____, entretemps devenu aide jardinier auprès de la société M._____ à R***, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI en raison de fortes douleurs au dos à l'origine d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 19 avril 2021.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'Office AI a recueilli plusieurs renseignements médicaux auprès des différents médecins traitants et de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, assureur perte de gain de l'assuré, dont il ressort que l'assuré souffrait, sur le plan somatique, principalement de lombalgies sur discopathie sévère L5-S1 et discopathie avec protrusion discale L4-L5 (cf. rapports du 26 mai 2021 du Dr N._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, des 6 et 10 septembre, 19 novembre 2021 et 7 février 2022 du Dr G._____ et des 15 février et 19 avril 2022 du Dr P._____, spécialiste en anesthésie) et, à titre secondaire, de cervicalgies sur arthrose C5-C6 et C6-C7, d'un status après thrombose veineuse profonde distale en septembre 2021, de nature probablement non provoquée, et d'une insuffisance veineuse d'origine superficielle de stade C2 au membre inférieur droit (cf. rapport du 12 avril 2022 du Dr B._____, spécialiste en angiologie). Sur le plan psychique, l'assuré était atteint d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11), et présentait des difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation et divorce (CIM-10 Z63.5 ; cf. rapports du 4 juin 2021 du Dr J._____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du 2 février 2022 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue L._____. La capacité de travail de l'assuré était estimée à 0 % dans son activité d'aide-jardinier et à 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 2 février 2022 du Dr K._____ et de la psychologue L._____).

Le 7 juillet 2022, l'assuré a subi une spondylodèse avec vis pédiculaires L5-S1 (cf. rapport du 20 octobre 2022 du Dr P._____).

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'Office AI a mandaté la société BA._____ Sàrl pour la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie). L'expertise a été confiée au Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au Dr O._____, spécialiste en rhumatologie. Sur le plan rhumatologique, l'expert rhumatologue diagnostiquait un status de chirurgie lombaire avec spondylodèse et vis L5-S1 et L4-L5 en juillet 2022 et des cervico dorso-lombalgie persistante sur discopathie cervicale et lombaire et concluait à une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 90 % depuis le 19 avril 2021 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter des charges de plus de 5-10 kg de façon répétée, éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, de monter les échelles ou les échafaudages et alterner les positions. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre considérait que les diagnostics retenus de troubles anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de troubles mentaux et troubles du comportement, lié à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé ; CIM-10 F10.1) étaient sans impact sur la capacité de travail de l'intéressé.

Par projet de décision du 22 avril 2024, l'Office AI a communiqué à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, en raison d'un degré d'invalidité de 0 %.

Le 22 mai 2024, l'assuré, désormais représenté par Me David Métille, a fait part de ses objections sommaires. En substance, il estimait que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans un rapport du 5 juin 2024 de l'Institut suisse de la douleur, la Dre H._____, spécialiste en anesthésiologie, a diagnostiqué une discopathie L5-S1 (status post fixation transpédiculaire L5-S1, stabilité persistante possible), un diagnostic différentiel de spondylodiscites à *Cutibacterium acnes*, ainsi qu'un syndrome facettaire lombaire bas bilatérale et un syndrome des articulations sacro-iliaques bilatérales. En se référant à un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis lombaire, elle constatait notamment l'apparition d'un Modic 1 extensif de part et d'autre du disque, inhabituel après une fixation postérieure, pouvant suggérer une instabilité segmentaire persistante.

Par courrier du 12 juillet 2024, l'assuré a présenté des objections complémentaires. En substance, il contestait la baisse de rendement de 10 % retenue par les experts, qu'il considérait être d'au moins 50 %, et l'absence de prise en considération de l'impact de sa problématique d'hyperthyroïdie. Était jointe à ses déterminations une demande d'examen radiologique du 20 mai 2024 du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, service de médecine nucléaire de l'Hôpital BB._____ pour un bilan de l'hyperthyroïdie. Il critiquait également la conclusion de l'experte psychiatre de BA._____ Sàrl, selon laquelle il présentait une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

Par avis médical du 23 juillet 2024, le SMR a constaté, compte tenu de l'IRM de mai 2024, que l'état de santé s'était aggravé et a préconisé la poursuite de l'instruction dans le but de déterminer de quand datait l'aggravation.

Dans un rapport du 27 juillet 2024, le Dr Q._____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques non déficitaires, subjectivement invalidantes, une dépendance éthylique, un trouble anxieux dépressif modéré à sévère et un probable trouble somatoforme. Compte tenu de

limitations fonctionnelles algiques rachidiennes, psychopathologiques et addictologiques (éthylisme, fatigabilité, thymie, anxiété, sommeil perturbé, etc.), la capacité de travail dans une activité adaptée était de 0 %.

Par courrier du 22 octobre 2024, l'assuré a produit un rapport du 17 octobre 2024, par lequel le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, constatait que son patient souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé. Selon ce médecin, l'intéressé n'était actuellement pas capable de travailler dans une activité nécessitant de la concentration, de l'endurance et une performance soutenue, son incapacité de travail étant chiffrée à 100 %, respectivement 80 % si une rééducation adaptée dans un cadre protégé était mise en place.

Dans un rapport du 25 novembre 2024, la Dre T._____, spécialiste en rhumatologie à l'Hôpital BB._____, a souligné que, sur le plan rhumatologique, une activité qui tenait compte de l'atteinte à la santé était vraisemblablement exigible à hauteur de 2 à 4 heures par jour. Néanmoins, une réadaptation n'était guère susceptible d'apporter une amélioration significative en raison de nombreux facteurs sous-jacents avec notamment une chronicisation des douleurs et un syndrome douloureux chronique surajouté, un déconditionnement musculaire et social, des troubles anxiodépressifs sous-jacents, des difficultés personnelles et des probables fausses croyances.

Dans un rapport du 3 mars 2025, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu une névralgie cervico-brachiale en émettant un pronostic d'amélioration de la capacité de travail jusqu'à 100 %.

Dans un avis médical du 10 mars 2025, le SMR a estimé que les avis médicaux n'étaient pas suffisants pour démontrer une aggravation de la situation et a maintenu sa position exprimée dans l'avis du 28 août 2023.

Par décision du 11 mars 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 22 avril 2024 et a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. Par acte du 30 avril 2025, A._____, toujours sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée concluant principalement à son annulation (*recte* : réforme) et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} février 2021, subsidiairement au renvoi à l'Office AI pour nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique. En substance, il réitérait ses critiques de l'expertise de BA._____ Sàrl en précisant qu'il séjournait dans le Secteur psychiatrique de la CB._____ depuis le 17 mars 2025, avec sortie prévue pour le 20 mai 2025. En se fondant notamment sur les avis de la Dre T._____ et du Dr S._____, il estimait disposer d'une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2021. A l'appui de son recours, il a produit les documents suivants :

- un rapport du 29 juillet 2024, par lequel la Dre T._____ retenait chez l'intéressé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis, pas de position debout ou statique prolongée, pas de mouvements de rotation du rachis cervical ou d'antéflexion des membres supérieurs au-delà de 90°. Elle estimait que cette réduction de la capacité de travail était due à la chronicisation des douleurs, à un déconditionnement et à des troubles dégénératifs, causant au surplus une probable baisse de rendement de 10 à 20 % ;
- un certificat du 24 avril 2025 de la CB._____ faisant état d'une hospitalisation de l'intéressé du 17 mars au 20 mai 2025.

Par réponse du 27 mai 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il relevait, d'une part, que le certificat du 24 avril 2025 était postérieur à sa décision et, d'autre part, que les éléments apportés ne remettaient pas en cause les résultats de son instruction.

Par réplique du 26 juin 2025, A. _____ a persisté dans ses conclusions, en estimant notamment que les documents postérieurs à la décision devaient être pris en considération. Il a produit un rapport du 8 mai 2025 du Service de psychiatrie et psychothérapie de l'adulte de la CB. _____, par lequel les Drs Y. _____ et Z. _____ posaient le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), le diagnostic secondaire de retard mental léger sans ou avec de minimes troubles du comportement (CIM-10 F70.0), et les diagnostics comorbides de troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil (CIM-10 G47.0), de psychose non organique, sans précision (CIM-10 F29.0) et de trouble du développement psychologique, sans précision (CIM-10 F89.0). Ils estimaient que l'incapacité de travail était totale et étaient défavorables à la reprise d'une activité sans aménagement prenant en compte les difficultés psychiques. Ils évoquaient notamment le fait que leur patient avait bénéficié d'un accompagnement psychosocial important et qu'une demande de curatelle de représentation et de gestion avait été adressée à la Justice de paix.

Par duplique du 18 juillet 2025, l'Office AI a renvoyé à sa réponse du 27 mai 2025 et maintenu sa position.

Sollicitée par le juge instructeur (cf. courrier du 12 août 2025), la CB. _____ a transmis le 19 septembre 2025 un rapport du même jour du Dr V. _____, dont la teneur est la suivante (sic) :

1. Depuis quand suivez-vous M. A. _____ ?

Depuis le 26 mai 2025.

2. Quels étaient les motifs de la première consultation ?

Le patient nous a été orienté par nos collègues de CB. _____, où il a séjourné du 17 mars 2025 au 23 mai 2025, en raison d'une symptomatologie dépressive et d'une situation de précarité sociale. La lettre de sortie respective est en pièce jointe.

3. Quel(s) diagnostic(s) avez-vous posé ?

Nous retenons actuellement les diagnostics suivants, selon la CIM-10 :

- F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ;
- F70.0 Retard mental léger.
- F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance ;

- F12.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance.

4. Sur la base de quelles observations cliniques les diagnostics retenus ont-ils été posés ?

Il s'agit d'un patient à la corpulence dans les normes, qui fait son âge biologique. La tenue et l'hygiène sont bien soignées. L'entrée en contact est cordiale et adaptée. Le patient est orienté aux 4 modes. Il n'y a pas de trouble de l'attention ou de la vigilance. Le niveau intellectuel semble être faible. Le patient décrit une diminution de l'estime et de la confiance en soi. Il y a une difficulté dans le récit de la temporalité. Nous ne notons pas de signe flagrant d'imprégnation aux toxiques durant les entretiens. Le cours et le contenu de la pensée sont dans les normes, le discours est pauvre mais globalement informatif. Le patient décrit des ruminations anxieuses autour de son ancienne relation de couple, ainsi que de son avenir social et financier. Il y a une anxiété éprouvée mais non observée en entretien. La thymie est abaissée, avec des affects émoussés. Le patient décrit une altération dans la capacité à éprouver du plaisir, ainsi qu'une diminution de l'énergie pour entamer des activités. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Il n'y a pas de troubles de la perception évoqués ou suspectés en entretien.

À signaler également qu'un bilan psychologique a été réalisé durant le séjour hospitalier, ayant permis de poser le diagnostic de retard mental léger. Vous trouverez le rapport respectif en pièce jointe.

5. Un traitement a-t-il été instauré ?

Le patient bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI), prodigué par son psychiatre référent, moi-même, à fréquence mensuelle en moyenne. De plus, Monsieur bénéficie d'un traitement psychotrope par antidépresseur.

6. Dans l'affirmative, quelles ont été ses modalités et son évolution ?

Depuis le début de la prise en charge, nous avons constaté une évolution modeste mais favorable de l'état de santé psychique du patient. Il loge actuellement dans un établissement psychosocial médicalisé (EPSM) et se sent soutenu par l'équipe soignante, le projet étant d'un déménagement en appartement protégé de la même structure.

Sur le plan addictologique, le patient rapporte une consommation régulière d'alcool et de cannabis, dont les dosages il se dit prêt à diminuer. Un travail motivationnel spécifique est réalisé à ce sujet.

Sur le plan médicamenteux, nous sommes en train d'optimiser la médication psychotrope en augmentant progressivement le dosage d'antidépresseur vu la réponse clinique modeste. Nous avons supprimé les anxiolytiques et les hypnotiques précédemment prescrits en raison du manque d'indication actuellement.

7. Comment décririez-vous la situation actuelle de votre patient sur le plan clinique et diagnostique ?

Nous estimons que le patient souffre d'un épisode dépressif moyen, en amélioration progressive, qui se superpose à un retard mental léger récemment diagnostiqué. Nous considérons que le TPPI actuellement proposé correspond aux besoins du patient et avons prévu de le poursuivre.

8. Les atteintes à la santé de votre patient sur le plan psychiatrique le limitent-elles dans l'exercice de l'activité professionnelle exercée jusqu'ici et dans l'exercice d'une activité adaptée ?

Nous estimons que nous n'avons pas assez d'éléments pour répondre à cette question.

9. Dans l'affirmative, quelles sont les limitations fonctionnelles qui affectent votre patient dans l'exercice de l'activité professionnelle exercée jusqu'ici et dans l'exercice d'une activité adaptée ?

Les observations cliniques nous permettent de mettre en évidence les limitations fonctionnelles suivantes, selon la mini CIF-APP : adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, flexibilité et capacités d'adaptation.

10. Dans quelle mesure (par exemple heures par jour, pourcentage) votre patient est-il affecté par des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique dans l'exercice de l'activité professionnelle exercée jusqu'ici et dans l'exercice d'une activité adaptée ?

Nous estimons que nous n'avons pas assez d'éléments pour répondre à cette question.

11. Comment les limitations fonctionnelles ont-elles évolué depuis le début de votre prise en charge ?

Nous estimons que les limitations fonctionnelles mentionnées n'ont pas évolué depuis le début de la prise en charge en mai 2025.

12. Les atteintes à la santé de votre patient sur le plan psychiatrique limitent-elles également votre patient dans sa vie quotidienne et dans l'accomplissement de ses activités ménagères ?

Le patient décrit s'être bien adapté à la vie commune à l'EPSM, participant au nettoyage de sa chambre et des espaces communs. Par contre, il décrit un quotidien pauvre en activités et en contacts sociaux.

13. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé de votre patient sur le plan psychiatrique ?

Compte tenu des éléments en notre possession, nous considérons que le pronostic est favorable sur le plan psychiatrique.

14. Avez-vous d'autres observations à formuler ?

En ce qui concerne l'activité professionnelle, le patient nous informe avoir perdu son travail comme maçon, il y a environ quatre ans, en raison de problèmes de santé d'ordre physique. Il n'aurait pas eu d'activité professionnelle depuis. Compte tenu la courte durée du suivi et la demande du patient, nous n'avons pas concentré la discussion sur l'exploration de ses compétences professionnelles, qui sont d'autant plus difficiles à évaluer compte tenu que le patient n'a pas d'activité régulière depuis multiples années. Par contre, nous avons compris que le patient ne se projette pas dans la reprise d'une activité occupationnelle ou professionnelle, ce pour des motifs que nous ignorons.

Le 23 septembre 2025, le greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a notamment reçu les deux documents suivants :

- un bilan psychologique du 20 mai 2025 de la CB._____, par lequel le psychologue adjoint I._____ a mis en évidence un fonctionnement psychotique déficitaire marqué par des troubles dans la compréhension et la perception de la réalité, de la perplexité, une pauvreté de la pensée, une extrême faiblesse des représentations et une incapacité à se détacher de sa propre expérience. Il évoquait la possibilité que la perte de son emploi de manœuvre ait eu une influence significative sur son état psychique et que la rupture de sa relation sentimentale l'ait conduit à perdre ses derniers ancrages ;
- un rapport du 28 mai 2025 de la CB._____, par lequel les Drs Y._____ et Z._____ ont également émis l'hypothèse selon laquelle l'emploi de l'intéressé a joué un rôle d'étayage important tout au long de sa vie, dont la perte a pu avoir une influence significative sur son état psychique. Ils décrivaient la situation de A._____ comme dépressive depuis plusieurs mois et s'étant installée progressivement à la suite de plusieurs crises, dont la rupture avec son ex-compagne huit mois auparavant, ayant notamment conduit à l'ouverture d'une procédure pénale.

Par déterminations du 10 octobre 2025, l'Office AI a maintenu sa position.

Par déterminations complémentaires du 23 octobre 2025, A._____ a soutenu que les nouveaux éléments recueillis auprès de la CB._____, en particulier le diagnostic de retard mental léger, couplés aux éléments somatiques précédemment démontrés, prouvaient qu'il n'était plus capable de travailler. Il maintenait dès lors ses conclusions.

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 – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – 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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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).

Dans le cas présent, la décision litigieuse du 11 mars 2025 fait suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 31 août 2021 par le recourant. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application.

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).

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 (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un

examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

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

b) 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).

c) 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).

6. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 23 janvier 2015 refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 11 mars 2025, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Pour ce faire, il est nécessaire de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 11 mars 2025 aux circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 23 janvier 2015.

a) A ce titre, il ressort du dossier que les affections somatiques du recourant, en particulier les dorso-lombalgies chroniques, la discarthrose L5-S1 et la hernie discale, la discopathie débutant L4-L5, les omalgies gauches, l'arthropathie acromio-claviculaire et le syndrome cervico-brachial n'avaient, en 2015, pas été considérées comme incapacitantes dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités évitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche, le port de charges de plus de 5 kg avec long bras de levier de

manière répétitive, les mouvements d'antéversion et de rotation du tronc répétitifs et les positions immobiles de plus de 3 minutes.

b) Dans le cadre de la nouvelle demande du 31 août 2021, l'office intimé a reçu les rapports des 6 et 10 septembre et 19 novembre 2021 et 7 février 2022 du Dr G._____, le rapport d'IRM lombaire du 26 mai 2021 du Dr N._____, le rapport du 4 juin 2021 du Dr J._____, le rapport 2 février 2022 du Dr K._____ et de la psychologue L._____, les rapports des 15 février, 19 avril et 20 octobre 2022 du Dr P._____, ainsi que le rapport du 12 avril 2022 du Dr B._____.

Il ressort de ces pièces que, sur le plan somatique, le recourant souffrait d'un status post spondylodèse L5-S1 sur une discopathie sévère L5-S1, d'une discopathie avec protrusion discale L4-L5 et de cervicalgies sur arthrose C5-C6 et C6-C7 (cf. rapports des 6 et 10 septembre et 19 novembre 2021 et 7 février 2022 du Dr G._____, des 15 février, 19 avril et 20 octobre 2022 du Dr P._____ et rapport d'IRM lombaire du 26 mai 2021 du Dr N._____), d'un status après thrombose veineuse profonde distale en septembre 2021 et d'une insuffisance veineuse d'origine superficielle de stade C2 au membre inférieur droit (cf. rapport du 12 avril 2022 du Dr B._____). De ce fait, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 19 avril 2021 dans son activité d'aide-jardinier, avec pour conséquence la perte de son emploi pour la fin du premier semestre de 2021.

Sur le plan psychiatrique, le recourant était atteint d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11), et de difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation et divorce (CIM-10 Z63.5), lui provoquant de la déconcentration, des pertes mnésiques et une hypersensibilité au stress (cf. rapports du 4 juin 2021 du Dr J._____ et du 2 février 2022 du Dr K._____ et de la psychologue L._____). Le Dr K._____ et la psychologue L._____ considéraient que le recourant était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée.

c) Sur la base de ces constatations, l'office intimé est entré en matière et a ordonné la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et rhumatologie auprès de BA._____ Sàrl. Selon le rapport d'expertise du 21 août 2023, le recourant souffre d'un status de chirurgie lombaire avec spondylodèse et vis L5-S1 et L4-L5, de cervico-dorso-lombalgies sur discopathie cervicale et lombaire, et, à titre d'affection non incapacitante, de troubles anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de troubles mentaux et troubles du comportement, liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé ; CIM-10 F10.1). Sur le plan rhumatologique, cela implique une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 90 % dans une activité ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 5-10 kg de façon répétée, de surcharger le rachis dans sa totalité, de monter des échelles ou des échafaudages et permettant d'alterner les positions.

aa) En l'état du dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de BA._____ Sàrl. En effet, elles résultent d'une analyse exhaustive et bidisciplinaire de la situation médicale du recourant qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. Les développements des experts montrent qu'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier. Ils ont également méthodiquement discuté des diverses pathologies du recourant, en comparant les diagnostics des médecins traitants aux leurs, en expliquant pour quels motifs ils s'en écartaient le cas échéant et en évaluant la cohérence et la plausibilité des plaintes de l'expertisé et les examens cliniques effectués. Ainsi, sur le plan psychiatrique, le Dr E._____ a expliqué qu'en raison notamment de l'autonomie du recourant dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne, celui-ci ne présentait aucun signe objectif en faveur d'une pathologie dépressive ou anxieuse notable (cf. ch. 6.2, p. 42 du rapport du 21 août 2023).

bb) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé des conclusions de cette expertise. Sur le plan somatique, les conclusions du Dr O._____ sont similaires à celles des médecins traitants, tant au niveau des diagnostics que des

limitations fonctionnelles. A l'exception du Dr Q._____, aucun des médecins traitants ne s'est toutefois prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Concernant le point de vue du Dr Q._____, celui-ci n'apparaît pas suffisamment étayé pour remettre en question l'expertise du Dr O._____, dès lors qu'il n'explique pas les raisons pour lesquelles il estime que son patient ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la formulation choisie (« 0 % *actuellement* ») laissant augurer au contraire une incapacité de travail passagère. De même, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir investigué le prétendu problème lié à l'hyperthyroïdie du recourant, au vu de l'absence d'éléments médicaux attestant d'une incapacité en lien avec ce trouble. Pour finir, le diagnostic de retard mental posé ultérieurement (cf. rapport du 8 mai 2025 des Drs Y._____ et Z._____), bien que recevable car concernant la situation médicale du recourant prévalant avant le rendu de la décision du 11 mars 2025 (cf. *supra* consid. 5c), ne justifie pas de procéder à un réexamen de la situation, dès lors que rien n'indique que ce diagnostic aurait pu constituer, au moment de la réalisation de l'expertise, un frein à la réintégration de l'intéressé sur le marché du travail, étant précisé que celui-ci a travaillé quasiment sans interruption depuis son arrivée en Suisse en 2001.

cc) Il convient cependant de relever que plusieurs pièces médicales produites par le recourant attestent d'une aggravation survenue à l'été 2024, vraisemblablement au mois de juillet (cf. rapports du 17 octobre 2024 du Dr S._____ et du 25 novembre 2024 de la Dre T._____). Intervenue dans le contexte de la séparation de son ex-compagne, cette péjoration de l'état de santé du recourant aurait entraîné, d'une part, une exacerbation de la symptomatologie douloureuse et anxio-dépressive et, d'autre part, un épuisement des faibles ressources adaptatives disponibles (cf. rapports des 8 et 28 mai 2025 des Drs Y._____ et Z._____ et du 19 septembre 2025 du Dr V._____). Dès lors que l'atteinte à la santé diffère de celle ayant motivé le dépôt de la demande du 31 août 2021, elle doit être considérée comme constitutive d'un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_566/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.3). Dans la mesure toutefois où la décision

litigieuse du 11 mars 2025 a été rendue avant l'échéance du délai de carence d'une année permettant de tenir compte de cette aggravation (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI), elle ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Cela étant, il se justifie d'inviter l'office intimé à reprendre d'office l'instruction du dossier, afin de déterminer si l'évolution de l'état de santé du recourant peut justifier l'ouverture d'un droit aux prestations.

d) Dès lors, au regard des considérations qui précèdent, il s'agit de confirmer les conclusions du rapport d'expertise du 21 août 2023 de BA._____ Sàrl, lesquelles ne sont pas contredites par les médecins traitants, et de retenir que le recourant présente, depuis le 19 avril 2021, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-jardinier et de 90 % dans une activité adaptée.

7. Une incapacité de travail dans l'activité habituelle étant admise, il convient encore de calculer le degré d'invalidité du recourant, afin de savoir si ce dernier peut prétendre à une rente.

a) En l'espèce, le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 19 avril 2021. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2022, à savoir l'année de naissance de l'éventuel droit à la rente (cf. ATF 129 V 222), un an après la survenance de l'incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

b) aa) Pour l'année 2022, le revenu sans invalidité de l'intéressé s'élevait à 60'168 fr. 65, ce qui correspondait au salaire de 2021 (59'514 fr. [4'578 fr. versé 13 fois l'an] ; cf. questionnaire pour l'employeur du 22 novembre 2021) après indexation à 2022 (1,1 % ; cf. Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS], tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* »).

bb) Dès lors que le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, le revenu avec invalidité doit être déterminé à l'aune des tableaux TA1_skill-level de l'Enquête suisse sur la

structure des salaires (ci-après : ESS), publiés tous les deux ans par l'OFS en se fondant sur les données statistiques les plus récentes (cf. ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e éd., Bâle 2025, n° 25, 25a et n° 33 *ad* art. 16). Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu avec invalidité du recourant à 59'729 fr. correspondant au salaire moyen touché par un homme dans des activités manuelles simples (ESS 2022, Tableau TA1_tirage_skill_level, total hommes, niveau de compétence 1) après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures dans cette branche économique (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01 ; salaire mensuel de 5'305 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, pondéré à 90 %).

cc) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

En l'espèce, il ne se justifie pas de procéder à un abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En effet, les limitations fonctionnelles de l'intéressé (pas de port de charges de plus de 5-10 kg de façon répétée, pas de surcharge du rachis dans sa totalité, pas de montée d'échelles ou d'échafaudages et alternance de positions) ont dûment été prises en considération par les experts dans leur appréciation de sa capacité de travail et par l'intimé lors du choix des postes raisonnablement exigibles (domaine industriel léger, ouvrier à l'établi), dont l'éventail apparaît suffisamment large. Quant aux autres facteurs, il ne semble pas qu'ils puissent jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales du recourant, compte tenu de la nature des activités encore exigibles.

dd) Partant, il résulte de la comparaison des revenus déterminants (60'168 fr. 65 et 59'729 fr.) un degré d'invalidité arrondi de 1 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.3), lequel n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

c) Dans sa nouvelle teneur depuis le 1^{er} janvier 2024, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit une déduction forfaitaire de 10 % lorsque le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques. Cette disposition s'applique également lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant son entrée en vigueur en raison d'un taux d'invalidité insuffisant, pour autant qu'une nouvelle demande n'établisse de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023 ; RO 2023 635). Le degré d'invalidité pour l'année 2022 étant insuffisant pour l'octroi d'une rente, il se justifie donc de procéder au calcul également pour l'année 2024, afin de déterminer si cette déduction supplémentaire permet d'aboutir à la reconnaissance d'un droit à la rente.

Pour l'année 2024, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité du recourant à 61'925 fr. 82 correspondant au salaire 2022 indexé (1,7 %

en 2023 et 1,2 % en 2024). En ce qui concerne le revenu annuel avec invalidité, celui-ci s'élève à 55'325 fr. 99, correspondant au salaire exigible de 2022 indexé (1,7 % en 2023 et 1,2 % en 2024) duquel il convient encore de procéder à une déduction de 10 %. Il résulte de la comparaison des revenus déterminants (61'925 fr. 82 et 55'325 fr. 99) un degré d'invalidité arrondi de 10 %, lequel n'est toujours pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

d) Partant, au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation médicale du recourant s'est objectivement péjorée depuis le 23 janvier 2015, mais pas dans une ampleur suffisante pour permettre l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié ce droit au recourant.

8. Ainsi qu'on l'a vu, l'état de santé du recourant est péjoré depuis le mois de juillet 2024 sur le plan psychiatrique. Aussi convient-il de renvoyer la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction à ce propos.

9. Les pièces médicales au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise peuvent dès être rejetées 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).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 11 mai 2025 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du juge instructeur du 1^{er} mai 2025). Les frais judiciaires sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me David Métille peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 12 novembre 2025, compte tenue de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'098 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 11 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil d'office de A._____, est arrêtée à 3'098 fr. 70 (trois mille nonante-huit francs et septante centimes), débours et TVA compris.
- VII.** La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour A._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :