

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
 Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Valentin Groslimond,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié et père de trois enfants majeurs, sans formation, a travaillé comme employé de maison à 100% pour D._____ Sàrl du 21 septembre 2009 au 31 juillet 2012.

Le 1^{er} avril 2014, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes de dos et à la jambe gauche.

Une expertise médicale a été réalisée par le Dr F._____, qui a, aux termes de son rapport du 17 octobre 2014, posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgie commune chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec discopathie multi-étagée mineure et d'hypercholestérolémie stable. L'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée permettant d'éviter le port de charges répétitif en porte-à faux avec long bras de levier de plus de 10 kg.

Compte tenu d'une aggravation mentionnée dans un rapport médical du 26 juin 2015 et d'une intervention réalisée le 11 septembre 2015 sous forme de blocs facettaires L3-L4 bilatéraux et L4-L5 à gauche, l'OAI a demandé un complément d'expertise au Dr F._____. Ce médecin a, dans un rapport du 8 octobre 2015, posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec une discopathie multi-étagée mineure prédominant en L3-L4 et une minime hernie discale L3-L4 postéro-médiane non conflictuelle et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une hypercholestérolémie stable. Le médecin précité a retenu une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée avec la même limitation fonctionnelle que posée précédemment.

Par décision du 22 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Le 15 février 2022, l'assuré a adressé une seconde demande de prestations à l'OAI, en raison d'une hernie discale.

Après avoir communiqué à l'assuré, par projet de décision du 30 mai 2022, son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'OAI est revenu sur sa position, dès lors que le diagnostic de syndrome anxio-dépressif était retenu par le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, dans un rapport du 20 juin 2022, et que le recourant indiquait, dans son opposition du 29 juin 2022, avoir entamé un suivi psychiatrique (cf. avis SMR du 27 septembre 2022).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les rapports suivants ont été versés au dossier de l'OAI :

- un rapport du 30 mai 2023 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suivait l'assuré depuis le 7 décembre 2022 auprès de la Fondation K._____, dans lequel ce médecin posait le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ;
- un rapport du 22 septembre 2023 du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Fondation K._____, qui mentionnait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ;
- un rapport du 4 octobre 2023 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, qui retenait un syndrome lombo-vertébral, une cardiopathie, ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif réactif et concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30% dans une activité adaptée depuis octobre 2023 ; les limitations fonctionnelles correspondaient au port ou au soulèvement de charges de moins de 5kg, à la position

prolongée de plus de 2h-3h par jour et à des difficultés de concentration ;

- un compte-rendu d'IRM cardiaque du 24 juin 2022, dans lequel le Dr M._____, spécialiste en cardiologie, préconisait une coronographie en cas d'apparition de dyspnée ou de thoracodynies.

Poursuivant l'instruction à la suite d'un avis SMR du 17 octobre 2023, l'OAI a encore recueilli un rapport du 8 novembre 2023 du Dr N._____, spécialiste en cardiologie, qui indiquait qu'une coronographie avait été organisée dans un contexte de douleurs angineuses stables apparues à l'effort et d'une IRM cardiaque pathologique. A son rapport étaient joints les résultats de la coronographie réalisée le 11 décembre 2023 par le Dr M._____, lesquels mettaient en évidence des lésions bitronculaires avec une sténose significative de l'artère ventriculaire antérieure proximale et de l'artère interventriculaire antérieure moyenne, une sténose significative de l'ostium de la première diagonale, ainsi qu'une sténose significative de l'artère interventriculaire postérieure.

L'assuré a séjourné du 24 janvier au 2 février 2024 à la Clinique P._____, où il a subi une intervention de double pontage coronarien réalisée le 25 janvier 2024 par le Dr O._____, spécialiste en chirurgie cardiaque. Face à un état général satisfaisant avec un sternum stable et des cicatrices calmes, l'assuré a quitté la clinique le 2 février 2024 pour se rendre à la Clinique Q._____ en vue d'une réadaptation cardio-vasculaire de trois semaines (cf. lettre de sortie du 2 février 2024 et protocole opératoire du 25 janvier 2024).

Sur demande de l'OAI, le Dr L._____ lui a transmis un rapport du 20 mars 2024, au terme duquel ce médecin mentionnait une dyspnée sévère et un déconditionnement physique important à la suite de la chirurgie cardiaque. Il concluait toujours à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et également dans l'activité adaptée en l'état, pour une période indéterminée. Ce document était accompagné d'un rapport du 14 mars 2024 du Dr N._____ qui faisait état d'un bilan cardiologique

rassurant, ainsi que d'un rapport du 22 février 2024 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès de la Clinique Q._____, où l'assuré avait séjourné du 2 au 22 février 2024.

Le 2 septembre 2024, le Dr N._____ a répondu à des questions de l'OAI, en précisant notamment que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle moyennant l'évitement de port de charges lourdes, de même que dans une activité adaptée, était, sur le plan strictement cardiologique, de 100% six mois après l'opération du 25 janvier 2024.

Par avis du 22 octobre 2024, le SMR a estimé qu'il disposait d'éléments médicaux suffisants pour se prononcer. Il a ainsi posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de cardiopathie ischémique avec un angor stable, de status post double pontage aortocoronarien, de fibrillation auriculaire paroxystique post opératoire, de lombalgies chroniques sur discopathie multi-étagée mineur prédominant en L3-L4 avec une minime hernie discale L3-L4 postéro-médiane non conflictuelle. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu, sur le plan psychiatrique, de la fatigue, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, des ruminations anxieuses, ainsi qu'une perte d'élan vital, sur le plan cardiologique, l'absence de port de charges lourdes et, sur le plan rhumatologique, l'absence de port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg. Concernant l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle, celle-ci était de 80% depuis la première demande de prestations jusqu'au 6 décembre 2022 puis nulle, pour des motifs psychiatriques, depuis le 7 décembre 2022. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le SMR l'a définie comme suit : 100% depuis la première demande jusqu'au 6 décembre 2022, puis nulle, pour des motifs psychiatriques, du 7 décembre 2022 au 21 septembre 2023, puis de 100% du 22 septembre 2023 au 10 décembre 2023, puis nulle, pour des motifs cardiologiques, du 11 décembre 2023 au 1^{er} septembre 2024, et enfin à nouveau de 100% depuis le 2 septembre 2024.

Par projet de décision du 20 décembre 2024, annulant et remplaçant celui du 30 mai 2024 (*recte* 2022), l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente s'élevant à 100% d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2023 au 30 novembre 2024. En effet, celui-ci avait présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 7 décembre 2022. Le délai d'attente d'une année était ainsi fixé à compter de cette date. A l'échéance du délai en question, soit le 7 décembre 2023, l'incapacité de travail était totale dans toute activité, si bien que le degré d'invalidité s'élevait à 100%. Depuis le 1^{er} septembre 2024, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. La comparaison du revenu sans invalidité, fixé à 53'242 fr. 90, avec le revenu d'invalidité, arrêté à 61'042 fr. 08, aboutissait à un préjudice économique nul. Le droit à la rente était ainsi supprimé trois mois après l'amélioration constatée à partir du 1^{er} septembre 2024, soit dès le 1^{er} décembre 2024.

Le 10 janvier 2024, l'assuré a formé opposition au projet précité.

Par courrier du 17 mars 2025, Me Valentin Groslimond a informé l'OAI de son mandat.

Le 29 avril 2025, l'assuré, par Me Groslimond, a transmis des observations complémentaires, accompagnées de rapports médicaux. Il a, en substance, fait valoir qu'il présentait de nombreux problèmes de santé graves, notamment au niveau cardiaque, dorsal, neurologique et psychiatrique, que la hernie discale dont il souffrait avait affecté les nerfs de la nuque et que sa situation médicale se péjorait de jour en jour, contrairement à ce qui avait été retenu par l'OAI.

Par courrier du 13 mai 2025, l'assuré a encore produit des rapports du Dr O._____, déjà versés au dossier de l'OAI.

Dans un avis du 1^{er} juillet 2025, le SMR a conclu qu'aucun élément nouveau, sur le plan cardiologique et psychiatrique, ne permettait de modifier sa position.

Par prise de position datée du même jour, l'OAI a répondu à la contestation de l'assuré, en reprenant les éléments avancés par le SMR.

Par décision du 4 août 2025, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2023 au 30 novembre 2024, confirmant ainsi le projet de décision du 20 décembre 2024.

C. Par acte du 12 septembre 2025, B._____, toujours assisté de Me Groslimond, a recouru contre la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation, respectivement à se réformer en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée du 1^{er} décembre 2023 à ce jour, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 4 août 2025 et à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire neutre soit ordonnée, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision du 4 août 2025 et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée et, encore plus subsidiairement, à l'annulation de la décision du 4 août 2025 et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a, en substance, reproché à l'intimé de s'être prononcé en l'état du dossier sans l'avoir réactualisé par des rapports médicaux récents. En d'autres termes, l'intimé n'avait pas suffisamment pris en compte sa situation sur les plans cardiologique, psychologique et somatique, et l'avis du 1^{er} juillet 2025 du SMR, sur lequel s'était fondé l'intimé, n'était, d'après lui, pas probant. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire. A l'appui de son écriture, le recourant a produit, hormis des pièces médicales déjà versées au dossier de l'intimée, un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 14 février 2025, faisant état de discopathies modérées en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une uncarthrose responsable de sténoses foraminales sévères en conflit avec les racines C4 droite, C5 des deux côtés et C6 droite. Il a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par prononcé du 17 septembre 2025, la juge instructrice a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2025, sous forme d'exonération d'avances, d'exonération des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Groslimond.

Dans sa réponse du 10 octobre 2025, l'intimé a relevé que si le recourant contestait l'amélioration de son état de santé retenue à compter du 2 septembre 2024 et sollicitait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le SMR s'était prononcé en toute connaissance de cause sur la base des pièces figurant au dossier, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une telle expertise et qu'aucun argument du recourant ne permettait de remettre en cause sa position.

Par réplique du 13 novembre 2025, le recourant a précisé qu'il n'avait pas d'explications complémentaires à fournir, ni de réquisitions supplémentaires à formuler et indiqué qu'il maintenait les conclusions prises au pied de son recours du 12 septembre 2025.

Cette écriture a été transmise à l'intimé pour information le 14 novembre 2025.

En droit :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2024.

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 bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit aux prestations durables (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 125 V 413 consid. 2d). A cet égard, l'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que 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 ou atteint 100 %. 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. Pour se prononcer sur une éventuelle modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, la base de comparaison déterminante dans le temps est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise, par ailleurs, qu'une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

d) En outre, 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).

5. a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'il avait retrouvé une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2024 et d'avoir statué en ignorant ses atteintes à la nuque. Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir suffisamment tenu compte de ses troubles psychiques.

Quant à l'intimé, il renvoie, pour l'essentiel, à l'avis du SMR du 22 octobre 2024 et estime avoir disposé de suffisamment d'informations sur l'état de santé du recourant pour statuer sur la base du dossier.

b) A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 14 février 2025 faisant état de discopathies modérées en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une uncarthrose responsable de sténoses foraminales sévères en conflit avec les racines C4 droite, C5 des deux côtés et C6 droite. Ce rapport, bien qu'antérieur à la décision attaquée, ne figure pas au dossier de l'intimé, qui n'en a pas eu connaissance. Par ailleurs, l'avis SMR, sur lequel l'intimé s'est fondé pour statuer est antérieur au rapport du 14 février 2025, de sorte qu'il ne se prononce pas davantage sur les atteintes cervicales du recourant. Il convient encore de relever que, dans le cadre de la première demande de prestations déposée en 2014, seules des atteintes lombaires avaient été constatées. Si le rapport médical du 14 février 2025 et les faits qui y sont attestés n'ont pas été portés à la connaissance de l'intimé ou du SMR, il s'avère qu'ils sont antérieurs à la décision attaquée et il doit, donc, en être tenu compte.

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant n'a pas été entièrement instruite par l'intimé, qui a, par conséquent, statué

en méconnaissance de l'état de santé global du recourant, des limitations fonctionnelles en découlant éventuellement et de sa capacité résiduelle de travail. Il se justifie, dès lors, d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il incombe 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 solution apparaissant comme la plus opportune. Partant, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, au besoin en ordonnant une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, puis nouvelle décision.

d) Au vu du sort du recours, les autres griefs du recourant deviennent sans objet, dans la mesure où l'intimé doit examiner l'ensemble de la situation médicale du recourant afin d'établir sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles de manière globale au jour de sa nouvelle décision (cf. TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2 et les références citées).

6. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 4 août 2025 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant 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 1500 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 intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 4 août 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- 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 B._____ une indemnité de 1500 fr. (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 Valentin Groslimond (pour la recourante),
- 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 :