

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 8 et 28 LAI ; 29^{bis} RAI

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, de nationalité turque, est arrivé en Suisse en 2001 et est au bénéfice d'un permis C. Sans formation professionnelle, il a notamment travaillé comme aide-infirmier dans différents établissements médico-sociaux jusqu'en 2012, date à laquelle il s'est vu signifier son licenciement en raison de son échec à un examen d'auxiliaire de santé organisé par l'organisation D. _____. Il émarge depuis lors aux services sociaux.

Par formulaire de demande du 1^{er} juin 2018, faisant suite à une procédure de détection précoce initiée par le Centre social régional de Q***, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Il a fait valoir des problèmes de dos, avec des lombalgies chroniques, et joint un certificat d'incapacité de travail à 100 % du 16 mai au 10 juin 2018.

L'assuré s'est soumis le 17 février 2020 à un examen clinique rhumatologique du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), réalisé par le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation. Par rapport du 25 février 2020, le Dr K. _____ a retenu un diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, soit des lombosciatalgies droites non irritatives, non déficitaires, dans un status post-cure de hernie discale L4-L5 avec arthrodèse postérieure, présence de troubles dégénératifs postérieurs étagés et d'une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, depuis le 26 janvier 2017, date de l'IRM lombaire réalisée pour la lombosciatalgie droite et mettant en évidence une hernie discale L4-L5 luxée caudalement. Ceci à défaut d'attestation médicale d'arrêt de travail, car l'assuré était pris en charge par les services sociaux lors du dépôt de sa demande. Les limitations fonctionnelles listées étaient : les mouvements répétés de flexion-extension du tronc, l'attitude prolongée en porte-à-faux, les positions assise ou debout prolongées au-delà de 45

minutes, la position debout statique au-delà de 20 minutes, la marche continue au-delà d'un kilomètre, et le port de charges répété au-delà de 10 kg. Le Dr K._____ a évalué la capacité de travail à 75 % dans une activité adaptée, selon la conclusion suivante de son rapport (sic) :

« Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire.

Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité de 75 % ou 2 x 3 heures/jour depuis le 02.05.2019, date de la consultation orthopédique du Dr L._____.

Nous avons vu que l'assuré a des douleurs mécaniques, nous avons vu qu'il conserve des ressources physiques pour des tâches physiquement légères. Contrairement à ce qu'annonce l'assuré, l'évolution post-opératoire est favorable comme le mentionne la consultation du 02.05.2019 du Dr L._____ et le rapport AI du 11.09.2019 du même médecin (50 % de diminution des douleurs après l'opération). L'assuré n'a plus de sciatgie irritative, il n'a pas de déficit neurologique aux MI [réf. : membres inférieurs], nous avons conclu à la persistance d'une raideur lombaire modérée sous réserve d'une participation incomplète de l'assuré. De son côté, le Dr L._____, dans sa consultation du 02.05.2019, conclut que l'assuré présente « toujours une petite lombalgie chronique qui nécessite la prise d'anti-inflammatoires et de Tramal ». Le Dr L._____ ajoute que l'IRM réalisée le 01.04.2019 ne montre pas grand-chose de particulier. Il n'y a donc pas de complications post-opératoires ; nous avons vu également qu'il n'y a pas de décompensation des étages sus- et sous-jacents.

Par rapport au 25 % de diminution de la CT [réf. : capacité de travail] dans une activité adaptée, nous retenons la participation des troubles dégénératifs, postérieurs et la sur-sollicitation des segments adjacents au vu de la fixation du segment L4-L5, ainsi que la présence d'une raideur lombaire persistante.

Les éléments objectivables et le descriptif du cas dans la consultation du 02.05.2019 du Dr L._____ ne permettent pas de s'aligner sur le temps de travail quotidien annoncé par le Dr L._____ de 2 heures/jour (rapport AI du 11.09.2019).

Il y a lieu de rappeler que l'indication à une cure de hernie discale est de décompresser les racines nerveuses. Il est fréquent que, en post-opératoire, les patients gardent des lombalgies chroniques, il ne s'agit pas d'une complication ».

Par décision du 4 mars 2022, l'office AI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2018 et le 31 août 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

Par arrêt du 21 novembre 2022 (cause AI 88/22 - 352/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a partiellement admis le recours formé par B._____, en tant qu'elle a confirmé la décision du 4 mars 2022 s'agissant du droit de l'assuré au versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2018 au 31 août 2019, ainsi que de la suppression de ce droit au 31 août 2019, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction pour la période courant dès le mois de mars 2020. Elle a considéré qu'une pleine valeur probante devait être reconnue au rapport d'examen du SMR du 25 février 2020, s'agissant de la période allant jusqu'au mois de février 2020. Aucun rapport médical n'était susceptible de faire douter de ses conclusions relatives à cette période. Le recourant avait ainsi présenté une incapacité totale de travail dans toute activité, jusqu'à ce que sa capacité de travail dans une activité adaptée s'améliore, en mai 2019, six mois après l'arthrodèse et la cure de hernie discale dont il avait bénéficié. La Cour de céans a toutefois constaté qu'après l'examen clinique rhumatologique du 17 février 2020 du SMR, plusieurs médecins s'étaient prononcés sur l'atteinte du recourant. Certes, ils avaient toujours évoqué les mêmes limitations fonctionnelles et aucun n'avait quantifié la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. Cependant, durant les deux années qui avaient séparé l'examen du Dr K._____ de la décision entreprise, plusieurs éléments étaient évocateurs d'une évolution de la situation médicale, dont il n'était pas exclu qu'ils aient eu une influence sur la capacité de travail du recourant, ce d'autant moins que certains n'avaient pas été examinés par le SMR. En particulier, l'appréciation du Dr K._____ était essentiellement basée sur l'absence de complication et le bon résultat de l'intervention chirurgicale de novembre 2018, après laquelle ne subsistait qu'une petite lombalgie chronique. Or, les médecins traitants avaient suspecté, respectivement posé le diagnostic de pseudarthrose, et évoqué une reprise chirurgicale, ce qui ne semblait *a priori* pas compatible avec une intervention sans complication. Ce d'autant que le Dr L._____, dont l'avis avait en partie motivé l'amélioration retenue, rapportait une résurgence des douleurs après un temps d'amélioration, qui l'avait fait penser à une pseudarthrose. Un test de stimulation médullaire avait été réalisé, sans succès, ce qui laissait supposer également que le résultat de la première opération, soit

une petite lombalgie chronique nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et de Tramal, n'était peut-être plus d'actualité. Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque la seule option thérapeutique proposée était une chirurgie, cela faisait douter de la stabilisation durable de la situation médicale au sens de l'art. 88a RAI (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.2). En l'espèce, la chirurgie n'était pas strictement la seule option thérapeutique proposée, toutefois les éléments rapportés par les médecins traitants amenaient à douter de la stabilisation durable de l'état de santé du recourant. Le Dr M._____ avait notamment relevé une évolution défavorable, probablement définitive (cf. son rapport du 14 avril 2022). En outre, le Dr L._____ avait rapporté la persistance de lombo-radiculopathies prédominantes au niveau de la fesse droite, stables depuis 2020, soit potentiellement postérieurement à l'examen clinique du SMR. Enfin, le nouveau diagnostic posé par la Dre N._____ ne permettait pas de déterminer si les douleurs neuropathiques du membre inférieur droit et le *Failed back surgery syndrome* entraînaient des conséquences sur la capacité de travail du recourant, cas échéant depuis quand. Le SMR n'avait pas été consulté au sujet de ce rapport non plus.

b) Reprenant l'instruction afin d'examiner si la situation médicale de l'assuré s'était modifiée postérieurement au mois de février 2020, date de l'examen clinique du Dr K._____, l'office AI a invité les Drs M._____ et P._____ à lui transmettre un rapport médical.

Alors que le Dr P._____ a renvoyé à l'appréciation du Dr M._____ (rapport du 19 avril 2023), ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et de status post spondylodèse L4-L5 à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité (rapport du 14 juin 2023).

Constatant que la situation médicale était restée assez stable et qu'il n'y avait pas de nouvelles atteintes à la santé rapportées ni d'intervention chirurgicale projetée, le SMR a, conformément à l'arrêt de renvoi du 21 novembre 2022, demandé la réalisation d'une « nouvelle expertise rhumatologique ou de médecine physique et réadaptation » (avis médical du 6 juillet 2023).

Pour ce faire, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique au Dr BB._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 21 février 2024, ce médecin a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgie non irritative et non déficitaire, de status post hernie discale L4-L5 avec arthrodèse postérieure, de troubles dégénératifs postérieurs étagés et d'inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la jambe droite (M54.4) et celui - sans effet sur la capacité de travail - d'antécédent de fracture spontanée du fémur droit, dans le cadre d'une tumeur bénigne opérée en 1994. Si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle d'aide-soignant, elle était de 70 % depuis le 2 mai 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kilos, pas de mouvements de flexion-extension afin d'éviter de surcharger le rachis, pas de marche sur des terrains accidentés et possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 45 minutes ; la diminution de performance de 30 % était due à l'atteinte lombaire persistante justifiant des pauses.

Appelé à se prononcer sur l'expertise du Dr BB._____, le SMR a relevé que ce médecin avait conclu à une stabilité clinique depuis l'expertise réalisée par le Dr K._____ au mois de février 2020, si bien que les conclusions de cette dernière demeuraient valables. En effet, c'était de manière erronée que le Dr BB._____ avait noté en p. 24 de son rapport que le Dr K._____ avait retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée et donc validé ce taux ; il s'agissait en réalité bel et bien d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée (avis médical du 12 mars 2024).

Par projet de décision du 12 avril 2024, l'office AI a informé B._____ qu'il envisageait de lui nier le droit des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, au motif que la situation était inchangée depuis la décision du 4 mars 2022 en ce sens qu'il présentait toujours une capacité de travail raisonnablement exigible de 75 % dans toute activité adaptée à son état de santé, soit un taux de présence de 6 heures par jour.

Dans le cadre du calcul de la perte de gain, il a tenu compte de la modification législative en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024 prévoyant une déduction forfaitaire de 10 % sur le revenu d'invalidé, lequel s'élevait dès lors à 45'540 fr. 14. Comparé au revenu sans invalidité de 60'099 fr. 64, il en résultait une perte de revenu de 14'559 fr. 50, d'où un degré d'invalidité de 24,23 %, inférieur au seuil légal ouvrant droit à une rente d'invalidité. Quant au droit à des mesures professionnelles, l'administration a estimé qu'il n'y avait pas de mesure simple et adéquate susceptible de réduire le préjudice économique subi par l'assuré.

Représenté par le Service juridique de Procap, B. _____ a, par courrier du 17 juin 2024, présenté des objections à ce projet de décision. Il a fait observer que si un temps de présence de 6 heures par jour correspondait certes à une capacité de travail de 75 %, une réduction de performance de 30 % conduisait à retenir une capacité de travail réelle de 52,5 %. Dès lors, ou bien l'expert s'était trompé et l'instruction n'était pas terminée, ou bien l'appréciation de l'office AI était erronée. L'assuré a par ailleurs transmis un rapport établi 13 juin 2024 par le Dr M. _____ ; ce médecin y réaffirmait que la capacité de travail de son patient était nulle dans son activité habituelle, mais qu'il incombait à l'office AI de mettre en œuvre un stage afin d'évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée, quand bien même le pronostic demeurait réservé compte tenu de la chronicité des douleurs.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr BB. _____ a, par courrier du 27 août 2024, déclaré que la capacité de travail de l'assuré était de 75 % dans une activité adaptée et que son appréciation rejoignait celle faite par le Dr K. _____ le 17 février 2020.

Le 12 septembre 2024, le SMR a indiqué maintenir les conclusions de son avis du 12 mars 2024, à savoir une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 26 janvier 2017 et une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis le 2 mai 2019.

Dans un rapport du 7 avril 2025 adressé en copie à l'office AI, le Dr BF. _____, spécialiste en neurochirurgie, a expliqué que l'assuré venait d'être opéré de la vésicule biliaire ; ce médecin envisageait par ailleurs de procéder à une intervention chirurgicale en lien avec les douleurs lombaires basses présentées par son patient à laquelle celui-ci était en train de réfléchir.

Le 6 mai 2025, le SMR a observé que le rapport du Dr BF. _____ ne décrivait pas une modification durable de l'état de santé de l'assuré, mais cherchait plutôt à fournir une explication aux lombosciatalgies affectant l'intéressé, tout en faisant état d'une proposition d'intervention chirurgicale à propos de laquelle celui-ci n'avait pas encore pris de décision. Dans la mesure où les lombosciatalgies avaient déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, les précédentes conclusions du SMR demeuraient valables.

Par décision du 28 mai 2025, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 12 avril 2024. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 4 juillet 2025, B. _____, sous la plume de son mandataire, a recouru devant la Cour de céans contre la décision du 28 mai 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. D'une part, il a reproché à l'office AI de ne pas avoir procédé à un complément d'instruction en se contentant des explications sommaires fournies par le Dr BB. _____ le 27 août 2024, alors que son appréciation de la capacité de travail reposait sur une analyse erronée de la situation. D'autre part, dans l'hypothèse où la Cour de céans ne devait pas retenir un défaut d'instruction, l'assuré estimait qu'il incombait à l'office AI de statuer sur son droit à des mesures de réadaptation, dès lors que le degré d'invalidité fixé excédait le seuil ouvrant droit à de telles mesures.

b) Par décision du 18 septembre 2025, la Juge instructrice a accordé à B._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 juillet 2025. L'assuré était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle.

c) Dans sa réponse du 10 octobre 2025, l'office AI a relevé que l'assuré n'avait mis en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du Dr BB._____ et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions expertales ou en établir le caractère incomplet. Aussi a-t-il conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

d) L'assuré ne s'est pas déterminé plus avant.

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. Dans son arrêt du 21 novembre 2022, la Cour de céans a considéré que, pour la période comprise entre le 17 février 2020 - date de

l'examen clinique effectué au SMR par le Dr K. _____ - et la date de la décision entreprise - le 4 mars 2022 -, le recourant avait fourni des éléments susceptibles de modifier les résultats de l'instruction sur le plan médical. Or ces éléments n'avaient pas été soumis au SMR. Dans la mesure où il convenait de s'interroger sur une éventuelle reprise de l'invalidité après la suppression de la rente, la Cour de céans a renvoyé la cause à l'office AI afin d'analyser si les atteintes à la santé présentées par le recourant sont de nature à affecter sa capacité de travail de façon déterminante depuis le mois de février 2020. Par conséquent, le litige porte sur la question d'une éventuelle reprise de l'invalidité au sens de l'art. 29^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) postérieurement à l'examen clinique pratiqué le 17 février 2020 par le Dr K. _____, médecin auprès du SMR.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022.

b) Si la décision concernant la révision d'un premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

c) En l'occurrence, la date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI, le droit à une rente entière ayant pris fin au 31 août 2019. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_658/2022 du 30 juin

2023 consid. 3.1). Le droit applicable reste, par conséquent, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors qu'il convient d'examiner la question d'une éventuelle reprise de l'invalidité à compter du mois de février 2020 (cf. considérant 2 ci-dessus).

4. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 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 (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Selon l'art. 29^{bis} RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

5. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) 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 LPGGA).

6. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (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 ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

7. a) En l'occurrence, il est constant que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'aide-soignant est nulle depuis le 26 janvier 2017. L'intimé estime cependant que l'assuré est capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 75 %, se fondant en cela sur l'expertise rhumatologique mise en œuvre auprès du Dr BB._____ ensuite de l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 21 novembre 2022. Le recourant conteste cette position, estimant que cette expertise n'est pas probante.

b) aa) Il n'y pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr BB._____, selon laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail de 75 % depuis le 2 mai 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kilos, pas de mouvements de flexion-extension afin d'éviter de surcharger le rachis, pas de marche sur des terrains accidentés et possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 45 minutes.

bb) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr BB._____ du 21 février 2024, tel que précisé le 27 août suivant, remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié par l'expert spécialiste ; l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, le Dr BB._____ ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2018, et se fonde sur un examen clinique du 8 février 2024 ainsi que sur les documents supplémentaires transmis par l'assuré dont deux comptes-rendus d'IRM, l'un de la colonne lombaire du 16 juin 2023 et l'autre du bassin du 19 janvier 2024. L'expert a établi une anamnèse détaillée sur les plans systématique, psychiatrique

et/ou somatique, familial, socio-professionnel et médical. Il a en outre dûment rapporté les plaintes de l'expertisé, ainsi que les descriptions subjectives de celui-ci, comprenant le déroulement d'une journée-type et l'exposé de ses habitudes personnelles. L'expert a également tenu compte des appréciations spécialisées antérieures disponibles, de même qu'il a examiné les ressources, la personnalité de l'expertisé ainsi que la cohérence.

cc) Au terme de son examen clinique rhumatologique, le Dr BB. _____ a retrouvé la persistance d'un syndrome lombo-vertébral non déficitaire avec une limitation douloureuse des amplitudes ; par ailleurs, l'examen neurologique était normal ; il n'y avait en outre pas de points de fibromyalgie, ni de symptômes et de signes de Waddell ainsi que de critères en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Sur la base de ses constatations, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie non irritative et non déficitaire, de status post hernie discale L4-L5 avec arthrodèse postérieure, de troubles dégénératifs postérieurs étagés et d'inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la jambe droite (M54.4). Il a déclaré rejoindre le diagnostic de lombalgie non déficitaire irritative évoluant depuis plusieurs années et non modifié par la chirurgie de novembre 2018 avec un tableau similaire à celui ressortant de l'expertise réalisée en février 2020 par le Dr K. _____. Il était d'avis que la capacité de travail avait évolué de façon défavorable depuis l'arrêt de travail de 2016, si bien qu'il a retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Or il s'avère que, le 27 août 2024, le Dr BB. _____ a admis avoir reporté de manière inexacte le fait que le Dr K. _____ avait retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 21 février 2024, p. 24). Dès lors, en tant que ses constatations cliniques et les limitations fonctionnelles en découlant sont globalement superposables à celles décrites dans le cadre de l'examen effectué au SMR en février 2020 (cf. ci-dessus partie « En fait », paragraphe A.a, p. 2), l'expert rhumatologue a, à l'instar de son confrère, retenu que le recourant dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à son état de santé (cf. courrier du 27 août 2024).

c) Le rapport établi le 7 avril 2025 par le Dr BF._____ ne permet pas de s'écarter de cette appréciation. En effet, ce médecin ne décrit pas une modification durable de l'état de santé, mais livre une « possible explication » quant à la persistance des douleurs présentées par l'assuré, sans se prononcer d'ailleurs sur sa capacité de travail.

d) Il sied enfin de constater que l'opération de la vésicule biliaire subie par le recourant en mars 2025 peut constituer une nouvelle atteinte susceptible de rendre plausible une modification significative et durable de son état de santé depuis la décision querellée du 28 mai 2025 pour autant que ses effets soient durables, ce qui n'était pas le cas au jour de la décision litigieuse. Il en va de même d'une prise en charge sur le plan psychiatrique dont il est fait état au dossier, sans être précisée (cf. échange de correspondances entre l'office AI et le Centre de psychiatrie et psychothérapie BK._____ des 26 avril et 3 mai 2024). Il appartient au recourant de déposer, si nécessaire, une nouvelle demande de prestations.

e) Sur le vu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que le recourant dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela équivaut à la capacité de travail arrêtée par l'intimé dans la décision du 4 mars 2022.

8. a) S'agissant du calcul du taux d'invalidité, qui n'est pas contesté, l'office AI a, à bon droit, retenu un revenu avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Ce mode de calcul se justifie dès lors que le recourant, sans formation professionnelle, avait exercé durant plusieurs années une activité non qualifiée, qu'il bénéficiait de l'aide sociale après une période de chômage au moment du dépôt de sa demande de prestations et qu'il n'a pas repris d'activité lucrative après la survenance de son atteinte à la santé. C'est par ailleurs à juste titre que l'intimé a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité pour la période à compter du 1^{er} janvier 2024.

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il convient de se référer au salaire mensuel auquel peuvent prétendre les hommes, conformément au tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'ESS 2022 à la ligne 86-88 (santé humaine et action sociale) du niveau de compétences 1, soit 4'983 fr., part au treizième salaire comprise. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2024 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'194 fr. 75, ce qui donne un salaire annuel de 62'337 francs. Après indexation à l'année 2024 (+ 1,7 % en 2023 et + 1,2 % en 2024), il s'élève à 64'157 fr.50 (montant arrondi).

c) S'agissant du revenu d'invalidé, il y a lieu de se référer au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2022, 63'660 fr. par année (5'305 fr. x 12), part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail moyen en 2024 (41,7 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 1,7 % en 2023 et + 1,2 % en 2024), le revenu d'invalidé s'élève à 68'303 fr. 70. Compte tenu d'un abattement sur le salaire statistique de 10 % conformément à l'art. 26^{bis} al. 3, première phrase, RAI et d'une capacité de travail de 75 %, on obtient par conséquent un revenu d'invalidé de 46'105 fr. (montant arrondi).

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 64'157 fr. 50 fr. avec un revenu d'invalidé de 46'105 fr. aboutit à un degré d'invalidité de

28,13 %, lequel s'avère insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

9. Compte tenu du fait que le recourant présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, il reste à déterminer si celui-ci peut bénéficier d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, ce d'autant qu'il n'est plus en mesure d'exercer ses anciennes activités, telles qu'aide-cuisinier, aide-éducateur, aide-soignant ou encore assistant à la clientèle.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I

370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 ad art. 8 LAI, p. 102 et la référence citée).

b) Sur ce point, l'office intimé pouvait valablement se fonder sur les constats opérés dans le rapport final établi le 9 avril 2025 - lequel fait suite à un entretien avec l'assuré les 4 mars et 8 avril 2025 - par son spécialiste en réinsertion professionnelle et considérer, sur cette base, qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.

Malgré sa motivation alléguée de retrouver un emploi, il convient de constater que le recourant n'est au bénéfice d'aucune formation et que son niveau scolaire, incluant des connaissances en bureautique, doit être qualifié de modeste. Quant à ses connaissances du français écrit, elles sont limitées. A cet égard, c'est le lieu de rappeler qu'il découle du principe d'équivalence de la formation notamment que l'assurance-invalidité n'a pas pour tâche de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'il occupait auparavant. A cela s'ajoute que, pour diminuer le préjudice économique et obtenir un revenu avec invalidité sensiblement supérieur à celui déduit de l'ESS, l'assuré aurait dû entreprendre une formation donnant accès à un poste de niveau de compétences 2 ou supérieur selon le tableau TA1_skill_level. Or il s'avère que le faible niveau scolaire du recourant et ses difficultés dans le domaine du français écrit impliquent l'exercice d'une activité comportant une communication essentiellement orale, avec peu d'écrits et un apprentissage par l'observation. Dans ces conditions, la mise en œuvre de mesures professionnelles n'est pas envisageable, dans la

mesure où elles ne seraient pas appropriées, ni simples ni adéquates. Partant, le recourant ne saurait prétendre à une mesure de reclassement, ni à toutes autres mesures de réadaptation, étant rappelé que l'intimé a accordé au recourant, dans le rapport final du 9 avril 2025, la possibilité de bénéficier d'une aide au placement.

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

11. a) 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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables 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 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour B. _____),
- 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 :