

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Saïd, assesseure  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...], veuf, père de cinq enfants nés en [...], [...], [...], [...] et [...], sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations le 10 février 2020 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Répondant le 21 mai 2020 à un questionnaire de l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, présents depuis 2018, de syndrome de douleur chronique, lombosciatique bilatérale et épisode anxiodépressif. Une prise en charge multidisciplinaire était en cours. La capacité de travail était nulle depuis 2018. Dans un complément de juillet 2020, ce médecin a indiqué les noms des spécialistes consultés et joint les pièces médicales suivantes :

- Un rapport établi le 30 septembre 2019 par la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, concluant à une lombosciatalgie gauche chronique non déficitaire sur discarthrose inflammatoire modérée et protrusion herniaire à large base L5-S1. Il était précisé qu'une nouvelle IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire effectuée en septembre 2019 avait montré une régression de la hernie découverte en mars.
- La lettre du 9 décembre 2019 par laquelle le Dr X.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Prof. Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dans laquelle il faisait part de ses observations et émettait l'appréciation suivante :

« Appréciation du cas : Cet homme de 49 ans, présente multiples facteurs de stress : garde de 4 enfants en bas-âges, décès récent de sa femme, barrière socio-linguistique à franchir, douleur épaule droite récurrente et anémie en cours de traitement.

Monsieur W.\_\_\_\_\_ sent des douleurs persistantes au niveau cervical, scapulo-brachial, dorsal, lombaire ainsi que coxo-fémoral. Il a bénéficié de plus de 18 séances de physiothérapie, un séjour hospitalier récent au Service de [...] du [...] et un suivi psychiatrique sans évolution favorable. Je vous l'adresse pour avis neurochirurgical

sur sciatalgie non-déficitaire. Un bilan effectué le 07.03.2019 est en annexe. »

- Un rapport du 31 décembre 2019 du Prof. Z.\_\_\_\_\_, exposant que les douleurs dont souffrait l'assuré pouvaient faire penser à une symptomatologie radiculaire d'origine lombaire, mais que le trajet n'était « pas totalement typique », puisque les douleurs restaient toujours latérales et ne suivaient pas un trajet L5 complet en périphérie. L'IRM lombaire ne montrant pas de compression radiculaire, il s'agissait d'une pseudo-sciatique dont l'origine pouvait être multiple. Aucune intervention chirurgicale n'était préconisée.
- Un rapport établi le 9 janvier 2020 par le Prof. M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, constatant que le patient présentait des lombosciatalgies gauches avec possible conflit de S1 gauche sur discopathie L5-S1.
- Un rapport du 28 mai 2020 des Drs R.\_\_\_\_\_ et ???\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, indiquant que la symptomatologie présentée par l'assuré semblait correspondre à la hernie discale décrite lors des deux examens par résonance magnétique effectués, de sorte qu'ils proposaient de procéder à une infiltration péridurale et transforaminale.

Interrogé par l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué le 15 juillet 2020 qu'il n'avait vu l'assuré qu'une seule fois et qu'il n'y avait chez lui aucun potentiel de réadaptation. Il a joint en particulier le rapport d'IRM lombosacrée du 13 mars 2019, concluant à une protrusion discale L5-S1 médiane descendante de 10 mm, susceptible d'affecter la racine S1 droite, ainsi qu'un rapport du 21 juin 2019 de la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, relatant le parcours de vie de l'assuré.

Dans un questionnaire de l'OAI complété le 13 août 2020, le Prof. M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatique gauche sur hernie discale depuis mars 2019. Le pronostic était défavorable en raison

de l'effet insuffisant des traitements essayés jusque-là. Les limitations fonctionnelles étaient la marche, le port de charge, les mouvements de flexion et de torsion du tronc, ainsi que la station debout pénible. Un nouvel avis chirurgical était nécessaire. Il a joint notamment le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 23 septembre 2019.

Consulté pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté le 10 décembre 2020 que l'incapacité de l'assuré semblait reposer essentiellement sur la situation psycho-sociale avec un déconditionnement qui n'avait cependant pas nécessité de rapport médical psychiatrique depuis juin 2019. Une capacité de travail médico-théorique significative paraissait présente, au moins dans une activité adaptée. Le SMR préconisait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique.

Les mandats d'expertise ont été confiés aux Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du centre d'expertise C.\_\_\_\_\_. Ceux-ci ont déposé leur rapport le 28 septembre 2021, après avoir examiné l'assuré et sollicité des examens complémentaires, notamment une IRM du rachis lombaire auprès du Service de radiologie [...]. Le rapport comprend notamment une synthèse du dossier (ch. 2), une évaluation consensuelle (ch. 3), une expertise rhumatologique (ch. 5) et une expertise psychiatrique (ch. 7). Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de lombo-fessalgies gauche sur discopathie L4-L5, L5-S1, sans hernie discale. L'expertisé ne présentait aucune atteinte, incapacitante ou non, sur le plan psychique. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier (bâtiment ou agriculture) était nulle depuis 2019 en raison de l'atteinte somatique, mais complète depuis 2019 dans une activité respectant le profil d'effort. Les limitations fonctionnelles déterminées dans l'expertise rhumatologique étaient le port de charges de plus de 10 kg, surcharger le rachis dans sa totalité, monter et descendre les échafaudages.

Le SMR a pris connaissance de ce rapport et conclu comme suit le 8 octobre 2021 :

« Au vu de l'atteinte rhumatologique, une activité de force n'est plus exigible, depuis mars 2019, date de sa mise en évidence par IRM. Les conclusions de l'expertise reposent sur des examens par des experts spécialistes et une appréciation consensuelle. Nous n'avons pas d'élément pour nous en écarter. »

L'OAI a établi un calcul du salaire exigible le 30 novembre 2021, avec pour bases de calcul le même salaire statistique pour les revenus avec et sans invalidité, sans réduction supplémentaire pour le revenu avec invalidité, en relevant que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour engendrer un désavantage salarial, tandis que le permis de séjour était un élément influant aussi bien le revenu avec que sans invalidité. En conséquence, le degré d'invalidité était nul, faute de préjudice économique. La capacité de travail résiduelle pouvait être mise en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger ou comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

Par décision du 26 janvier 2022, confirmant son projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité était nul à l'issue du délai d'attente d'une année, en mars 2020, en raison d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

**B.** W.\_\_\_\_\_ a recouru le 24 février 2022 contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et demandant l'assistance judiciaire. Rappelant qu'il était veuf avec la charge de cinq enfants, il a fait valoir pour l'essentiel que ses douleurs dorsales empêchaient toute activité et n'avaient pas été améliorées par les traitements suivis. A l'appui de son recours, il a joint les pièces médicales suivantes :

- Une attestation établie le 18 février 2022 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, exposant suivre l'assuré depuis début 2020 pour des douleurs chroniques invalidantes et un état dépressif sévère en lien avec des éléments traumatiques ayant nécessité auparavant un suivi conduit par la Dre B.\_\_\_\_\_, et un psychologue.
  
- Un rapport du 21 février 2022 des Drs R.\_\_\_\_\_, et V.\_\_\_\_\_, également spécialiste en anesthésiologie, exposant que le recourant avait bénéficié d'infiltrations au niveau péri-dural et transforaminal mais que l'intéressé avait consulté à nouveau le 21 septembre 2021 en raison d'une récurrence des douleurs avec acutisation de celles-ci, entraînant une limitation du périmètre de marche à 300 m ainsi que des réveils nocturnes. De nouvelles infiltrations avaient apporté une certaine amélioration, avec la persistance de douleurs de type neuropathique au niveau du pied gauche pour lesquelles la médication avait été augmentée.

Par décision du 16 mai 2022, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant, par l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 13 juin 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours en se référant à un nouvel avis du SMR, en relevant que les difficultés liées au contexte familial ne pouvaient être prises en compte par l'assurance-invalidité. Il a joint l'avis médical établi le 1<sup>er</sup> juin 2022 par le SMR, exposant que les rapports médicaux des 18 et 21 février 2022 ne mettaient pas en évidence une modification significative de la situation de l'assuré, de sorte que les précédentes conclusions restaient valables.

### **E n d r o i t :**

**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. a)** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**b) aa)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**bb)** Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur un 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. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**cc)** En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté au mois de mars 2019. Compte tenu par ailleurs de la date du dépôt de la demande

de prestation, en février 2020, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pouvait prendre naissance au plus tôt au mois d'août 2020. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % 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)** 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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**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).

**5.** En l'espèce, la décision attaquée est fondée sur le rapport d'expertise de C.\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2021, dans lequel les experts ont retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée depuis 2019, tandis que l'état psychique n'avait jamais été incapacitant.

**a)** Sur le plan somatique, les constats de l'expert rhumatologue rejoignent ceux des différents médecins consultés par le recourant depuis 2019, puisqu'il a posé le diagnostic de douleurs au niveau lombaire et de la fesse gauche, en lien avec une discopathie L4-L5, L5-S1, sans hernie discale. En effet, dans son rapport du 30 septembre 2019, la Dre F.\_\_\_\_\_ a qualifié la problématique de lombosciatalgie gauche chronique non déficitaire, sur discarthrose inflammatoire et protrusion herniaire L5-S1 sans conflit radiculaire, tandis que le Prof. Z.\_\_\_\_\_ constatait l'absence de compression radiculaire sur l'IRM et parlait de pseudo-sciatique dans son rapport du 31 décembre 2019. Certes, le Prof. M.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'août 2020, ainsi que les anesthésiologues consultés par le recourant ont évoqué l'existence d'une hernie discale. Ces médecins se sont toutefois fondés sur les mêmes imageries que le Prof. Z.\_\_\_\_\_ et la Dre F.\_\_\_\_\_, en particulier l'IRM de la colonne lombaire du 23 septembre 2019, dont le rapport mentionne une protrusion herniaire à large base en L5-S1, régressive par rapport à l'examen antérieur (cf. rapport d'IRM lombaire du 23 septembre 2019). Or, l'expert a non seulement eu connaissance des IRM lombaires de mars et septembre 2019, mais a obtenu une IRM lombo-sacrée en cours d'expertise, laquelle a également montré une protrusion discale, non une hernie (cf. rapport d'IRM du rachis lombaire du 5 août 2021, annexé au rapport d'expertise). Il faut ainsi constater, en dépit de dénominations légèrement différentes, un consensus médical sur le diagnostic rhumatologique.

Cela étant, il faut constater que les rapports des différents spécialistes consultés par le recourant sont peu informatifs quant aux répercussions de l'atteinte lombaire sur sa capacité de travail. Cette question n'a pas été étudiée par la Dre F.\_\_\_\_\_, qui a par ailleurs signalé dans son rapport du 30 septembre 2019 que le changement de tableau clinique annoncé par le patient, sans corrélation à l'IRM, pouvait être influencé par l'état anxio-dépressif et le contexte social difficile de l'intéressé (cf. rapport du 30 septembre 2019). Dans son rapport du 21 mai 2020, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a déterminé aucune limitation fonctionnelle. Mentionnant seulement une compréhension « très minimale » de la langue française, le médecin généraliste a suggéré d'établir la capacité de travail par une expertise. Le Prof. Z.\_\_\_\_\_, qui n'a pas évoqué cette question dans son rapport de décembre 2019, a rempli le questionnaire de l'OAI du 15 juillet 2020 sur la base de la seule consultation de décembre 2019 et a indiqué qu'il n'existait pas de potentiel de réadaptation sans donner d'autre détail. Le rapport des anesthésiologues du 28 mai 2020 n'évoque pas non plus la question. En définitive, seul le Prof. M.\_\_\_\_\_ a déterminé, dans son rapport du 13 août 2020, des limitations fonctionnelles similaires à celles listées par l'expert, mais n'a pas développé les motifs pour lesquels il ne retenait aucune capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, hormis la méconnaissance du français. Quant au rapport des anesthésiologues produit avec le recours, il ne remet aucunement en question les conclusions de l'expertise, puisqu'il est relaté qu'une réactivation des douleurs a pu être amendée avec une nouvelle infiltration et que la complexité de la prise en charge du recourant est surtout mise en relation avec sa situation familiale et psychique. Il n'existe ainsi aucun élément d'ordre médical permettant de s'écarter des conclusions claires et dûment motivées de l'expert rhumatologue, lesquelles s'appuient sur un dossier complet et tiennent compte des plaintes de l'assuré.

**b)** S'agissant de la situation psychique, bien qu'invité par l'intimé à donner les noms des spécialistes consultés par son patient, le médecin généraliste du recourant n'a pas mentionné de suivi psychiatrique en cours dans son rapport complémentaire de juillet 2020.

La psychiatre consultée en 2019 par le recourant, dont le rapport du 21 juin 2019 a finalement été versé au dossier de l'intimé par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en juillet 2020, n'a posé aucun diagnostic précis. Pour sa part, l'experte a procédé à une analyse répondant aux exigences de la jurisprudence en la matière. En effet, après un examen structuré de l'état psychique du recourant, incluant les critères de la CIM-10 pour l'anxiété et la dépression ainsi que l'outil d'évaluation de l'impact des maladies psychiques « Mini-CIF », elle a exposé les raisons pour lesquelles elle ne retenait ni diagnostic, ni limitations fonctionnelles. Elle a également confronté ses constatations avec les différentes remarques des médecins traitants du recourant sur son état psychique. Les conclusions de l'experte ne sont pas sérieusement remises en doute par le Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel mentionne des douleurs chroniques invalidantes et un état dépressif sévère sans toutefois préciser le status ni déterminer de limitations fonctionnelles.

**c)** Ainsi, il faut admettre avec le SMR qu'aucun élément d'ordre médical ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 27 avril 2021 et que les nouveaux rapports déposés au niveau du recours ne laissent pas apparaître de modification significative de l'état de santé du recourant postérieurement à cette expertise. S'il faut admettre, à l'instar de l'intimé, que la situation familiale du recourant est difficile et peu propice à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle, elle ne peut justifier en soi l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. En conséquence, l'intimé était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liée à l'atteinte lombaire.

Pour le surplus, le recourant ne formule aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Vérifié d'office, le calcul peut être confirmé. Ainsi, compte tenu d'un degré d'invalidité nul, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel.

**7. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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. 1bis 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 26 janvier 2022 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 provisoirement laissés à la charge de 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- W. \_\_\_\_\_,
- 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 :