

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
 M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé transitaire et au bénéfice d'une formation de compositeur de musique à l'image, a œuvré dans différents domaines, dont plusieurs années en tant qu'indépendant dans le secteur audiovisuel, avant de travailler en dernier lieu en tant que « *community manager – producteur audiovisuel* » à 80 % pour l'association « BC._____ », à S***, du 11 octobre 2021 au 31 août 2022.

Le 11 octobre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif d'une double hernie discale S4-S5 [sic] ayant engendré des incapacités de travail à des taux variables depuis le 25 avril 2022.

Le 18 octobre 2022, l'OAI s'est vu transmettre le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie [...] SA (ci-après : la C._____). De ce dossier, il est notamment ressorti que l'assuré avait consulté le Service des urgences de V*** le 25 avril 2022 pour des lombalgies droites. Par la suite, un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 9 mai 2022 du Dr H._____, radiologue, avait mis en évidence une hernie discale L4-L5 paramédiane droite, avec migration caudale du matériel discal, en conflit avec la racine L5 à droite. Une laminectomie L5-S1 droite avait conséquemment été pratiquée, le 17 août 2022, par le Dr D._____, spécialiste en X._____. Se prononçant sur ces éléments dans un avis du 3 octobre 2022, le Dr I._____, médecin-conseil de la C._____ et spécialiste en médecine interne, avait estimé que la capacité de travail était nulle dès le 25 avril 2022 et qu'elle atteindrait 50 % dès le 1^{er} janvier 2023 puis 100 % dès le 1^{er} mars 2023, dans une activité légère.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 14 novembre 2022, l'association « BC._____ » a indiqué, notamment, que l'assuré avait œuvré à son service dans la communication digitale et les

réseaux sociaux et qu'il avait été licencié pour le 31 août 2022, au motif que certaines prestations ne correspondaient pas aux attentes.

Dans un formulaire de détermination du statut rempli le 14 novembre 2022, l'assuré a indiqué que, bien portant, il aurait travaillé à 100 % depuis 1986 dans le milieu du cinéma, de la télévision, des images, de la musique et de la production de films, où il était actif depuis plus de trente-cinq ans.

Dans un rapport du 20 décembre 2022 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a attesté une incapacité totale de travail et a renvoyé, pour le surplus, à différents comptes-rendus en annexe. Il a joint, en particulier, le protocole opératoire de l'intervention du 17 août 2022, daté du 18 août 2022, ainsi que la lettre de sortie y relative, établie par le Service d'orthopédie-traumatologie du Centre hospitalier de W*** le 26 août 2022, date du retour du patient à domicile. Le Dr D._____ a également transmis les lettres de consultation qu'il avait adressées jusqu'alors au Dr F._____, médecin généraliste traitant, évoquant notamment une évolution post-opératoire marquée par la persistance de douleurs localisées au niveau de la région paravertébrale droite (lettre de consultation du 16 septembre 2022). Il a produit, en outre, un rapport d'IRM lombaire du 28 novembre 2022 de la Dre O._____, spécialiste en radiologie, concluant, en substance, à un status post-laminectomie L5-S1 droite et à une protrusion/herniation discale dans le foramen L4-L5 droit, avec congestion inflammatoire du massif articulaire postérieur droit L4-L5 et possible irritation radiculaire L4 droite dans le foramen.

Le 23 janvier 2023, le Dr D._____ a transmis à l'OAI une lettre de consultation adressée par ses soins au Dr F._____ le 6 janvier 2023, relevant une amélioration de la symptomatologie douloureuse et estimant qu'une reprise d'activité était envisageable dès le 1^{er} mars 2023.

Dans un rapport du 15 février 2023 à l'OAI, le Dr F._____ a posé le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de hernie discale lombaire depuis le 25 avril 2022. Il a indiqué que la position assise ne

pouvait être tenue en raison des douleurs, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et qu'il y avait lieu de se référer à l'appréciation du Dr D._____, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr F._____ a signalé, de surcroît, que l'assuré avait été adressé au Service de X._____ du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), pour un deuxième avis.

Le 4 mai 2023, la C._____ a adressé des pièces complémentaires à l'OAI. Parmi ces pièces, figurait un avis du 20 janvier 2023 du Dr I._____, faisant état d'une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au 1^{er} avril 2023, puis de 50 % au moins dans une activité légère et ergonomique.

Par envoi du 12 mai 2023, le Dr D._____ a transmis à l'OAI une lettre de consultation rédigée le 31 mars 2023 à l'attention du Dr F._____, signalant des lombalgies empêchant l'exercice d'une activité professionnelle, préconisant la mise en œuvre d'un processus de réhabilitation adéquat et prononçant, dans l'intervalle, une incapacité de travail de 80 %.

Le 14 juin 2023, la C._____ a transmis des pièces supplémentaires à l'OAI, en particulier :

- un rapport du 3 mars 2023 du Dr G._____, chef de clinique au Centre J._____ du CHUV, mentionnant des lombalgies post-opératoires chroniques et préconisant d'adresser le patient en chiropraxie et en médecine physique et réhabilitation en vue d'améliorer sa situation, une inscription dans un programme de réhabilitation du dos étant plus spécifiquement envisagée ;

- un rapport du Dr F._____ du 19 avril 2023 à l'attention du médecin-conseil du K._____, estimant que l'évolution était défavorable, marquée par d'importantes douleurs lombaires et une hyperalgésie au niveau du site opératoire, ainsi que par des paresthésies et des douleurs neuropathiques dans les deux membres inférieurs, apparaissant après

quinze à quarante-cinq minutes en position assise et trente à quarante-cinq minutes de marche, également déclenchées lors de secousses ou de changements d'orientation. Le Dr F._____ soulignait, de surcroît, que cette symptomatologie avait de fortes répercussions psychologiques pour le patient, lequel avait en outre débuté un traitement de chiropraxie et bénéficierait d'une prise en charge en médecine physique et réadaptation au CHUV dès le mois de juillet 2023 ;

- un rapport d'expertise non daté, établi sur mandat de la C._____ par la Dre AA._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du centre L._____ Sàrl, à la suite d'un examen clinique réalisé le 10 mai 2023. Sur le plan diagnostique, l'experte retenait un status post cure de hernie discale L5-S1 avec laminectomie, des lombalgies chroniques et un *failed back surgery* ou *post surgery spine syndrome*. Il était précisé que l'assuré se plaignait principalement de douleurs au niveau lombaire bas (exacerbées par les micromouvements, les terrains irréguliers et les secousses, par exemple dans le bus ou le tram), que son périmètre de marche allait de quarante minutes à une heure, qu'il signalait également des fourmillements au bout des doigts, irradiant vers le centre de la main et l'avant-bras, et qu'il allait être suivi en clinique de réadaptation afin d'améliorer sa situation. Pour l'experte AA._____, les plaintes étaient cohérentes et plausibles et les restrictions uniformes dans tous les domaines, à l'égard d'un assuré vivant seul mais parvenant à tout faire chez lui de façon lente et fragmentée. Les limitations fonctionnelles concernaient le maintien de la station assise plus de trente minutes et de la station debout plus de quinze minutes, ainsi que la nécessité de pouvoir alterner les positions et s'allonger au cours de la journée. S'agissant de la capacité de travail, elle était considérée comme nulle dans l'ancienne activité ; une amélioration de la capacité de travail dans l'activité d'indépendant dans l'audiovisuel pourrait cependant intervenir en fonction du résultat du traitement de réadaptation. Dans une activité adaptée et légère, la capacité de travail était estimée à 50 %. L'experte AA._____ estimait plus particulièrement que l'expertisé pourrait retrouver partiellement sa capacité de travail dans l'audiovisuel ou dans

une activité salariée permettant de changer de position ou de s'allonger, voire d'effectuer du télétravail.

Par avis du 13 juillet 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que de plus amples investigations étaient nécessaires, dès lors que la capacité de travail n'était pas vraiment définie dans l'activité habituelle et était sujette à évolution dans une activité adaptée.

Interpellé par l'OAI quant au point de savoir s'il bénéficiait d'un suivi en clinique de réadaptation, l'assuré a répondu, dans un courrier électronique du 17 juillet 2023, qu'il faisait de la physiothérapie en piscine et qu'il avait un premier rendez-vous le lendemain auprès du N._____. En annexe, il a produit un rapport du 9 juillet 2023 adressé par le Dr F._____ à la C._____. Ce médecin y exposait que son patient se plaignait d'une douleur lombo-sacrée constante, assortie de paresthésies dans les membres inférieurs et les mains, qu'il présentait de surcroît des troubles de la défécation et que cette symptomatologie avait de fortes répercussions psychologiques. Compte tenu de l'absence d'amélioration à l'issue des traitements entrepris, il avait été conseillé à l'assuré de solliciter un troisième avis auprès du Dr P._____, neurochirurgien, et de s'adresser au N._____. Pour le Dr F._____, une capacité de travail de 10 % au maximum dans le domaine d'activité de l'intéressé (réalisation de films et composition de musique) était envisageable à compter du 1^{er} août 2023, à raison de deux heures de travail par jour, réparties en quatre tranches de trente minutes, avec alternance des positions ; il était toutefois difficile d'imaginer quelles activités professionnelles pourraient être compatibles avec de telles contraintes.

Par envoi électronique du 2 août 2023, l'assuré a notamment produit un rapport du 21 avril 2023 de l'Unité M._____ du CHUV, exposant qu'une consultation avait eu lieu le 22 mars 2023 et qu'il était prévu que la prise en charge se poursuive auprès du chiropraticien BB._____, à R***.

Aux termes d'un rapport d'examen du 17 août 2023, le SMR, se fondant sur les conclusions de l'experte AA._____, a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 25 avril 2022, en lien avec des lombalgies chroniques dans un contexte de *failed back surgery* après cure de hernie discale L5-S1 avec laminectomie le 17 août 2022, et qu'il disposait, depuis le mois de mai 2023, d'une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *activité permettant de varier les positions assis/debout, pas activité debout >30min, pas d'activité assis >15min, possibilité de s'allonger, pas de port de charges, pas de position en porte-à-faux ou rotation du tronc* »). Le SMR a plus particulièrement relevé ce qui suit :

"L'évolution est favorable au niveau des sciatalgies toutefois il persiste des lombalgies qui empêchent le maintien d'une position plus de 15-30 minutes et ne permettent [pas] une reprise professionnelle selon le médecin traitant et le neurochirurgien. Toutefois nous constatons que lors de l'expertise, le status clinique est plutôt rassurant [...] bien que douloureux, que l'IRM de contrôle ne retrouve pas d'étiologie aux douleurs et que l'assuré demeure autonome à domicile, gère les tâches domestiques. Nous estimons que l'assuré conserve une CT partielle dans une activité respectueuse des LF et rejoignons donc les conclusions de l'expertise APG qui est cohérente et convaincante. Il semble qu'un taux de 50% permette également à l'assuré de faire des pauses pour s'allonger, seule position qui semble être tolérée au-delà de 30min. Bien qu'un 3^{ème} avis neurochirurgical soit demandé, il est peu probable que les LF en soient modifiées [...]."

Dans un rapport final du 1^{er} septembre 2023, un spécialiste en réinsertion de l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de reconnaître à l'assuré - réputé actif à 80 % et disposant d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité - un taux d'invalidité de 50 %, sur la base d'une comparaison en pour-cent.

Par projet de décision du 2 octobre 2023, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril au 31 août 2023, puis une rente d'invalidité de 50 % à compter du 1^{er} septembre 2023. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 25 avril 2022, date marquant ainsi le début du délai d'attente d'un an. A l'échéance de ce délai, l'incapacité de travail et de gain était estimée

à 100 % dans toute activité, ouvrant ainsi le droit à une rente entière d'invalidité. Dès le 10 mai 2023, la capacité de travail était évaluée à 50 % dans l'activité habituelle de *community manager* ou dans toute autre activité adaptée, donnant lieu à l'allocation d'une rente d'invalidité de 50 % trois mois plus tard.

Par courrier du 25 octobre 2023, l'assuré a communiqué ses objections à l'encontre du projet précité. En résumé, il a contesté disposer d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, souligné les différentes contraintes de son activité habituelle dans la création de contenu et relevé, par ailleurs, que son état de santé physique se répercutait sur sa psyché et sa qualité de vie. Pour sa part, il a estimé que seule une capacité de travail de 20 à 25 % pouvait lui être reconnue.

Par avis du 8 janvier 2024, le SMR a maintenu sa position, considérant que l'assuré n'apportait aucun élément médical objectif nouveau.

Par courrier du 24 janvier 2024 faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a réfuté les objections de l'assuré, renvoyant pour l'essentiel à l'avis SMR du 8 janvier 2024.

Par deux décisions rendues le 7 mars 2024, l'OAI a, d'une part, fixé le montant de la rente d'invalidité entière due à l'assuré pour la période du 1^{er} avril au 31 août 2023 et, d'autre part, arrêté le montant de la rente d'invalidité de 50 % due à l'intéressé à compter du 1^{er} septembre 2023.

B. Par acte daté du 31 mars 2024 et envoyé sous pli recommandé le 4 avril suivant, B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 mars 2024 lui octroyant une rente d'invalidité de 50 % à compter du 1^{er} septembre 2023, concluant implicitement à son annulation. En substance, il s'est prévalu d'une incapacité de travail de 80 % et a sollicité la mise en œuvre d'un examen médical par les services de l'assurance-invalidité. Il a, par ailleurs, demandé à ce que les frais de procédure soient fixés à la lumière de sa

situation financière. En annexe, le recourant a produit un onglet de pièces comportant, en particulier, un rapport établi par le Dr F. _____ le 15 février 2024 à l'attention du SMR, faisant état d'une capacité de travail s'élevant au maximum à 20 % en lien avec la symptomatologie somatique et un épisode dépressif probablement sévère, consécutif aux douleurs chroniques. L'intéressé a également versé en cause un rapport du 25 septembre 2023 du chiropraticien BB. _____, précisant que le traitement chiropratique par manipulation ne semblait pas indiqué, l'obtention d'un avis chirurgical auprès du Dr P. _____ étant conseillée.

Par décision du 27 mai 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 4 avril 2024 et a obtenu, à ce titre, l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Rachid Hussein, tout en étant astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} juillet 2024.

Dans sa réponse du 24 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI a en particulier renvoyé à un avis SMR du 21 juin 2024, aux termes duquel ce service relevait, notamment, que si des répercussions sur l'humeur étaient possibles dans le contexte de douleurs chroniques, elles semblaient toutefois être postérieures à la notification de la décision entreprise. L'office s'est également référé à une communication de son service de réadaptation du 25 juin 2024, considérant que la dernière activité du recourant était adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 8 octobre 2024, Me Hussein a, à sa demande, été relevé de son mandat d'office, au profit de Me Jean-Michel Duc. Toujours le 8 octobre 2024, l'indemnité d'office de Me Hussein a été fixée à 817 fr. 25, pour la période du 4 avril au 4 octobre 2024.

Par réplique du 9 décembre 2024, le recourant a complété ses conclusions, celles-ci tendant désormais, principalement, à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2023, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de

la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sur le plan de l'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ainsi que la tenue d'une audience de débats publics. Sur le fond, l'intéressé a contesté l'expertise de la Dre AA._____, faisant valoir qu'elle se basait sur un examen clinique d'une heure et ne contenait qu'un volet orthopédique, alors même qu'il présentait aussi des troubles neurologiques et psychiatriques. Il a ajouté que les avis du SMR ne permettaient pas de pallier les lacunes de l'expertise, dès lors qu'ils émanaient d'un médecin non répertorié dans les registres officiels et qu'ils contenaient des inexactitudes, notamment quant à l'apparition de la problématique psychiatrique, qui avait été signalée par le Dr F._____ avant la notification de la décision attaquée. Il s'est, de surcroît, prévalu d'une détérioration de son état de santé postérieure à l'expertise de la Dre AA._____. Sous un autre angle, le recourant a invoqué l'absence d'activité exigible sur le marché du travail et a reproché à l'OAI de lui avoir reconnu un statut d'actif à 80 %, alors même qu'il avait déclaré le 14 novembre 2022 qu'il aurait travaillé à plein temps en bonne santé. Pour étayer ses dires, l'intéressé a notamment produit deux rapports établis par le Dr F._____. Dans le premier, daté du 5 novembre 2024, ledit médecin évoquait une capacité de travail de 20 % au maximum dans toute activité, compte tenu de lombosciatalgies chroniques et douleurs neuropathiques aux membres inférieurs post hernie discale (avec status post laminectomie L4-S1 droite le 17 août 2022 et *failed back surgery syndrome*) et d'un épisode dépressif réactionnel, actuellement modéré à sévère, dont les symptômes avaient initialement été signalés aux alentours du mois de décembre 2023. Aux termes du second rapport, établi le 3 décembre 2024, le Dr F._____ concluait à une capacité de travail de 20 %, considérant que la capacité de travail de 50 % retenue par l'experte AA._____ reflétait la réalité de la situation du patient sur le plan orthopédique mais qu'il convenait d'y associer de surcroît la problématique psychiatrique.

Dupliquant le 29 janvier 2025, l'intimé a maintenu sa position. A cet égard, il s'est référé à un avis émis le 24 janvier 2025 par le SMR, aux termes duquel ledit service confirmait son évaluation.

Prenant position le 12 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit les documents suivants :

- un rapport du 16 décembre 2024 du Prof. U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de status post cure de hernie discale L5-S1 avec laminectomie, lombalgies chroniques et *failed back surgery syndrome*, concluant à l'absence d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles et signalant, à cet égard, que des pistes thérapeutiques restaient à investiguer avant de pouvoir se prononcer sur le taux de reprise du travail ;

- un rapport du 18 décembre 2024 des Drs BF._____, BG._____ et BJ._____, respectivement médecin chef de service, médecin chef d'unité et médecin assistant au Centre de psychiatrie et psychothérapie BD._____, diagnostiquant un épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique (F32.11), précisant que les symptômes étaient présents depuis plusieurs mois et relevant qu'un traitement approprié pourrait potentiellement atténuer les limitations fonctionnelles (à savoir : difficultés à retrouver du plaisir dans les anciennes activités, diminution de l'envie de prendre soin de soi et appréhension concernant les déplacements et les tâches ménagères).

Se déterminant le 19 mars 2025, l'intimé a confirmé son appréciation. L'OAI a plus particulièrement renvoyé à un avis SMR du 4 mars 2025, considérant que le rapport du Prof. U._____ n'apportait rien de nouveau et que, même à admettre un épisode dépressif présent depuis décembre 2023, rien au dossier ne permettait de reconnaître à cet égard une atteinte incapacitante.

Par écriture du 7 avril 2025, le recourant a contesté l'avis du SMR. Il a également produit un rapport du 20 mars 2025 du Prof. BP._____, spécialiste en X._____, mentionnant que des IRM avaient été réalisées les 7 juin 2024 et 11 mars 2025, exposant que la pathologie de base était un rétrécissement canalaire modéré, causé par une

spondylarthrose importante, très prononcée aux niveaux L4-L5 et L5-S1, et estimant que l'incapacité de travail était totale « *dans l'état actuel* ».

Prenant position le 8 mai 2025, l'OAI s'est référé à un avis SMR du 1^{er} mai 2025, exposant que la situation décrite par le Prof. BP._____ était superposable à celle précédemment prise en compte par ledit service.

Dans une écriture du 20 mai 2025, le recourant a maintenu ses griefs. En annexe, il a produit un rapport du 1^{er} mai 2025 du Prof. BP._____ – dont il a demandé que les frais d'établissement, par 500 fr., soient mis à la charge de l'intimé – confirmant l'incapacité de travail totale retenue par le Prof. U._____. L'intéressé a également versé au dossier un rapport du 19 mai 2025 du Dr BM._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un épisode dépressif majeur (F32.2), un état de stress post-traumatique (F43.1) et une modification durable de la personnalité (F62.9), et considérant que l'état actuel du patient était, sur le plan psychiatrique, incompatible avec une activité professionnelle, un taux d'occupation de 20 % relevant d'une estimation optimiste de sa capacité de travail.

Aux termes d'une nouvelle écriture du 27 mai 2025, le recourant s'est prévalu d'un arrêt rendu le 15 mai 2025 par la juridiction cantonale (CASSO AI 119/24 – 149/2025) dans lequel une expertise psychiatrique de l'assurance perte de gain avait été écartée.

Par déterminations du 10 juin 2025, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé à un avis SMR du 3 juin 2025, dont il ressortait que les éléments apportés par le recourant ne modifiaient pas les conclusions précédemment retenues, mais évoquaient tout au plus une aggravation sur le plan psychique postérieurement à la décision attaquée.

A teneur d'un courrier du 12 mai 2026, le recourant s'est prévalu du lien entre les douleurs chroniques et la dépression, invoquant à cet égard un article médical et les lignes directrices pour l'expertise rhumatologique.

Dans une écriture du 2 juin 2026, le recourant a déclaré renoncer à la tenue d'une audience de débats publics. En annexe, il a notamment produit un rapport du 19 septembre 2025 des Drs BG. _____ et BJ. _____ adressé à l'OAI, décrivant une stagnation de l'état psychique et mentionnant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2022. Il a également transmis un rapport du 14 octobre 2025 du Dr F. _____ à l'OAI, décrivant une globale stabilité de l'état de santé et signalant une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 1^{er} février 2025 en lien avec les troubles orthopédiques et psychiatriques.

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, déposés 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) En procédure juridictionnelle administrative ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est déjà prononcée d'une façon qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. L'objet du litige dans la procédure de recours est le

rapport juridique qui, dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision, constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 152 I 84 consid. 5.1 et les références citées).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression (cf. consid. 3c *infra*). Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) En l'espèce, par deux décisions distinctes rendues le 7 mars 2024, l'intimé a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril au 31 août 2023, puis une rente d'invalidité de 50 % à compter du 1^{er} septembre 2023. Conformément à la jurisprudence précitée (consid. 2b *supra*), l'ensemble de ce rapport juridique complexe se trouve soumis à l'appréciation de la Cour de céans, quand bien même les griefs du recourant visent exclusivement la diminution de la quotité de la rente à compter du 1^{er} septembre 2023.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

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 (art. 29 al. 1 *in principio* LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

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.

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 4.3 et les références citées).

c) Les rapports internes du SMR, au sens de l'art. 49 al. 1 RAI (en corrélation avec l'art. 54a LAI), n'ont pas la même fonction que les expertises médicales (art. 44 LPGa) ou que les examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI ; voir également ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4). Au travers de tels avis, les médecins du SMR évaluent les éléments résultant du dossier, sans procéder eux-mêmes à des examens médicaux. Pour apprécier la valeur probante de ces avis, il y a lieu de se référer aux exigences générales applicables aux rapports médicaux. Les médecins du SMR doivent, de surcroît, disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises dans le cas particulier (TF 8C_608/2025 du 24 mars 2026 consid. 2.3 et les références citées ; TF 8C_342/2023 du 7 décembre 2023 consid. 5.7.2). Des qualifications spécifiques ne sont cependant pas nécessaires lorsque les médecins du SMR se contentent d'évaluer les éléments médicaux au dossier, sans émettre d'appréciation médicale autonome (TF 8C_688/2025 du 16 avril 2026 consid. 4.3.3 ; TF 8C_592/2025 du 10 décembre 2025 consid. 4.2 ; TF 8C_342/2023 précité consid. 5.7.3 ; TF 9C_446/2022 du 12 septembre 2023 consid. 4.2.2 ; TF 9C_582/2020 du 8 septembre 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_550/2020 du 30 novembre 2020 consid. 5.3). Si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR, une expertise devra être ordonnée (ATF 142 V 58

consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5. 1 et les références citées).

d) 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 assécurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Une expertise réalisée sur mandat d'un assureur perte de gain en cas de maladie, sans égard à la procédure instaurée par l'art. 44 LPGa, a la même valeur qu'un avis médical interne à l'assurance (TF 8C_398/2024 du 26 mars 2025 consid. 4 et les références citées). Partant, s'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la cohérence d'une telle expertise, il convient de l'écarter et de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGa (TF 8C_247/2024 du 12 décembre 2024 consid. 2.3 et les références citées).

5. Aux termes de la décision attaquée, l'intimé a considéré que le recourant, en incapacité de travail durable depuis le 25 avril 2022, disposait d'une capacité de travail nulle dans toute activité à l'issue du délai de carence, à savoir au mois d'avril 2023, puis d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée – telle que l'activité habituelle de *community manager* – depuis le 10 mai 2023. Sur cette base, il lui a alloué une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2023, puis une rente d'invalidité de 50 % à compter du 1^{er} septembre 2023.

a) A titre liminaire, il convient de relever que la légalité des décisions attaquées devant la Cour de céans doit être appréciée 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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en compte dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

Il en découle que les pièces médicales produites au stade de la présente procédure judiciaire doivent être prises en considération, dans la mesure où elles ont trait à la situation médicale du recourant au moment où l'intimé a statué.

b) Il n'est pas disputé que le recourant a présenté, dès le mois d'avril 2022, des troubles lombaires ayant initialement fait obstacle à l'exercice d'une quelconque activité lucrative. Dans ce contexte, des reprises d'activité à différents taux ont certes été pronostiquées par le neurochirurgien D._____ (cf. lettre de consultation du 6 janvier 2023) et le médecin-conseil de la C._____ (cf. avis du Dr I._____ des 3 octobre 2022 et 20 janvier 2023). Il n'en demeure pas moins qu'en définitive, ces pronostics ne se sont pas concrétisés et qu'une incapacité de travail totale dans toute activité s'est justifiée à tout le moins jusqu'au 1^{er} avril 2023 (cf. rapport du Dr D._____ du 20 décembre 2022 ; cf. avis du Dr I._____ du 20 janvier 2023 ; cf. rapport du Dr F._____ du 15 février 2023). A l'approche de cette échéance, le Dr D._____ a confirmé que l'exercice d'une activité professionnelle demeurerait impossible du fait des lombalgies, évoquant paradoxalement une incapacité de travail de 80 % - sans aucune explication - dans l'attente d'un processus de réadaptation (cf. lettre de consultation du Dr D._____ du 31 mars 2023). Il convient de relever, par ailleurs, que dans le cadre de l'expertise orthopédique réalisée le 10 mai 2023 pour le compte de la C._____, l'experte AA._____ n'a pas procédé à une évaluation rétroactive de la capacité de travail, pour la période antérieure à son examen. Sur la base de ces éléments, il apparaît admissible

de se rallier à l'appréciation de l'OAI, reconnaissant à l'assuré une incapacité de travail totale dans toute activité à l'issue du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI), en avril 2023, et lui allouant, corrélativement, le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2023 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'intéressé, du reste, n'émet aucun grief sous cet angle.

c) Les parties s'opposent, en revanche, quant au point de savoir si le recourant a récupéré, depuis le 10 mai 2023, une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité adaptée à 50 %, ayant pour conséquence la diminution de sa rente entière d'invalidité à une rente d'invalidité de 50 % dès le 1^{er} septembre 2023 (art. 88a al. 1 RAI).

aa) A cet égard, l'appréciation de l'intimé repose essentiellement sur l'expertise orthopédique réalisée le 10 mai 2023 par la Dre AA._____ sur mandat de la C._____, assureur perte de gain en cas de maladie du recourant, et sur les avis subséquents du SMR.

aaa) Préalablement, en tant que le recourant relève n'avoir été examiné que durant une heure par l'experte AA._____ (cf. réplique du 9 décembre 2024 p. 12), il y a lieu de souligner que la durée de l'examen ne permet de tirer aucune conclusion sur la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de la personne assurée dans un délai relativement bref (TF 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.2.2 et les références citées).

Dans le cadre de son évaluation, l'experte AA._____ a retenu les diagnostics de status post cure de hernie discale L5-S1 avec laminectomie, de lombalgies chroniques et de *failed back surgery* ou *post surgery spine syndrome* (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2023 pp. 15 et 18). Ces atteintes se recoupent, en substance, avec les éléments diagnostiques mis en évidence sur le plan orthopédique par les médecins de l'assuré – en particulier le Dr F._____ (cf. rapports des 15 février 2023, 19 avril 2023, 15 février 2024, 5 novembre 2024 et 14 octobre 2025), le Prof. U._____ (cf. rapport du 16 décembre 2024) et le Prof. BP._____ (cf.

rapports des 20 mars et 1^{er} mai 2025). Sur ce plan, l'appréciation de l'experte AA._____ ne prête donc pas le flanc à la critique.

L'experte susnommée a, par ailleurs, identifié des limitations fonctionnelles au niveau du maintien de la position assise au-delà de trente minutes, respectivement du maintien de la position debout au-delà de quinze minutes, de l'alternance des positions et de la possibilité de s'allonger en cours de journée (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2023 p. 18). C'est toutefois le lieu de relever que l'experte AA._____ a, par ailleurs, fait mention d'un périmètre de marche limité entre quarante minutes et une heure, ainsi que d'une exacerbation des douleurs déclenchée par les micromouvements, les terrains accidentés et les secousses notamment dans le bus ou le tram, selon les indications du patient (cf. *ibid.* pp. 10 et 17), dont les symptômes et pertes de fonctionnalités étaient jugés cohérents et plausibles (cf. *ibid.* p. 15). Dans ces conditions, on peine à comprendre que l'experte n'ait mentionné aucun de ces éléments – évocateurs de limitations fonctionnelles au niveau des déplacements et de l'environnement de travail – dans le cadre des restrictions physiques retenues. Sous cet angle déjà, son appréciation apparaît donc sujette à caution.

Concernant la capacité de travail, l'analyse de l'experte AA._____ ne peut davantage être tenue pour satisfaisante. On rappellera, à cet égard, que l'experte a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle relevant du domaine audiovisuel (cf. *ibid.* p. 18), tout en réservant une potentielle évolution en fonction de la réadaptation (« *voir selon le résultat du traitement de réadaptation* », cf. *ibid.* p. 18). Elle a mentionné, en outre, que la capacité de travail était de 50 % dans une activité légère et adaptée, respectivement qu'une capacité de travail pourrait être partiellement retrouvée dans le domaine audiovisuel ou dans une activité adaptée, permettant de changer de position ou de s'allonger, voire d'effectuer du télétravail (cf. *ibid.* pp. 16 et 18). Une telle évaluation ne permet manifestement pas de se positionner clairement sur la capacité de travail du recourant. D'une part, la capacité de travail dans l'activité habituelle, dans le domaine audiovisuel, est décrite comme nulle mais

susceptible d'évoluer en fonction de l'issue d'un futur processus de réadaptation, voire d'être partiellement récupérée – sans aucune indication complémentaire quant à la vraisemblance de cette évolution supposée, singulièrement son étendue et sa chronologie. Sous l'angle de l'exigibilité d'une activité adaptée, l'experte a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité légère tout en notant, de manière équivoque, que l'assuré « *pourrait retrouver partiellement* » une capacité de travail dans un poste adapté (cf. *ibid.* p. 18) – propos laissant entendre que tel n'était alors pas encore le cas, sans que la lecture du rapport d'expertise n'explique précisément par quel biais, dans quel délai et dans quelle mesure une telle amélioration était escomptée ; tout au plus peut-on supposer, à cet égard, que l'experte entendait se référer aux potentiels bénéfiques du traitement de réadaptation auquel il était prévu que l'expertisé se soumette pour « *améliorer la situation* » (cf. *ibid.* p. 16). Sur ce plan, les conclusions de l'expertise orthopédique du 10 mai 2023 s'avèrent donc imprécises et ambiguës.

C'est dire, en d'autres termes, que l'expertise réalisée par la Dre AA._____, sur mandat d'un assureur perte de gain en cas de maladie, ne pouvait, en tant que telle, servir de fondement à la détermination de l'incapacité de travail et de gain du recourant (cf. consid. 4e *supra*).

bbb) Du reste, les conclusions de l'experte AA._____ n'ont, dans un premier temps, pas été reprises par le SMR. Ce service a en effet estimé, le 27 juin 2023, que des investigations supplémentaires étaient nécessaires pour connaître la capacité de travail dans l'activité habituelle et déterminer l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Or l'instruction subséquentement diligentée par l'OAI n'a toutefois permis d'éclaircir aucune de ces zones d'ombres. Tout au plus est-il apparu que l'intéressé faisait de la physiothérapie en piscine (cf. courrier électronique de l'assuré du 17 juillet 2023), qu'il allait être vu auprès du N._____ (cf. courrier électronique de l'assuré du 17 juillet 2023 ; cf. rapport du Dr F._____ du 9 juillet 2023), qu'un troisième avis neurochirurgical auprès du Dr P._____ était préconisé (cf. rapport du Dr F._____ du 9 juillet 2023) et qu'un traitement chiropratique avait débuté (cf. rapport du l'Unité

M._____ du CHUV du 21 avril 2023) – soit des éléments n’apportant pas d’indication concrète du point de vue de l’évaluation de la capacité de travail. Sous cet angle, les carences constatées sont donc demeurées totales. En particulier, rien dans l’instruction ainsi menée par l’OAI n’est venu élucider la question du taux d’activité dans une activité adaptée en l’absence de la prise en charge en médecine physique et réhabilitation pourtant escomptée par l’experte AA._____ à la lumière des indications du Dr F._____ (cf. rapport du 19 avril 2023), des recommandations du Dr G._____ (cf. rapport du 3 mars 2023) et des propos de l’assuré lors de l’expertise orthopédique (cf. rapport d’expertise du 10 mai 2023 p. 16). On peut, au demeurant, s’étonner que l’OAI n’ait pas même cherché à connaître les suites éventuelles de la consultation prévue au N._____ – quand bien même une prise en charge axée sur le traitement de la douleur ne saurait être assimilée, du point de vue des bénéfices fonctionnels, à une thérapie rééducative de l’appareil locomoteur.

Dans ces conditions, c’est de manière insoutenable que, par rapport d’examen du 17 août 2023, le SMR s’est malgré tout fondé sur l’appréciation incomplète de l’experte AA._____ pour reconnaître à l’assuré une capacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée – y compris l’activité habituelle – à compter de l’expertise du 10 mai 2023. A cela s’ajoute que certaines des limitations fonctionnelles décrites par l’experte AA._____ ont été reprises de manière inexacte par le SMR ; en effet, ledit service a retenu des restrictions en station debout au-delà de trente minutes et en station assise au-delà de quinze minutes, alors que l’experte avait mentionné l’inverse. On peut également s’interroger sur l’assertion du SMR selon laquelle un taux d’activité de 50 % permettrait de tenir compte de la nécessité de s’allonger pour faire des pauses : on pourrait également concevoir qu’une telle limitation soit davantage susceptible d’affecter le rendement de l’assuré, puisque ralentissant la cadence de travail, plutôt que son taux d’occupation à proprement parler. Le SMR a, par ailleurs, écarté la nécessité d’un troisième avis neurochirurgical auprès du Dr P._____, au motif qu’il était peu probable qu’une modification des limitations fonctionnelles en résulte. On ne saurait toutefois souscrire à ce raisonnement. Force est en effet de rappeler qu’en l’espèce, l’évaluation de

l'experte AA._____ présumait un suivi en clinique de réadaptation, lequel n'a finalement pas eu lieu. De ce fait, l'obtention d'un nouvel avis spécialisé pouvait s'avérer pertinente, afin d'appréhender objectivement la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré, au vu de l'évolution concrète de la situation.

A la lumière de ces éléments, on doit par conséquent admettre que la synthèse opérée par le SMR, dans son rapport d'examen du 17 août 2023, repose sur des bases lacunaires et ne permet pas de se prononcer sur les conséquences des troubles orthopédiques du recourant du point de vue de l'assurance-invalidité. Les avis subséquentement émis par le SMR n'apportent aucune modification à ce constat, puisque ledit service s'est, pour l'essentiel, contenté d'y maintenir la position défendue jusqu'alors (cf. avis des 8 janvier 2024, 21 juin 2024, 24 janvier 2025, 4 mars 2025, 1^{er} mai 2025 et 3 juin 2025).

ccc) Quant aux rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, ils évoquent des troubles orthopédiques globalement superposables mais procèdent, en revanche, à des évaluations variables de la capacité de travail. On peut, en particulier, relever que le Dr F._____ s'est initialement écarté des conclusions de l'experte AA._____, évoquant une capacité de travail de 10 % au maximum, moyennant des aménagements conséquents du fait des limitations somatiques (deux heures de travail par jour, à raison de quatre tranches de trente minutes et moyennant la faculté de pouvoir librement changer de position ; cf. rapport du 9 juillet 2023), avant de revenir sur cette appréciation – sans aucune explication – pour retenir une capacité de travail de 50 % sur le plan somatique, conformément aux conclusions de l'experte AA._____ (cf. rapport du 3 décembre 2024). Dans le même temps, une incapacité de travail totale a été mise en avant par les Prof. U._____ (cf. rapport du 16 décembre 2024) et BP._____ (cf. rapports des 20 mars et 1^{er} mai 2025), sans aucune motivation. Il apparaît, autrement dit, que les rapports établis par les médecins du recourant ne contiennent pas d'évaluation suffisamment claire de la capacité de travail sur le plan orthopédique, pour la période concernée.

ddd) Il découle de ce qui précède que, sur le plan orthopédique, l'instruction, menée de manière lacunaire par l'intimé, mérite d'être complétée.

bb) Sous l'angle psychiatrique, il y a lieu de relever que le Dr F._____ a signalé, au printemps puis à l'été 2023, de fortes répercussions psychologiques en lien avec la symptomatologie somatique de son patient (cf. rapports du 19 avril et 9 juillet 2023). L'assuré, dans ses objections du 25 octobre 2023, a également évoqué une problématique psychique. Dans un rapport adressé le 15 février 2024 au SMR – soit avant les décisions du 7 mars 2024 – mais qui ne figure toutefois pas au dossier de l'OAI, le Dr F._____ a, plus précisément, fait état d'un épisode dépressif probablement sévère, consécutif aux douleurs chroniques, contribuant à une réduction significative de la capacité de travail. Au cours de la présente procédure judiciaire, le Dr F._____ a confirmé la présence d'un état dépressif, remontant vraisemblablement au mois de décembre 2023 (cf. rapports des 5 novembre et 3 décembre 2024). En décembre 2024, dans le cadre d'une prise en charge spécialisée, des symptômes dépressifs remontant à plusieurs mois ont par ailleurs été relevés (cf. rapport des Drs BF._____, BG._____ et BJ._____ du 18 décembre 2024). Dans ce contexte, des diagnostics d'état dépressif modéré, voire majeur, ainsi que d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité ont été retenus par les psychiatres du recourant, avec une capacité résiduelle de travail nulle depuis 2022, respectivement réduite à 20 %, sans qu'aucun des spécialistes consultés ne procède toutefois à une analyse détaillée de la situation, ni *a fortiori* à une évaluation rétroactive de l'évolution des troubles psychiques de l'assuré (cf. rapport des Drs BF._____, BG._____ et BJ._____ du 18 décembre 2024 ; cf. rapport du Dr BM._____ du 19 mai 2025 ; cf. rapport des BG._____ et BJ._____ du 19 septembre 2025).

On doit admettre, avec le SMR (cf. avis SMR des 21 juin 2024, 24 janvier 2025, 4 mars 2025 et 3 juin 2025), que les éléments qui précèdent sont insuffisants, à eux seuls, pour démontrer l'existence d'un

trouble psychique incapacitant à la date de la décision attaquée. Il n'en demeure pas moins que plusieurs pièces au dossier évoquent le développement graduel de troubles psychiques, mais qu'aucun avis médical spécialisé – tenant compte de la procédure probatoire structurée instaurée à cet égard par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3d *supra*) – ne procède à une quelconque analyse de la question de savoir si, et le cas échéant depuis quand, les troubles en question sont susceptibles de revêtir un impact significatif sur la capacité de travail du recourant. Sous cet angle également, l'instruction doit donc être complétée.

cc) Pour le surplus, la Cour de céans relève que des douleurs neuropathiques à la fesse et à la cuisse droites ont certes été évoquées au décours de l'intervention du 17 août 2022, sans toutefois être corrélées à un déficit neurologique sensitivo-moteur (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier de W*** du 26 août 2022). Si le Dr F._____ a, de son côté, signalé des douleurs neuropathiques des membres inférieurs (cf. rapports des 19 avril 2023, 9 juillet 2023 et 5 novembre 2024), il demeure que, du point de vue somatique, ce praticien a attesté une incapacité de travail reposant sur un socle orthopédique et non neurologique (cf. rapport du 3 décembre 2024). On constate, de surcroît, que le Dr G._____ a décrit, au status, l'absence de déficit grossier de la sensibilité (cf. rapport du 3 mars 2023). L'examen pratiqué par l'experte AA._____ n'a pas davantage mis en lumière de déficit neurologique au niveau des deux membres inférieurs (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2023 p. 14). En outre, si l'assuré s'est certes plaint à l'experte AA._____ de fourmillements au niveau du bout des doigts de toute la main, irradiant vers le centre de la main et l'avant-bras au niveau des deux membres supérieurs, il demeure que l'experte n'a pas relevé de déficit neurologique à cet égard (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2023 pp. 13 et 17). A noter, également, que le chiropraticien BB._____ a quant à lui fait état d'un bilan neurologique sans problème (cf. rapport du 25 septembre 2023). Il apparaît, en d'autres termes, que l'examen du dossier ne met en lumière aucun élément médical objectif, laissant suspecter une quelconque atteinte d'ordre neurologique et, *a fortiori*, une atteinte incapacitante. Quoi qu'en dise le recourant (cf. réplique

du 9 décembre 2024 p. 14), la Cour de céans ne voit dès lors pas de motif pertinent de procéder à de plus amples investigations sous cet angle.

Le même constat peut être posé à l'égard des troubles de la défécation mentionnés par le Dr F._____ à une seule reprise, le 9 juillet 2023, sans autre précision.

d) En résumé, il ressort de ce qui précède que l'instruction diligentée par l'intimé s'avère lacunaire sur les plans orthopédique et psychique, celle-ci ne permettant pas de se déterminer sur l'état de santé du recourant au-delà du 10 mai 2023, si bien que la cause ne peut pas être jugée en l'état.

Peu importe, dans ces conditions, les qualifications spécifiques ou la mention dans les registres idoines de la médecin du SMR intervenue *in casu* (cf. réplique du 9 décembre 2024 p. 14). Tout au plus relèvera-t-on, à cet égard, que dans la mesure où ledit service s'est limité à prendre position – de manière, certes, insatisfaisante aux yeux de la Cour de céans – sur les éléments versés au dossier, sans émettre d'avis médical autonome, une spécialisation particulière n'apparaissait, en tout état de cause, pas nécessaire (cf. consid 4c *supra*).

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

b) En l'occurrence, il appert que l'intimé a instruit l'affaire de manière incomplète et que l'état actuel du dossier ne permet pas de se prononcer sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. Partant, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante (au sens de l'art. 44 LPGA), comportant à tout le moins un volet orthopédique et un volet psychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

c) Compte tenu de l'issue de l'affaire, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur les autres arguments et réquisitions des parties. Tout au plus rappellera-t-on, à cet égard, que le recourant a renoncé, le 2 juin 2026, à la tenue d'une audience de débats publics.

7. Reste à statuer sur la requête du recourant, tendant à la prise en charge par l'OAI des frais d'établissement du rapport du Prof. BP. _____ du 1^{er} mai 2025, par 500 francs.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures (première phrase) ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (seconde phrase). Les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_431/2025 du 20 avril 2026 consid. 7.3 et les références).

b) En l'occurrence, le rapport du Prof. BP._____ du 1^{er} mai 2025 n'a pas eu d'influence décisive sur l'issue du litige, comme le démontre la motivation du présent arrêt. Ce sont, en effet, les lacunes constatées au niveau de l'instruction médicale, tant sur le plan orthopédique que sur le plan psychique, qui motivent le renvoi de la cause à l'intimé, et non les éléments mis en exergue par le Prof. BP._____ dans le compte-rendu en question. Il n'y a donc pas lieu de faire supporter à l'intimé les frais engendrés par la rédaction de ce rapport.

8. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis, en ce sens que la décision du 7 mars 2024 portant sur le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 août 2023 doit être confirmée, et que la décision du 7 mars 2024 visant le droit à une rente d'invalidité de 50 % dès le 1^{er} septembre 2023 doit, en revanche, être annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

d) Le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, a obtenu, à ce titre, la commission d'office d'un avocat.

On rappellera à cet égard que, par décision du 8 octobre 2024, l'indemnité d'office Me Hussein a d'ores et déjà été fixée à 817 fr. 25, pour la période du 4 avril au 4 octobre 2024.

A ce stade, il reste par conséquent à arrêter le montant de l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre Me Duc pour la période subséquente. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 1^{er} juillet 2026, faisant état de vingt-et-une heures et dix minutes de prestations d'avocat. Cette liste ne peut cependant être intégralement suivie. On dénombre, en particulier, quarante-sept courriels ou entretiens téléphoniques entre Me Duc et son client, correspondant à cinq heures et trente minutes d'activité à tout le moins (le libellé de la liste des opérations ne permettant pas d'être plus précis sur ce point), ce qui paraît manifestement excéder les besoins de la cause. Il est, par ailleurs, fait état de prises de contact avec certains médecins dont le nom ne figure pas dans les pièces en mains de la Cour de céans et dont on peine, ainsi, à saisir le lien avec la présente affaire. On observe, de surcroît, que le temps consacré à la rédaction des écritures, pour plus de neuf heures au total, apparaît excessif au vu du caractère redondant des arguments de fond soulevés. Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de réduire les opérations à quinze heures et d'arrêter l'indemnité de Me Duc à 3'064 fr. 65, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 564 fr. 65 (3'064 fr. 65 - 2'500 fr.), sera provisoirement assumé par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), étant précisé qu'il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision du 7 mars 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud portant sur le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 août 2023 est confirmée.
- III.** La décision du 7 mars 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud visant le droit à une rente d'invalidité de 50 % dès le 1^{er} septembre 2023 est annulée, la cause étant renvoyée à l'office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- IV.** 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.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de B. _____, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 564 fr. 65 (cinq cent soixante-quatre francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VII.** 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 de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour 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).

La greffière :