TRIBUNAL CANTONAL

ZD25.***
825

C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 19 octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 29 Cst. ; art. 8, 47 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en ***. Au bénéfice d'un diplôme d'infirmier délivré au G***, il a travaillé dans le domaine de la construction, notamment, en dernier lieu, pour le compte de la société J._____ SA, à C***, jusqu'en 2021.

Le 6 septembre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), exposant être en incapacité totale de travailler depuis le 1er avril 2022.

Par rapport du 18 octobre 2022, le Dr K._____, spécialiste en neurochirurgie, a joint diverses pièces, dont :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 28 mars 2022 révélant une lésion nodulaire hypophysaire en croissance depuis une précédente IRM effectuée en novembre 2021 ;
- un rapport du 25 avril 2022 du Dr L._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et en médecine interne générale, lequel notait le diagnostic de diabète insipide dans le cadre d'un syndrome polydipsie-polyurie apparu à l'automne 2021 ;
- un compte rendu opératoire du 5 mai 2022 portant sur une biopsie-exérèse de l'adénome hypophysaire par voie endonasale trans-sphénoïdale micro-endoscopique naviguée ;
- un rapport de scanner cérébral du 6 mai 2022 concluant à l'absence de complication appréciable à la suite de cette opération ;
- un rapport du 11 août 2022 du Dr L._____, lequel préconisait la poursuite de la prise de Minirin afin de traiter le syndrome polydipsie-polyurie ;
- un rapport d'IRM cérébrale du 15 août 2022, laquelle montrait, d'une part, une formation ovalaire en lieu et place de l'adénome hypophysaire réséqué correspondant probablement à un comblement séro-hémorragique de la cavité chirurgicale et, d'autre part, un très probable petit méningiome infracentimétrique de la citerne cérébello-

pontique droite au contact de la paroi antérieure du conduit auditif interne droit, sans effet de masse sur le parenchyme cérébral ; et

- un rapport du 16 septembre 2022 du Prof. D._____, spécialiste en ophtalmologie, lequel déclarait que le status neuro-ophtalmologique de l'assuré était absolument normal.

Du 14 octobre au 3 novembre 2022, l'assuré a été hospitalisé en raison d'une dermohypodermite bilatérale des membres inférieurs à germe indéterminé.

Par rapport du 17 octobre 2022, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de syndrome de polydipsie-polyurie (depuis 2021), d'adénome hypophysaire et de tumeur bénigne de la selle turcique (depuis 2021), tout en évaluant la capacité de travail de son patient à 0 % dans toute activité. Puis, par rapport du 23 janvier 2023, il a communiqué à l'OAI notamment :

- un rapport de scanner thoraco-abdominal du 31 octobre 2022 soulignant une dilatation des voies urinaires droites en amont d'un infiltrat pré-sacré, avec un manchonnage de l'uretère distal droit, d'origine indéterminée, et des signes en faveur d'une spondylarthrite ankylosante avancée, avec une atteinte du rachis, des articulations costo-vertébrales, du sternum et des articulations sacro-iliaques ;
- un rapport du 6 janvier 2023 de la Dre P._____, spécialiste en urologie au sein du Service d'urologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), laquelle mentionnait le diagnostic – principal – de sténose de l'uretère distal d'origine indéterminée.

Par rapport du 3 mars 2023, le Dr K._____ a transmis à l'OAI une série de documents, dont :

- un rapport d'IRM hypophysaire du 9 décembre 2022 signalant, d'une part, une régression des dimensions de la collection post-opératoire intra-sellaire (actuellement de 9 mm de grand axe) à un contenu hématique ou riche en protéines depuis le précédent contrôle du 15 août 2022 et, d'autre part, des dimensions stables d'un probable

méningiome (de 7 mm de diamètre) de l'angle ponto-cérébelleux droit ;

- un rapport du 20 février 2023 du Dr E._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique auprès du Service d'immunologie et allergie du CHUV, lequel retenait les diagnostics – principaux – de sténose urétérale, avec infiltration fibromusculaire d'origine indéterminée (diagnostics différentiels : maladie oncologique et fibrose rétropéritonéale), de vasculite leucocytoclasique d'origine paranéoplasique le plus probablement, de spondylarthrite ankylosante radiologique, de cytolyse (phase G1) en cours d'investigation et de syndrome inflammatoire d'origine indéterminée en cours d'investigation ; et
- un rapport établi par ses soins le 27 février 2023, par lequel il a annoncé ne pas avoir d'argument en faveur d'une réintervention chirurgicale à l'hypophyse, tout en spécifiant que le diabète insipide était traité par desmopressine.

Le 5 avril 2023, l'assuré a subi, au sein du Service d'urologie du CHUV, une urétérectomie distale et une réimplantation urétérale distale droite robot-assistée en vue de traiter la sténose de l'uretère.

Par rapport du 4 mai 2023, la Dre P._____ a relevé le diagnostic de sténose de l'uretère distal, avec réimplantation (en avril 2023). Selon elle, la capacité de travail de l'assuré était entière dans n'importe quelle activité sur le plan urologique.

Par rapport du 6 juillet 2023, le Dr N._____ a fait état d'une évolution « *sédentaire* » de la situation de son patient. Il a, en outre, annexé notamment un rapport du 8 juin 2023 du Dr E._____, lequel ajoutait à la liste des diagnostics mentionnés dans son précédent rapport du 20 février 2023 celui de lésion prostatique en cours d'investigation, tout en ne reprenant pas celui de cytolyse.

Le 3 juillet 2023, l'assuré a fait l'objet, dans le cadre d'un dépistage d'un cancer, d'une biopsie de la prostate, laquelle s'est révélée sans malignité.

Par rapport du 8 août 2023, la Dre R._____, spécialiste en urologie auprès du Service d'urologie du CHUV, a mis en évidence le diagnostic d'orchido-épididymite droite à *Klebsiella pneumoniae*, avec probable hydrocèle, tout en indiquant que l'évolution était lentement favorable.

Par rapport du 11 août 2023, le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie au sein du Service de rhumatologie du CHUV, a posé les diagnostics – incapacitants – d'hyperostose squelettique idiopathique diffuse (DISH ; depuis juin 2023), de diabète insipide et de néoplasie, ainsi que les diagnostics – non incapacitants – d'hypertension artérielle et d'hépatite B guérie. Il n'a toutefois pas pu se prononcer sur l'étendue d'une éventuelle incapacité de travail ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles.

Par rapport du 8 janvier 2024, le Dr T._____, spécialiste en urologie auprès du Service d'urologie du CHUV, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stable, sous réserve d'un épisode d'orchido-épididymite droite post-biopsie de la prostate en juillet 2023, tout en précisant que les diagnostics urologiques n'exerçaient aucune influence sur la capacité de travail. Il a, en outre, annexé – entre autres pièces – un rapport du 11 décembre 2023 du Dr S._____, lequel écartait le diagnostic de spondylarthropathie au profit de celui d'hyperostose squelettique idiopathique diffuse (DISH) sur status post-fracture des ailerons sacrés (en octobre 2022).

Par rapport du 12 août 2024, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, sans syndrome somatique (CIM-10 [10e révision de la Classification internationale des maladies] F32.2), tout en attestant une capacité de travail nulle, quel que soit le type d'activité. Puis, dans un

courriel du 19 septembre 2024, il a demandé à l'OAI de ne finalement pas considérer ce rapport, expliquant ce qui suit (*sic*) :

> « [L]ors d'une consultation, j'ai pu écouter M. B._____ parler au téléphone par rapport à de[s] travaux de maçonnerie qu'il devait réaliser. Lors de cet appel, j'ai pu entendre M. B._____ s'exprimer très bien en français et selon ce même appel, je peux conclure qu'il [a] des capacités de travail dans le domaine de la maçonnerie. ».

Dans un avis du 23 octobre 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a déclaré que les investigations des diverses symptomatologies n'avaient pas souligné d'atteinte à la santé justifiant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Par rapport du 22 novembre 2024, le Dr N._____ a soutenu que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé physico-psychique, tout en mentionnant les diagnostics d'hyperostose diffuse idiopathique sur status post-fracture des ailerons sacrés (en octobre 2022), de status post-urétérectomie distale et réimplantation urétérale distale droite robot-assistée (le 5 avril 2023), de vasculite leucocytoclasique d'origine indéterminée, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareillé, d'hypertension artérielle traitée, d'obésité de classe II, de diabète insipide, de syndrome inflammatoire chronique, d'enthésophyte au tendon d'Achille à gauche, de lombalgie chronique et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Le 3 décembre 2024, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, objectant que son état de santé était *« très préoccupant »* et qu'il souffrait de pertes de mémoire et de troubles de la vision.

Interpellé par l'OAI, le Dr N._____ a remis à cette autorité, via un avis du 13 mai 2025, un rapport du 24 octobre 2023 du Dr T._____, lequel mettait en évidence le diagnostic – principal – de dépistage du cancer

de la prostate (avec status post-biopsie de la prostate [le 3 juillet 2023], sans malignité) et les diagnostics – secondaires – de status post-orchido-épididymite droite à *Klebsiella pneumoniae* (en juillet 2023), de sténose de l'uretère distal droit, de vasculite leucocytoclasique d'origine indéterminée, de spondylarthrite ankylosante radiologique, d'ancienne hépatite B, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareillé, d'hypertension artérielle traitée, d'obésité de classe II et de diabète insipide.

Dans un avis du 6 juin 2025, le SMR a réaffirmé sa position.

Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 octobre 2024.

Le 10 juillet 2025, ont été versés au dossier :

- un rapport de scanner abdominal du 1er mai 2025, concluant ce qui suit (*sic*) :

> « Pas d'anomalie significative des voies urinaires. Pas de dilatation des cavités. Uretère droit non dilaté, avec une implantation ectopique dans la partie antérolatérale de la vessie. Pas de lithiase.
> Kystes corticaux simples des deux reins, le plus grand de 3,7 cm à gauche.
> Pas de liquide libre ni d'autre élément péjoratif à l'étage abdominal.
> Adénome surrénalien gauche de 2,5 cm et un[…] autre nodule centimétrique non caractérisable.
> Discret épanchement pleural à droite d'origine indéterminée, sans infiltrat pulmonaire associé dans la partie visible du parenchyme.
> Au niveau du squelette, signes de SPA [spondylarthrite ankylosante] avec syndesmophytes étagés du rachis et sacro-iliite bilatérale, *à corréler à l'anamnèse*. » ; et

- un rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 2 juillet 2025 montrant un antélisthésis de grade I de la vertèbre L5 sur la vertèbre S1, sur le segment avec une discopathie, un tableau de spondylarthrite ankylosante, avec multiples atteintes vertébrales et articulaires postérieures actives, et une fracture par insuffisance de l'aileron sacré à la vertèbre S1 gauche.

B. Par recours du 11 juillet 2025 adressé à l'OAI, lequel a été transmis le 15 juillet suivant à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, B._____ a conclu qu'il soit

donné suite à sa demande de prestations du 6 septembre 2022. Était joint le rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 2 juillet 2025.

Par décision du 27 août 2025, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard, avec effet au 28 juillet 2025.

Par réponse du 29 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a annexé un avis du 24 septembre 2025 de son service médical, lequel affirmait que l'imagerie transmise par l'assuré n'était pas susceptible de modifier sa position.

Par réplique du 28 novembre 2025, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a exposé qu'il n'arrivait plus qu'à se déplacer avec une canne anglaise et avec beaucoup de peine. Son rayon de marché était très limité. Il montrait des signes d'impotence au moins moyenne. Sur le plan neurologique, il était ralenti et très imprécis dans tous ses gestes et mouvements. Il a, au demeurant, reproché à l'OAI de ne pas avoir pu s'exprimer sur le contenu du courriel du 19 septembre 2024 du Dr V._____. Il a enfin requis l'audition de ce spécialiste au titre de témoin dans le cadre d'une audience d'instruction, de même que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par courrier du 13 mars 2026, l'assuré a versé au dossier :

- un rapport de scanner cérébro-cervical et du massif facial du 1er mars 2026 mettant en évidence un foyer d'hémorragie sous-arachnoïdienne temporo-polaire gauche, une petite fracture déplacée du versant antérieur de la lame papyracée gauche, avec herniation millimétrique de la graisse extraconale et comblement hématique des cellules ethmoïdales en regard, et une infiltration hématique sous-cutanée péri-orbitaire, ainsi que maxillo-zygomatique bilatérale et occipitale droite ; et

- un rapport du 3 mars 2026 de la Dre W._____, spécialiste en anesthésiologie au CHUV, faisant état d'un traumatisme crânien et thoracique consécutif à une agression physique s'étant produite le soir du 28 février 2026.

Par duplique du 17 avril 2026, l'OAI a réitéré ses conclusions.

Dans une écriture du 27 avril 2026, l'assuré a produit les rapports des 12 août et 22 novembre 2024 des Drs V._____ et N._____.

Dans une écriture du 18 juin 2026, l'OAI s'est, à nouveau, prononcé en faveur du rejet du recours et de la confirmation de la décision attaquée.

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, l'assuré a déposé son recours le 11 juillet 2025 auprès de l'OAI. Ce dernier l'a alors remis à la Cour de céans comme objet de sa compétence le 15 juillet suivant. Le recours a donc été formé en temps utile, quand bien même il a initialement été adressé à une autorité incompétente (art. 39 al. 2 LPGA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est, en outre, compétente pour connaître du présent litige (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant, au demeurant, les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité.

3. **a)** Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant qu'il n'a pas pu se déterminer sur le contenu du courriel du 19 septembre 2024 du Dr V._____ avant le prononcé de la décision litigieuse.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

c) *In casu*, la question de savoir si l'intimé a violé le droit du recourant de consulter son dossier en ne lui transmettant pas le courriel du 19 septembre 2024 du Dr V._____ avant de rendre sa décision du 6 juin 2025 peut souffrir de demeurer indécise, bien que ce document ait joué un rôle essentiel dans la résolution du litige. En effet, même si cette omission constituait un vice de procédure – ce dont on peut raisonnablement douter, dans la mesure où ce courriel était présent au dossier et que la production d'une copie de ce dernier pouvait être requise à tout moment, conformément à l'art. 47 LPGA –, celui-ci devrait, quoi qu'il en soit, être considéré comme réparé, dès lors que l'assuré a eu la possibilité de se prononcer sur cette pièce devant la Cour de céans, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2).

4. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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

c) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. **a) aa)** En l'espèce, sur le plan physique, le recourant a été suivi par le Dr L._____ pour une polydipsie et une polyurie survenue à l'automne 2021. Ces atteintes ont fait l'objet d'un traitement médicamenteux, sous la forme de la prise de Minirin, afin d'empêcher les symptômes de réapparaître (cf. rapports des 25 avril et 11 août 2022 du Dr L._____). L'investigation de ces troubles a mis en évidence un adénome hypophysaire (cf. un rapport d'IRM du 28 mars 2022), lequel a été opéré, en mai 2022, via biopsie-exérèse par le Dr K._____ (cf. compte-rendu opératoire du 5 mai 2022). Aucune complication n'a été observée à la suite de cette intervention (cf. rapport de scanner cérébral natif du 6 mai 2022). Les IRM de contrôle effectuées après l'opération ont confirmé que l'adénome hypophysaire n'était plus visible (cf. rapports d'IRM des 15 août et 9 décembre 2022). L'examen de la polydipsie et de la polyurie a également souligné un diabète insipide (cf. rapport du 25 avril 2022 du Dr L._____), pour lequel le recourant a été mis sous desmopressine (cf.

rapport du 27 février 2023 du K._____). Un bilan neuro-ophtalmologique a, en outre, été accompli au mois de septembre 2022, lequel s'est avéré normal (cf. rapport du 16 septembre 2022 du Prof. D._____). Puis, entre le 14 octobre et le 3 novembre 2022, l'assuré a séjourné au CHUV en raison initialement d'une dermohypodermite bilatérale des membres inférieurs, qui a nécessité un traitement de Co-Amoxiciline. L'évolution a été bonne. A cette même occasion, les médecins ont pratiqué une biopsie cutanée, laquelle a mis en exergue une vasculite leucocytoclasique. Cette affection a été traitée par corticoïde, avec une résolution complète à l'issue de l'hospitalisation (cf. rapport du 20 février 2023 du Dr E._____). Un scanner thoraco-abdominal a, de surcroît, été réalisé au CHUV, qui a décrit une sténose de l'uretère distal et des signes pour une spondylarthrite ankylosante (cf. rapport de scanner thoraco-abdominal du 31 octobre 2022). Des cytologies et biopsies ont permis d'exclure un carcinome urothélial (cf. rapport du 20 février 2023 du Dr E._____). La sténose urétérale a finalement été opérée au Service d'urologie du CHUV le 5 avril 2023 (cf. rapport du 8 juin 2023 du Dr E._____). Quant à la spondylarthrite ankylosante, ce diagnostic a été infirmé par le Service de rhumatologie de ce même centre au profit d'une hyperostose squelettique idiopathique diffuse (DISH ; cf. rapport du 11 décembre 2023 du Dr S._____). Par ailleurs, le recourant a subi, le 3 juillet 2023, une biopsie de la prostate dans le cadre d'un dépistage d'un cancer. Cette analyse n'a toutefois révélé aucune malignité (cf. rapport du 24 octobre 2023 du Dr T._____). L'assuré a, du reste, été hospitalisé, entre le 14 et le 17 juillet 2023, au Service d'urologie du CHUV pour une orchido-épididymite droite à *Klebsiella pneumoniae*. Un traitement de Ciprofloxacine et de Ceftriaxone lui a alors été prescrit, avec une évolution lentement favorable (cf. rapport du 8 août 2023 de la Dre R._____).

bb) Cela étant, même si de nombreux diagnostics ont été retenus par les différents médecins qui ont ausculté le recourant depuis 2022, force est de constater, au regard de ce qui précède, que la plupart des affections sont aujourd'hui traitées ou guéries, tandis que celles restantes ne justifient pas d'incapacité de travail durable. Ainsi, s'agissant des atteintes d'ordre endocrinologique, un traitement médicamenteux a été

mis en place pour le diabète insipide, lequel est l'origine de la polydipsie et de la polyurie. L'adénome hypophysaire a, lui, fait l'objet d'une ablation, sans complication, et n'est désormais plus visible à l'imagerie. La dermohypodermite et la vasculite leucocytoclasique ont, pour leur part, été guéries grâce respectivement à la Co-Amoxiciline et aux corticoïdes. Au niveau urologique, les Drs P._____ et T._____ ont déclaré, dans leurs rapports respectifs des 4 mai 2023 et 8 janvier 2024, que la capacité de travail de leur patient était entière, quelle que soit l'activité. Ces conclusions sont confirmées par le fait que : l'opération de la sténose de l'uretère a été un succès et le scanner abdominal effectué le 1er mai 2025 n'a pas mis en évidence d'anomalie significative des voies urinaires ; l'inflammation du testicule de l'assuré a été traitée, le Dr T._____ ayant d'ailleurs fait état, dans son rapport du 24 octobre 2023, du diagnostic de status post-orchido-épididymite droite à *Klebsiella pneumoniae* (en juillet 2023) ; et un cancer de la prostate a été exclu à la suite d'une biopsie. En ce qui concerne les atteintes de nature rhumatologique, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été écarté en faveur de celui d'hyperostose squelettique idiopathique diffuse (DISH), soit une maladie qui – comme l'a exposé le Dr S._____ dans son rapport du 11 décembre 2023 – entraîne, certes, une limitation progressive de la mobilité du rachis (ankylose), mais pas de douleur, et ne réclame pas de prise en charge spécifique. Ce spécialiste n'a, de la sorte, certifié aucune incapacité de travail du fait de cette affection, étant précisé qu'il n'avait pas pu répondre au sujet d'éventuelles limitations fonctionnelles dans son rapport – très succinct – du 11 août 2023. Notons, au surplus, que le Dr N._____ a encore mis en évidence, dans son rapport du 22 novembre 2024, les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareillée, d'hypertension artérielle traitée, d'obésité de classe II, de syndrome inflammatoire chronique, d'enthésophyte au tendon d'Achille à gauche et de lombalgie chronique. Il ne ressort toutefois pas des pièces au dossier que ces pathologies – de gravité mineure – exerceraient une influence négative sur la capacité de travail du recourant ou seraient source de limitations fonctionnelles. Le généraliste traitant n'a pas prétendu le contraire, se contentant de faire part, à la demande de son patient, ce sans nouvel examen clinique ni développement, d'une aggravation de la situation. Qui plus est, pour ce qui est plus précisément des lombalgies, le

Dr S._____ a indiqué, dans son rapport du 11 décembre 2023 précité, que ces dernières étaient soulagées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). On ne saurait, au demeurant, déduire du rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 2 juillet 2025 que l'état de santé de l'assuré se serait péjoré. Aucun médecin n'a, en effet, relevé d'incapacité de travail en raison d'atteintes au rachis. Ces dernières étaient, de surcroît, déjà connues, dès lors que – comme l'a expliqué le SMR dans son avis du 24 septembre 2025 – elles apparaissaient sur une IRM du 16 novembre 2022 (dont les conclusions ont été résumées notamment dans le rapport du 20 février 2023 du Dr E._____ et dans celui du 11 décembre 2023 du Dr S._____).

cc) Enfin, le rapport de scanner du 1er mars 2026 et le rapport du 3 mars 2026 de la Dre W._____ – produits par l'assuré dans le cadre de la procédure de recours – doivent d'emblée être écartés en tant qu'ils concernent des faits postérieurs au prononcé de la décision litigieuse (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1), à savoir une agression physique s'étant produite le soir du 28 février 2026. Ces documents ne font, de toute manière, pas état d'une incapacité de travail durable. Cette spécialiste n'a pas non plus relevé de douleur à la palpation du rachis, mais constaté une mobilité du rachis cervical libre et indolore.

b) Du point de vue psychiatrique, le Dr V._____ a posé, dans son rapport du 12 août 2024, le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, sans syndrome somatique. Il a, en outre, attesté une capacité de travail nulle dans tout type d'activités. Cependant, après avoir été réinterrogé par l'intimé, il est revenu sur son appréciation dans son courriel du 19 septembre 2024, déclarant désormais que le recourant présentait *« des capacités de travail »* dans le domaine de la construction. Il a justifié ce revirement par le fait qu'il avait entendu son patient discuter avec une autre personne, par téléphone, à propos de travaux de maçonnerie qu'il devait accomplir. Aussi, au vu de ces clarifications, il est pleinement légitime de douter que l'exercice de la précédente activité de maçon soit entravé pour des motifs psychiatriques. Les explications amenées à ce sujet

par l'assuré dans sa réplique du 28 novembre 2025, à savoir que, durant cet entretien téléphonique, il n'avait fait que prodiguer des conseils à un jeune compatriote à qui il avait vendu son entreprise de construction il y a plusieurs années, ne sont pas du tout convaincantes. Il apparaît, en effet, très peu vraisemblable que ce tiers ne sache toujours pas comment œuvrer sur les chantiers. Quoi qu'il en soit, le rapport du 12 août 2024 du Dr V._____ ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante, dans la mesure où le diagnostic d'épisode dépressif est insuffisamment motivé et l'évaluation de l'incapacité de travail semble principalement reposer sur des éléments d'ordre somatique, soit l'adénome hypophysaire, le diabète insipide, l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareillé, le tabagisme actif et l'obésité. Un examen des indicateurs développés à l'ATF 141 V 281 fait également défaut. On s'étonne, pour le reste, que le recourant, lequel est assisté d'un mandataire professionnel, n'ait pas produit un rapport d'un nouveau psychiatre traitant afin de rendre vraisemblable l'existence d'une atteinte psychique invalidante, étant précisé que le rapport de confiance le liant à son précédent thérapeute est manifestement rompu.

c) Compte tenu des précédentes considérations, force est de constater que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans n'importe quelle activité, bien qu'il souffre ou ait souffert de nombreuses pathologies. C'est donc à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

7. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et par l'audition du Dr V._____, de telles mesures d'instruction n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Plus précisément, aucun rapport ne vient contredire les conclusions du SMR. Ces dernières ont été fondées sur les avis des différents médecins traitants consultés, dont aucun n'a attesté d'incapacité de travail durable. Quant au Dr V._____, son témoignage ne paraît pas

pertinent, dès lors que le lien de confiance entre ce thérapeute et l'assuré est aujourd'hui brisé.

8. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 6 juin 2025 par l'intimé confirmée.

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. 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.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me François Gillard peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 3 juillet 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'583 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 6 juin 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil de B._____, est arrêtée à 1'583 fr. 40 (mille cinq cent quatre-vingt-trois francs et quarante centimes), débours et TVA compris.

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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour B._____),
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :