COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Della Santa

*****

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

_____

Art. 43 al. 1 et 44 LPGA

En fait

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en ***, marié et père de deux enfants nés en *** et ***, est arrivé en Suisse en novembre 2005 en tant que requérant d'asile et s'est vu reconnaître le statut de réfugié. Sans formation professionnelle, l'assuré a œuvré comme indépendant dans le commerce de véhicule de 2019 à 2022. Il est au bénéfice de l'aide sociale.

Le 5 octobre 2023, l'assuré a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de hernies discales multiples, ainsi que, sur le plan psychologique, d'une dépression, d'une anxiété et de troubles du sommeil.

Répondant à un questionnaire soumis par l'OAI le 27 novembre 2023, le Dr G._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de multiples hernies discales, opérées déjà en 2008, 2011 et 2017, avec douleurs lombaires invalidantes, et de syndrome dépressif majeur depuis 2022. Il a estimé que la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée à compter de 2008.

Dans un rapport du 19 décembre 2023 établi à l'attention de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'évolution consécutive à la spondylodèse L4-L5 réalisée en mai 2023 était globalement bonne. Ce médecin a précisé que l'assuré présentera des lombalgies chroniques ainsi qu'une irradiation de type sciatalgie dans le membre inférieur droit durant le reste de sa vie, sans se prononcer sur sa capacité à exercer une activité adaptée. Il a joint à son envoi des rapports de consultations établis entre le 18 avril et le 27 novembre 2023, un protocole opératoire du 30 mai 2023, ainsi qu'une lettre de sortie du 31 mai 2023.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr G._____, dans un rapport du 1er septembre 2024, a constaté que l'assuré était limité dans ses

mouvements avec des douleurs en position debout ou assise ainsi qu'à partir d'un certain périmètre de marche. Exposant que l'assuré présentera une stabilité des symptômes tout au long de sa vie avec un handicap, ce médecin a estimé que sa capacité de travail était nulle et qu'une mesure de réinsertion de l'assurance-invalidité (AI) était contre-indiquée.

Le 27 décembre 2024, le Dr G._____ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Au titre des limitations fonctionnelles, il a mentionné que l'assuré ne pouvait pas porter de charge supérieure à cinq kilos, se pencher en avant, rester en position debout ou assise prolongée ni effectuer des mouvements répétitifs avec le tronc ou les jambes.

Le 29 août 2025, dans un avis médical, le SMR a constaté l'absence de comorbidité ou d'antécédent significatif, notamment sur le plan psychiatrique, relevant qu'aucun suivi spécialisé n'était en cours. Notant une évolution post-opératoire favorable et une diminution des douleurs, il a retenu une aptitude à la réadaptation à l'écoulement des six mois suivant l'opération ainsi qu'une capacité de travail totale dès le mois de décembre 2023 dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de port de charge de plus de cinq kilos, pas de porte-à-faux du rachis lombaire, pas de position assise ou debout prolongée (possibilité de varier les positions), pas de mouvements répétitifs (rotation, flexion) avec le tronc, pas de marche prolongée ou d'activité en hauteur (échelle, échafaudage).

Par projet de décision du 29 août 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Pour motiver sa position, il a indiqué qu'à la fin du délai d'attente, soit le 1er avril 2024, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Le préjudice économique découlant de la comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité (après déduction de 10 % sur celui-ci) était de 10 %, ce qui était insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures professionnelles.

L’assuré a fait part de ses objections le 8 septembre 2025. Soutenant que son incapacité de travail était totale, il a sollicité un réexamen de son dossier avec une expertise du médecin-conseil de l’OAI. Bien qu’il souhaiterait exercer une activité lucrative en adéquation avec ses limitations, ces dernières ne permettaient pas d’envisager une réinsertion professionnelle selon le rapport du 4 septembre 2025 du Dr G._____ qu’il a joint à son écriture. Dans ce rapport, son médecin traitant a relevé que malgré les quatre interventions subies par l’assuré entre 2008 et 2023, des lombalgies chroniques, une sciatalgie droite récidivante, une limitation significative en position assise comme en position debout indépendamment du port de charges, ainsi qu’une tolérance réduite aux mouvements répétés et aux efforts prolongés persistaient. Les limitations de l’assuré étaient importantes et durables et compromettaient toute possibilité réaliste de réinsertion professionnelle, même dans un poste adapté. Au vu de la situation, il a recommandé la mise en œuvre d’une expertise médicale pour évaluer objectivement la capacité résiduelle de travail de l’intéressé ainsi que les possibilités concrètes de réinsertion dans le cadre des mesures professionnelles de l’AI.

Le 10 septembre 2025, l’OAI a invité l’assuré à lui fournir des rapports médicaux détaillés pour étayer sa contestation. Il a relevé que le rapport du 4 septembre 2025 du Dr G._____ n’était pas susceptible de modifier sa position étant donné que dans le cadre du projet de décision, il avait déjà considéré les limitations fonctionnelles qui y sont décrites. L’intéressé n’a pas donné suite à cette sollicitation.

Par décision du 12 novembre 2025, reprenant la motivation de son projet du 29 août 2025, l’OAI a rejeté la demande de prestations de l’assuré. Dans un courrier daté du même jour, faisant partie intégrante de la décision précitée, l’office a expliqué que sa contestation et le rapport médical du Dr G._____ du 4 septembre 2025 n’avaient pas apporté de nouveaux éléments médicaux probants et circonstanciés susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Le 10 novembre 2025, le Dr J._____ a dressé un rapport dont on extrait ce qui suit (sic) :

> « 1. Le patient présente des antécédents importants au niveau de la colonne lombaire avec de multiples interventions, un status opéré et un déconditionnement global au niveau du dos. Ceci est à l'origine de douleurs chroniques et de limitions fonctionnelles dans le maintien de certaines positions en porte-à-faux statique ainsi que le port de charge.
>
> 2. Dans le contexte global du patient, je pense qu'il est extrêmement difficile, au vu de ses capacités, de trouver un emploi adapté. S'il y avait une volonté de trouver un travail adapté, il faudrait que celui-ci soit sans port de charge, sans maintien de position statique, avec la possibilité de se mouvoir et d'éviter donc les travaux s'étendant au-delà de la demi-journée. »

B. Le 17 décembre 2025, B._____, sous la plume de son conseil, Me Carré, a déposé un recours contre la décision du 12 novembre 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à sa réforme et à la constatation du droit du recourant à des prestations de rente d'invalidité selon précision à donner au cours de l'instance et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a notamment joint à son recours des échanges de correspondance entre son conseil et ses médecins et psychologue traitants concernant la transmission de documents médicaux.

Selon la décision du 19 janvier 2026, déférant à la demande en ce sens incluse dans le recours, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 décembre 2025, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires et désignant Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 19 février 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision. Il a exposé qu'il ne ressortait du dossier aucune appréciation d'un intervenant médical permettant d'invalider l'évaluation du SMR selon laquelle le recourant disposait d'une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Répliquant le 13 mai 2026, le recourant a maintenu ses conclusions en reprochant à l'intimé une instruction insuffisante notamment sur le plan psychique. Il a soutenu qu'au vu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr G._____ dans ses rapports médicaux des 27 décembre 2024 et 4 septembre 2025, l'exercice d'une activité professionnelle apparaissait invraisemblable. Il a produit à l'appui de sa réplique un rapport d'IRM du 20 février 2023.

Dans sa duplique du 8 juin 2026, l'intimé s'est référé à l'appréciation du SMR du 4 juin 2026, jointe à son écriture, selon laquelle l'instruction du dossier méritait d'être complétée sur les plans rhumatologique ou de la médecine physique et psychique et a proposé le renvoi du dossier à l'administration.

Le 10 juillet 2026, le recourant a pris acte de la proposition de l'intimé et requis qu'à défaut de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qui avait sa préférence, la cause soit renvoyée à l'office intimé. Il a produit une liste de ses opérations.

En droit

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008

sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Dans son écriture du 8 juin 2026, l'intimé a proposé le renvoi de la cause pour instruction complémentaire en rhumatologie ou médecine physique et psychiatrie. Il a ainsi confirmé la conclusion subsidiaire du recourant.

A cet égard, il convient de rappeler que l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (TF 8C_487/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.2 et les références citées).

3. 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.

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).

4. **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 citées ; 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 140 V 193 consid. 3.2 et références citées ; 132 V

93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

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). 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).

5. **a)** En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR du 4 juin 2026, l'intimé a admis qu'il convenait de procéder à un complément d'instruction en rhumatologie ou médecine physique et en psychiatrie et proposé dans ce sens le renvoi du dossier à l'administration afin de lever l'incertitude sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que sur l'existence d'une atteinte psychiatrique. Il a ainsi confirmé la conclusion subsidiaire du recourant. De son côté, ce dernier a fait savoir qu'une expertise judiciaire aurait sa préférence.

b) Le SMR, dans son avis médical du 29 août 2025, a retenu une aptitude à la réadaptation à l'écoulement des six mois suivant l'opération ainsi qu'une capacité de travail totale dès le mois de décembre 2023 dans une activité adaptée à condition de respecter les limitations fonctionnelles du recourant. Il a relevé l'absence de comorbidité ou d'antécédent significatif, notamment sur le plan psychiatrique à défaut de suivi spécialisé. Cet avis ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans dès lors qu'il est dépourvu de motivation et en contradiction avec les rapports médicaux des Drs J._____ et G._____. Le SMR a effectivement fait fi du traitement psychothérapeutique entrepris par le recourant tel que mentionné dans sa demande de prestations remplie par sa psychologue traitante ainsi que du diagnostic de syndrome dépressif majeur depuis 2022 posé par le Dr G._____ (cf. rapport du 27 novembre 2023), quand bien même ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie.

Sur le plan somatique, il est, en outre, difficile de saisir le fondement sur lequel repose la conclusion du SMR selon laquelle une réinsertion serait possible à l'écoulement de six mois après l'intervention dès lors que cette conclusion ne ressort d'aucun rapport médical versé au dossier. En effet, le Dr J._____ – qui a opéré le recourant – a expressément réservé son avis sur cette question de même qu'il ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, tandis que tous les rapports médicaux du Dr G._____ font état, de manière constante, d'une incapacité de travail totale dans toute activité. L'intimé ne pouvait donc pas se fonder sur les avis du SMR non motivés dont la valeur probante est de ce fait douteuse.

c) Il existe ainsi des divergences entre les appréciations médicales du SMR et des médecins traitants quant au taux de capacité de travail. L'instruction de l'intimé présente donc des lacunes qui ne permettent pas de statuer en pleine connaissance de cause et au degré de la vraisemblance prépondérante sur la capacité de travail du recourant. Ces lacunes doivent être comblées dans le cadre d'un complément d'instruction.

d) Au vu de ce qui précède, des mesures d'instruction complémentaires sur les plans psychiatrique et rhumatologique s'avèrent dès lors nécessaires afin de permettre à l'office intimé de disposer au dossier d'une appréciation globale circonstanciée sur l'existence d'atteintes à la santé relevant de ces spécialités médicales et sur les limitations fonctionnelles qui en découleraient. In casu, le renvoi du dossier à l'intimé pour une instruction complémentaire apparaît comme étant la solution la plus opportune, dès lors que c'est à lui qu'il revient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

6. **a)** En définitive, le recours s'avère manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète et exacte sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD). La décision attaquée doit

donc être annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Me Carré a produit une liste des opérations le 10 juillet 2026 faisant état de 15,80 heures consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Ainsi, la rédaction de sa réplique totalisant plus de six heures parait largement excessive, si bien qu'il y a lieu d'en réduire la durée à 4 heures. Par ailleurs, il convient de relever que, à la date du 23 mars 2026, une conférence avec le client incluant l'étude du dossier a été décomptée à deux reprises. Or seule l'étude du dossier à hauteur de 45 minutes sera admise. Compte tenu de ce qui précède, la durée consacrée à la présente procédure doit être fixée à 737 minutes. L'indemnité de dépens sera arrêtée à 2'800 fr., débours et TVA compris. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 12 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à B._____ à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, pour le recourant
- 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 :