

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

E._____, à Q***, recourant, représenté par Me Vanessa Déglise, avocate
à Lausanne,

et

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

**Art. 8 al. 1, 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1
LAI**

En fait :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, est marié et père de trois enfants nés en ***, *** et ***. Il a œuvré comme interprète, auxiliaire d'imprimerie ainsi qu'en tant que conseiller en vente automobile. Il a obtenu un diplôme de conseiller en vente externe en 2020. Il s'est inscrit à l'assurance-chômage en 2019 et est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} novembre 2019. Du 9 août au 8 novembre 2022, l'assuré a suivi un programme d'insertion de l'assurance-chômage auprès de la société coopérative Démarche à un taux d'activité de 50 %.

Le 14 octobre 2022, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce puis une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), le 20 décembre 2022, en raison d'une hernie discale et de fourmillement sur toute la jambe avec des douleurs au dos à la suite d'un déménagement réalisé en avril 2020. Il a indiqué présenter une incapacité de travail depuis le 18 juillet 2022, à des taux variants entre 50 % et 100 %.

Dans un rapport du 9 janvier 2023 établi à l'attention de l'OAI, la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a posé le diagnostic de lombalgies depuis le mois de janvier 2020. Elle a estimé que sa capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée à compter du 5 novembre 2022. Elle a joint à son envoi les pièces médicales suivantes :

- Un récapitulatif des arrêts de travail délivrés par ses soins entre le 22 novembre 2021 et le 31 octobre 2022.
- Un courrier du 11 mars 2022 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il a déclaré qu'une prise en charge chirurgicale n'était pas indiquée.

- Un rapport médical du 31 mars 2022 du Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a estimé que l'assuré devait éviter le port de charges lourdes et répétitif de plus de cinq à dix kilos dans la recherche de son activité professionnelle ainsi que les positions statiques prolongées assis ou debout, en privilégiant leur alternance.
- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis lombaire du 4 août 2022 qui a mis en évidence des troubles dégénératifs de la colonne lombaire en lien avec une discopathie étagée prédominant en L4-L5 avec une hernie discale postéro-latérale gauche comprimant dans le récessus l'émergente radiculaire L5 gauche et venant en contact de l'émergente radiculaire L5 gauche sans conflit, ainsi qu'une arthropathie facettaire pluri-étagée inflammatoire et géodique et un aspect inflammatoire du ligament inter-épineux en L4-L5.

Dans ce même rapport, la Dre B._____ a évoqué une atteinte psychiatrique en ces termes (sic) :

« Possible Etat dépressif, voire trouble psychiatrique autre sous-jacent qui limite la capacité de travail, mais qui pour l'instant est nié par le patient avec refus d'investigations complémentaires ».

Aux termes d'un rapport du 24 avril 2023, la Dre D._____, spécialiste en anesthésiologie, a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 gauche et une radiculopathie L5 gauche chronique.

Dans un rapport du 25 avril 2023, le Dr F._____, chiropraticien, a retenu le diagnostic incapacitant de lombosciatique gauche chronique ainsi que des cervicobrachialgies à gauche sans incidence sur la capacité de travail. Au titre des limitations fonctionnelles, il a mentionné les postures statiques (debout durant plus de dix minutes et assise durant plus de trente minutes) ainsi que l'effort lors de manutentions. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée entre 60 % et

70 %, en réservant son pronostic sur le potentiel de réadaptation concernant sa capacité de travail à 100 %.

Aux termes d'un rapport du 8 mai 2023, le Dr G._____, chiropraticien, a posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche sur discopathie et hernie discale L4-L5 gauche. Il a indiqué que l'assuré pouvait travailler à un taux maximal de 50 % dans une activité très adaptée.

Le 19 juin 2023, l'OAI a reçu un rapport du Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel a retenu le diagnostic d'hernie discale L4-L5 gauche. Il a joint à son envoi ses rapports de consultation des 20 octobre et 9 novembre 2022.

Dans son rapport médical du 21 juillet 2023, la Dre B._____ a rappelé les diagnostics déjà posés et estimé une incapacité de travail totale dans son activité habituelle.

Par rapport du 24 novembre 2023, cette médecin a indiqué que la capacité de travail exigible était à « son avis » totale dans une activité adaptée, en précisant qu'elle n'avait pas délivré d'incapacité de travail à l'assuré en lien avec son activité habituelle et que le pronostic d'amélioration quant à sa capacité de travail dépendait de son implication et de sa capacité d'adaptation.

Répondant à un questionnaire de l'OAI, le 18 décembre 2023, le Dr G._____ a mentionné les diagnostics précédemment retenus. Il a évalué chez l'assuré une capacité de travail nulle, sans évolution en perspective. En l'absence d'indication chirurgicale, sous réserve d'un avis spécialisé attendu, il a considéré envisageable une mesure de réinsertion progressive jusqu'à 50 % au maximum, dans un poste approprié, sans port de charge et permettant une alternance périodique des positions.

Dans un rapport établi le 18 janvier 2024, les Drs K._____ et N._____, spécialistes en anesthésiologie, ont diagnostiqué des douleurs chroniques secondaires et une hernie discale L4-L5 para-médian gauche, en

conflit avec la racine L5 descendant. Ils ont relevé le faible résultat des traitements conservateurs réalisés depuis deux ans et estimé que le suivi psychologique récemment instauré auprès d'une psychologue apparaissait très indiqué.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr P._____, dans un rapport du 30 août 2024, a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgie chronique, déconditionnement physique, lombalgies chroniques et probable chronicisation des symptômes. Il a observé qu'à la suite d'une opération réalisée le 6 mars 2024, l'assuré présentait encore des douleurs lombaires résiduelles et des douleurs diffuses dans tout le rachis, avec une accalmie au niveau de son membre inférieur droit. Il a relevé qu'à la suite de l'intervention, l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 20 mai 2024. Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles hormis les douleurs et a indiqué ne pas être en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

Le 15 octobre 2024, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué que les lombalgies combinées à des cervico-scapulalgies étaient compatibles avec une réinsertion professionnelle dans un métier offrant la possibilité d'ajustements posturaux, sans ports de charges supérieures à huit kilos.

A l'appui de ses réponses à un questionnaire du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), la Dre B._____ a transmis, le 16 décembre 2025, la lettre de sortie établie par le Dr P._____ le 17 avril 2024 à la suite de l'opération du 6 mars 2024. Elle a mentionné le diagnostic incapacitant de lombalgies. Quant aux limitations fonctionnelles, elle a repris les indications de l'assuré selon lesquelles il présentait une impossibilité à rester longtemps dans la même position, notamment la posture assise au-delà de trente minutes. Elle a évalué sa capacité de travail à 50 % dans son activité habituelle, à raison de quatre heures par jour. Concernant la capacité de travail dans un activité adaptée, elle s'est prononcée en ces termes (sic) :

« Il pourrait envisager de travailler à un bureau à 100 % mais avec la possibilité de faire des étirements toutes les 3 min. Cela fractionnerait son travail. Il pourrait travailler à 50 % donc max 4h/j sur un bureau mobile en alternant la position assise et debout. Ou alors dans un travail qui alterne automatiquement les différentes position ».

Le 12 janvier 2025, le Dr M. _____ a répondu à des questions du SMR et a retenu les diagnostics suivants (sic) :

« Lombo-pygialgie handicapante à caractère mécanique status après cure d'hernie discale conflictuelle L4 – L5 en mars 2024 et après 3 ans d'évolution de conflit disco-radiculaire, sans signe irritatif neurogène déficitaire sensitivo-moteur résiduel :

- Hypervigilance musculaire persistante.
- Syndrome postural partiellement réductible sous forme d'une hyperlordose lombaire et cervicale.
 - o Hyperlaxité ligamentaire avérée de pénétrance SED, mais non pathologique.
 - o Effondrement axial vertébral partiellement réductible et hyperlordose lombaire persistante.
 - o Minime rétrolisthésis de grade I de L4 sur L5.
 - o Conflit inter-épineux,
- Déconditionnement physique global.
- Déficience de conscience corporelle.

Cervico-scapulalgies marquée sans signe d'irritabilité neuroméningée dans un contexte de :

- Importants remaniements unco-discarthrosiques étagés associés à une importante arthrose interfacettaire en cervical C4/C7.
- Déficience de stabilisation du plan musculaire profond cervical avec hyperlordose cervicale.
- Restriction fonctionnelle cervicale en rotation essentiellement déficitaire à gauche.

État anxiogène réactionnel reflétant l'insécurité sociale et financière auxquelles il se trouve confronté actuellement depuis des mois. »

Le Dr M. _____ a, dans ce même rapport, maintenu l'arrêt de travail de l'assuré, en précisant qu'une activité à temps partiel pourrait être envisagée, à moyen terme, pour autant que le travail soit adapté à la tolérance de l'intéressé, respecte ses limitations fonctionnelles et tienne compte d'un reconditionnement physique intense. Il a également fait mention de la mise en œuvre de mesures psychothérapeutiques.

Dans son « rapport d'examen » du 18 février 2025, le SMR a retenu comme atteinte principale à la santé une volumineuse hernie discale compressive L4-L5 à gauche. Il a également mentionné, à titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un status post chirurgical de hernie discale L4-L5, une discopathie dégénérative modérée L2-L3 et L3-L4 non conflictuelle, une arthropathie L3-L4, une protrusion discale L5-S1 non conflictuelle, une uncodiscarthrose étagée et une arthrose interfaccettaire C4 à C7, une hyperlordose lombaire et cervicale, une hyperlaxité ligamentaire de pénétrance syndrome Ehlers Danlos non pathologique ainsi qu'un état anxiodépressif. Le début de l'incapacité de travail durable a été fixé au 16 août 2022. Se ralliant à l'appréciation de la Dre B. _____, le SMR a arrêté dès le 21 mai 2024, une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de l'assuré ainsi qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sous réserve d'une incapacité de travail totale du 16 janvier au 20 mai 2024 en lien avec un état grippal et l'intervention chirurgicale du 6 mars 2024. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : alternance des positions, pas de ports de charges au-delà de six kilos, pas de mouvements répétitifs ni en porte-à-faux, pas de contraintes en rotation du tronc, limitation des activités en zone basse et zone haute.

Le 25 mars 2025, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2024 au 31 août 2024. Pour motiver sa position, il a indiqué qu'à la fin du délai d'attente, soit le 16 août 2023, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Il a expliqué qu'il ressortait des pièces du dossier que son état de santé s'était aggravé dès le 16 janvier 2024 entraînant une incapacité de travail totale. L'intéressé avait ensuite recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à compter du 21 mai 2024.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré.

L'assuré a fait part de ses objections par courriel du 2 avril 2024. Il a rappelé son état de santé sur les plans physique et psychique marqué par une aggravation progressive depuis le mois d'avril 2020. Il a précisé que l'amélioration des douleurs à la suite de l'intervention du 6 mars 2024 n'avait concerné que sa jambe gauche et ne s'était révélée que temporaire, en raison du traitement morphinique. A l'arrêt de cette médication, toutes ses souffrances étaient réapparues et s'étaient intensifiées, impactant également sa santé psychique. Il a contesté l'amélioration de son état de santé à compter du mois de mai 2024 telle que retenue par l'OAI, qu'il estimait vraisemblablement fondée sur un unique rapport du Dr P. _____ dont la dernière consultation datait du mois d'avril 2024, soit la période durant laquelle la morphine lui était prescrite. Il a soutenu que les rapports des médecins assurant son suivi régulier, qui attestaient une incapacité de travail totale dans son activité habituelle ainsi qu'une capacité de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations, avaient été ignorés à tort. Il a ajouté qu'à la réception du projet de décision, il avait développé d'avantage d'idées noires.

Par courriel du 7 avril 2025, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager une aide au placement. Le 15 avril 2025, l'OAI l'a informé qu'il procédait à la clôture du mandat d'aide au placement « au moins temporairement ».

Le 30 avril 2025, le Dr G. _____ a adressé à l'OAI un rapport médical complémentaire après avoir pris connaissance du projet de décision susmentionné. Il a conclu à une incapacité de travail totale persistante depuis le 29 novembre 2022, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a soutenu que la reprise d'activité à 100 %, dès le 21 mai 2024, telle qu'attestée par le Dr P. _____, était en contradiction avec ses observations constantes, notamment, ses rapports des 8 mai et 18 décembre 2023. Il a expliqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire malgré les traitements mis en œuvre. En particulier, les douleurs étaient réapparues après l'opération du 6 mars 2024 à la suite de l'interruption du traitement analgésique, ce qui confirmait la persistance des troubles douloureux chroniques. L'assuré présentait également une

importante détresse psychique et peinait à trouver un psychiatre disponible. Il a préconisé un « bilan psychiatrique spécialisé » et, au besoin, une expertise interdisciplinaire.

A teneur d'un rapport médical de consultation du 26 mai 2025, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de lombalgie chronique, statut post-opératoire (cure de hernie discale L4-L5 gauche le 6 mars 2024), dorsalgie et scapulalgie, probable dépression non traitée, rhinite allergique, intolérance importante au lactose, statut post *Helicobacter pylori*, tabagisme actif et perte de poids de sept kilos en quelques mois. Il a indiqué que lors du contrôle post-opératoire du 23 avril 2024, il avait observé une nette amélioration des douleurs dans la fesse et la jambe. L'assuré avait cependant décrit des douleurs lombaires. S'agissant de sa capacité de travail, il s'est prononcé en ces termes (sic) :

« En ce qui concerne l'arrêt de travail, j'avais moi-même fait un arrêt de travail à Monsieur E. _____ en post-opératoire pendant un mois à 100 %. Je n'ai plus revu le patient, donc je n'ai pas refait d'arrêt de travail, ce qui ne signifie pas pour autant que le patient pouvait travailler. Le patient a été vu entre-temps par le Dr G. _____ qui a fait des arrêts de travail pendant toute l'année. Le Dr M. _____ a d'ailleurs vu le patient à deux reprises en octobre 2024, ainsi qu'en novembre et en décembre 2024. Celui-ci notait dans son dossier des douleurs de type lombalgie persistantes chroniques, comme le montre son rapport, dans le cadre d'un patient présentant une hyperlaxité.

(...)

Le patient ne peut certainement pas effectuer un travail sédentaire à 100 %, ne peut pas effectuer un travail de port de charges, et doit régulièrement changer de position.

Je pense qu'aujourd'hui, il faudrait se poser la question concernant une évaluation des capacités fonctionnelles de Monsieur E. _____, qui, selon moi, a de la peine à trouver un emploi à cause des douleurs lombaires chroniques. Je ne pense pas que le patient puisse actuellement avoir un travail à 100 % dans n'importe quel secteur. Il serait important de discuter d'une réinsertion professionnelle encadrée par l'AI. Une reprise du travail à 100 % est impossible et, selon moi, va mettre le patient en échec. Le patient est en arrêt de travail depuis plus de 3 ans, prescrit par différents médecins ; il faudrait prendre cet aspect en considération dans les évaluations de l'AI.

Le patient souffre actuellement également d'une dépression importante. Il est à la recherche d'un psychiatre qu'il n'arrive pas à trouver en raison de l'indisponibilité de nos collègues en psychiatrie.

Le patient a plusieurs fois évoqué la rumination et des idées noires. Je pense qu'une évaluation par un psychiatre me semble importante. Il avait d'ailleurs déjà été vu par un psychologue en 2022, qui avait proposé un suivi psychiatrique.

(...)

En ce qui concerne l'arrêt de travail, le Dr G._____ est habilité à prescrire un arrêt. Si le patient a été en incapacité de travail durant toute l'année 2024 sur prescription du Dr G._____, il conviendrait de le prendre en considération dans l'évaluation de sa situation globale. »

Selon un compte rendu de la permanence SMR du 3 juillet 2025, les rapports produits par l'assuré (rapport du Dr G._____ du 30 avril 2025 et du Dr P._____ du 26 mai 2025) ont mis en avant une éventuelle atteinte psychique. Le SMR a considéré qu'il convenait d'instruire le dossier en interrogeant le psychiatre de l'intéressé et en requérant des rapports médicaux auprès des services d'antalgie et de réadaptation du Centre hospitalier A._____ (A._____).

Invité par l'OAI à indiquer les coordonnées du psychiatre éventuellement consulté, l'assuré a répondu le 8 juillet 2025 qu'il n'avait pas de suivi psychiatrique avant de lui faire savoir par courriel du 10 juillet 2025 qu'un premier rendez-vous était prévu avec la Dre L._____, au sein du Cabinet T._____, à R***.

Le 23 juillet 2025, le A._____ a adressé un courriel à l'OAI pour lui signifier qu'en l'absence de suivi en médecine physique et réhabilitation, il n'était pas en mesure de donner suite à sa demande de rapport médical.

Dans un avis du 23 juillet 2025, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions (cf. rapport d'examen SMR du 18 février 2025) en indiquant que les pièces médicales n'apportaient aucun élément nouveau, si ce n'est une évaluation différente du même état clinique, ce qui ne modifiait en rien le projet de décision du 25 mars 2025. Il a relevé que le Dr G._____, dans son rapport du 30 avril 2025, avait outrepassé ses compétences en évoquant un status psychiatrique sans éléments objectifs. S'agissant du status clinique, le Dr P._____ n'avait pas retenu de nouvelle chirurgie en l'absence de déficit sensitivomoteur selon son rapport du 26

mai 2025. Il a rappelé que le Dr M._____ avait considéré que les lombalgies étaient compatibles avec une réinsertion professionnelle (cf. rapport du 15 octobre 2024).

Dans une prise de position du 24 juillet 2025, l'OAI a relevé qu'il ne ressortait ni de la contestation de l'assuré, ni des divers rapports médicaux produits, d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 11 août 2025, l'OAI a confirmé son projet du 25 mars 2025 et a fixé le montant de la rente entière d'invalidité et des rentes pour enfant liées, limitées dans le temps, du 1^{er} avril au 31 août 2024.

B. Le 8 septembre 2025, E._____ a déposé un recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à une « réévaluation approfondie de [s]on dossier et de [s]on état de santé » en vue d'obtenir une nouvelle décision. Il a rappelé son état de santé incapacitant sur les plans physique et psychique qu'il a justifié depuis trois années par des certificats médicaux. Il a manifesté sa volonté de travailler et son souhait de bénéficier de mesures de réadaptation. Il a soutenu que l'OAI avait rendu sa décision sans attendre le rapport de son psychiatre. Le recourant a également exprimé ses craintes concernant sa situation financière et son autorisation de séjour. Il a joint à son envoi divers rapports médicaux dont notamment un rapport du Dr G._____ du 30 août 2025, dans lequel ce médecin a repris ses précédentes constatations et soulevé le fait que l'intimé n'avait pas considéré ses rapports et ses certificats médicaux, et un rapport de consultation du Dr P._____ du 25 avril 2024, des certificats médicaux couvrant la période du 18 juillet 2022 au 20 septembre 2025, à des taux variants entre 50 % et 100 %, ainsi qu'un courrier du Service de la population concernant le renouvellement de son autorisation de séjour jusqu'au 19 septembre 2025.

Selon la décision du 7 octobre 2025, déférant à la demande en ce sens déposée le 30 septembre 2025, le recourant a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre 2025, incluant l'exonération des frais judiciaires et de leur avance ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 10 novembre 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision du 11 août 2025. Relevant que le dossier médical du recourant permettait de retenir, dès le 16 août 2022, une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant l'état de santé du recourant, à l'exception de la période d'incapacité de travail totale du 16 janvier au 20 mai 2024. Il s'est référé pour le surplus au rapport du 18 février 2025 et à l'avis du 23 juillet 2025 du SMR et a précisé que le recourant avait refusé l'aide au placement pour des raisons de santé.

Le 13 novembre 2025, le recourant a requis la désignation d'un avocat d'office que le juge instructeur a désigné en la personne de Me Vanessa Déglise à compter du 13 novembre 2025, par décision du 18 novembre 2025.

Par réplique du 19 janvier 2026, le recourant, sous la plume de sa mandataire, a conclu principalement à la réforme de la décision du 11 août 2025 dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2023 et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision avec renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il a soutenu que l'intimé avait retenu, à tort, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 16 août 2022, en procédant à une mauvaise appréciation des rapports médicaux, notamment celui de la Dre B. _____ du 16 décembre 2024 dont il a remis en cause la valeur probante. Il s'est prévalu des avis de ses autres médecins traitants pour considérer qu'une incapacité totale y compris dans une activité adaptée devait lui être reconnue depuis le 18 juillet 2022. Le recourant s'est également plaint d'une instruction lacunaire de la part de l'intimé s'agissant, en particulier, de sa santé psychique. Il a, en outre, contesté les

salaires retenus par l'intimé dans la comparaison des revenus ayant servi à déterminer le degré d'invalidité et sollicité l'examen de mesures de réadaptation en cas de renvoi de la cause à l'intimé. Il a joint des certificats médicaux établis par le Dr G._____ entre le 15 août 2023 et le 15 décembre 2025 dont le dernier attestait d'une incapacité de travail totale jusqu'au 20 février 2026 ainsi qu'une attestation du 28 novembre 2025 de la Dre H._____ et de la psychologue R._____ mentionnant le suivi entrepris par le recourant auprès du Service de psychiatrie générale du A._____ pour une investigation psychiatrique brève depuis le 23 octobre 2025.

Dans sa duplique du 12 février 2026, l'intimé a maintenu ses conclusions, relevant que le recourant n'avait fait état d'aucun nouvel élément médical objectivement vérifiable, rattaché à la période qui prévalait jusqu'à la prise de décision. Il a précisé que la nouvelle investigation psychiatrique avait été mise en œuvre postérieurement à la décision querellée et qu'au cours de l'instruction de la demande initiale, il n'avait jamais été question d'une atteinte sur le plan psychique.

Dans une écriture du 26 février 2026, le recourant a maintenu les conclusions prises au pied de sa réplique du 19 janvier 2026 et soutenu que la problématique psychique ressortait déjà du dossier de l'intimé.

Le 10 juin 2026, la conseil du recourant a produit sa liste des 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande le 20 décembre 2022. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au présent cas.

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 laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGa, 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 (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

(art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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 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 motivant son point de vue aussi substantiellement que possible (ATF 140 V 193 consid. 3.2). 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 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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) Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (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).

e) 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 la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature

à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7).

6. a) En l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, hormis durant la période du 16 janvier 2024 au 21 mai 2024, pendant laquelle il a droit à une rente entière sur la base d'une capacité de travail nulle tenant compte d'une grippe et de l'opération du 6 mars 2024. Le recourant, quant à lui, a allégué qu'il présentait, depuis le 18 juillet 2022, une incapacité de travail totale y compris dans une activité adaptée et que l'instruction sur le plan médical n'était pas complète.

b) La capacité de travail retenue par l'intimé repose sur plusieurs appréciations successives du SMR (cf. rapport d'examen SMR du 18 février 2025, étant relevé qu'il s'agit en réalité d'un avis SMR, car le médecin de ce service n'a jamais examiné le recourant, et avis SMR du 23 juillet 2025) lesquelles se fondent exclusivement sur les rapports de la médecin traitante du recourant, seule médecin à avoir attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Or, force est de constater que les rapports de la Dre B. _____ sont contradictoires et incompréhensibles. Dans son rapport du 9 janvier 2023, elle a ainsi estimé une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le 5 novembre 2022. Par rapport du 21 juillet 2023, elle a déclaré que le recourant présentait une incapacité totale dans son activité habituelle depuis 2020. Il ressort de son rapport du 24 novembre 2023 qu'elle n'a pas établi d'arrêts de travail pour la capacité de travail dans l'activité habituelle. S'agissant de l'activité adaptée, elle a considéré que la capacité de travail était « à son avis » entière, sans autre motivation. Enfin, cette médecin, aux termes de son rapport du 16 décembre 2024, a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Quant à l'activité adaptée, elle a estimé que le recourant pourrait envisager de travailler à un bureau à 100 %, à condition de pouvoir effectuer des étirements toutes les trois minutes. Elle a ajouté qu'il pourrait travailler à 50 % soit quatre heures par jour au maximum sur un bureau mobile permettant l'alternance des

positions assise et debout ou à un poste qui alternerait automatiquement les différentes postures. Les appréciations de ce dernier rapport apparaissent difficilement conciliables entre elles. Plus largement, les rapports successifs de la Dre B._____ révèlent des incohérences importantes, de telle sorte que les conclusions du SMR qui reposent uniquement sur son appréciation, pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ainsi qu'une capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, ne sauraient être suivies. L'intimé ne pouvait donc pas se fonder sur les avis et rapport du SMR dénués de valeur probante.

c) Il est d'autant plus difficile de comprendre les raisons pour lesquelles le SMR s'est référé au seul avis de la médecin traitante au regard des autres pièces médicales versées au dossier, lesquelles ont régulièrement retenu une capacité de travail dans une activité adaptée variant de 50 % à 70 %. Ainsi, le Dr F._____ a évalué cette capacité entre 60 % et 70 % selon son rapport du 25 avril 2023. Le Dr G._____ a indiqué, aux termes de son rapport du 8 mai 2023, que le recourant pouvait travailler à un taux maximal de 50 % dans une activité très adaptée. Le 23 décembre 2023, ce même chiropraticien a envisagé une mesure de réinsertion progressive dans un poste approprié à un taux de 50 % maximum, avant de retenir, dans son rapport du 30 avril 2025, une incapacité de travail totale y compris dans une activité adaptée, depuis le 29 novembre 2022. Quant au Dr P._____, il a estimé dans son rapport du 26 mai 2025, qu'une reprise du travail à 100 % était impossible puisqu'elle mettrait le recourant en échec. L'ensemble des médecins traitants, à l'exception de la Dre B._____, ont donc retenu qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'était pas envisageable. Il importe, en outre, de relever qu'aucun des médecins du recourant n'a motivé sa position, tous semblant relativement hésitants à arrêter sa capacité de travail.

Par conséquent, il faut constater qu'aucun rapport médical au dossier ne permet à la Cour de céans de statuer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la capacité de travail du recourant. Cette carence doit être comblée dans le cadre d'une instruction complémentaire.

d) Il convient encore de relever que le SMR, dans son compte rendu de la permanence du 3 juillet 2025, a sollicité un rapport médical des services d'antalgie et de réadaptation du A._____. Il a également requis l'instruction de l'atteinte psychique mise en exergue dans les derniers rapports produits par le recourant à savoir les rapports des Drs G._____ du 30 avril 2025 et P._____ du 26 mai 2025. En effet, ces médecins ont tous deux observé une détresse psychique chez le recourant et recommandé une évaluation psychiatrique. Cette problématique ressort déjà du rapport du 9 janvier 2023 de la Dre B._____ dans lequel elle a évoqué un possible état dépressif, voire un trouble psychiatrique ainsi que du rapport des Drs K._____ et N._____ du 18 janvier 2024, lesquels ont soutenu l'importance d'un suivi psychologique. Par ailleurs, dans son rapport du 18 février 2025, le SMR a retenu un état anxiodépressif en tant que pathologie du ressort de l'assurance-invalidité.

En tant que l'intimé a rendu la décision attaquée avant de recevoir le rapport du service d'antalgie du A._____ et sans éclaircir la situation sur le plan psychique, malgré réception des coordonnées du psychiatre traitant, il a donc statué sur le droit aux prestations de l'intéressé sur la base d'une instruction lacunaire.

e) En conséquence, l'instruction menée par l'intimé est insuffisante – ce dont il devait se rendre compte au moment où il a statué – et ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant en connaissance de cause.

7. 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) *In casu*, il ressort des considérants qui précèdent que l'intimé n'a pas procédé à une instruction suffisante. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle 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). Il incombera ainsi à l'intimé, après avoir complété son dossier, notamment, avec les rapports des médecins spécialisés en antalgie, en réadaptation et en psychiatrie qui suivent le recourant, de déterminer s'il peut, sur cette base, statuer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant ou si la mise en œuvre d'une expertise médicale s'impose. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. Vu le sort de la cause, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs du recourant.

9. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée 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. 1^{bis} 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 Déglise a produit une liste des opérations le 10 juin 2026 faisant état de 31,20 heures consacrées à la présente procédure, représentant un montant de 6'374 fr. 45., débours et TVA compris. 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, quand bien même Me Déglise n'a été consultée qu'après le dépôt du recours, l'activité consacrée à la rédaction de sa réplique et des déterminations sur la duplique de l'intimé totalisant plus de 22 heures paraît largement excessive, ce d'autant plus que l'étude du dossier – qui compte moins de cinq cents pages – a été facturée séparément à hauteur de plus de six heures incluant un entretien avec le recourant. Compte tenu de ce qui précède, l'indemnité de dépens doit être arrêtée à 5'000 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, en l'état tout au moins, 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 11 août 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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 à E. _____ une indemnité de 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Vanessa Déglise, 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 :