

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à U***, 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. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 29 al. 1 LAI ; 26^{bis} al. 3, 27^{bis} et 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en *** et père de trois enfants, nés en 1990, 1996 et 2005, a principalement travaillé en tant que magasinier auprès d'un commerce d'Aigle de 2004 à 2008, avant de travailler dans le montage d'échafaudages six mois en 2011 pour le compte de la société B._____ SA. Il émarge depuis lors à l'aide sociale.

Le 1^{er} mai 2013, 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'Office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins consultés par l'assuré, dont il ressort que l'intéressé, sans être limité dans sa capacité de travail, souffrait, sur le plan somatique, notamment d'un diabète mellitus de type II insulino-requérant (status post-décompensation diabétique inaugurale en décembre 2009), d'un status après néphrectomie gauche élargie et surrénalectomie pour volumineuse tumeur polaire inférieure le 2 janvier 2013, d'une obésité androïde, d'un tabagisme à 40 UPA (unité paquet année), d'un status post-fissure anale postérieure, d'un status post-décompensation respiratoire sur grippe H1N1 en décembre 2009, d'un status post-contusion lombaire post-chute en 2008 et de douleurs musculo-squelettiques avec déconditionnement musculaire global (cf. rapports des 13 mai 2013 et 28 février 2014 du Dr C._____, médecin praticien). Sur le plan psychique, l'assuré était limité par un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F 33.1), et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10 F 62.0), avec traits de la personnalité émotionnellement labile type impulsif et paranoïaque (cf. rapports des 13 mai 2013 et 28 février 2014 du Dr C._____ et des 6 décembre 2013 et 14 mars 2014 du Dr D._____ et de la psychologue F._____ de la G._____ à R***).

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'Office AI a mandaté le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Cabinet d'expertises médicales « T*** » à V*** pour la réalisation d'une expertise psychiatrique, qui a lieu le 12 février 2015. Dans son rapport du 20 février 2015, le Dr K._____ a retenu les diagnostics de trouble état de stress post traumatique chronique (CIM-10 F43.1) et de trouble dissociatif non spécifié (CIM-10 F44.9), ce dernier étant un diagnostic provisoire, un bilan neurologique devant formellement exclure une affection neurologique ou des problèmes liés au diabète et à son traitement. Il excluait un trouble dépressif et une modification durable de la personnalité. L'expert considérait qu'il n'était pas justifié de retenir des limitations et une incapacité de travail psychiatrique liée au trouble état de stress post traumatique.

Dans un avis du 11 mars 2015, le SMR a suivi l'expert et a préconisé la mise en place d'une évaluation neurologique, qui a eu lieu le 4 septembre 2015 auprès de la L._____. Dans un rapport d'expertise neurologique y relatif du 10 septembre 2015, le Dr M._____, spécialiste en neurologie, n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a en revanche diagnostiqué une discrète polyneuropathie diabétique et des troubles attentionnels associés à des éléments anxio-dépressifs, sans pour autant que cela n'ait une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, qu'il considérait comme pleine et entière.

Par décision du 12 janvier 2016 confirmant un projet de décision du 14 octobre 2015, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, estimant que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante, conformément aux conclusions des Dr M._____ et K._____.

B. Le 21 juillet 2022, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI.

Dans des rapports des 13 septembre et 13 décembre 2022, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'un diabète plutôt mal équilibré à 8 % d'hémoglobine glyquée, une obésité morbide avec un IMC (indice de masse corporelle) de 35, une hypertension artérielle, un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé et une insuffisance rénale chronique. Il devait éviter de porter des charges lourdes, travailler dans des endroits sécuritaires en évitant les toits ou les endroits où il y aurait un risque de chute et bénéficier de temps pour faire ses autocontrôles, des corrections d'insuline et des repas réguliers.

Dans un rapport du 12 octobre 2022, le Dr E._____, médecin praticien, a rapporté que les principaux antécédents de l'assuré étaient : un diabète de type 2 insulinorequérant, une néphrectomie gauche sur tumeur rénale à cellules claires en 2013, une décompensation respiratoire sur grippe, une hypertension artérielle, un surpoids avec un IMC de 37, une psychose, un syndrome anxiodépressif, une insuffisance rénale stade G3aA3 sur néphropathie diabétique, des céphalées de tension et une exostose fémorale distale droite. Le Dr E._____ considérait que son patient était limité dans la réalisation de travaux physiques ou avec flexion des genoux en raison de douleurs à sa cuisse et à son genou droits, d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche présente depuis 2019 et de son obésité. La dégradation progressive de la fonction rénale et le diabète de l'intéressé l'empêchaient également d'avoir une activité professionnelle régulière. Selon le Dr E._____, la somnolence intermittente liée à un traitement lourd, l'apathie, les sautes d'humeur, l'incohérence du discours, l'agressivité intermittente et l'humeur labile de son patient empêchaient toute activité lucrative indépendante ou salariée.

Dans le cadre de l'instruction, l'Office AI a reçu :

- un rapport du 26 décembre 2022, par lequel le Dr I._____, spécialiste en urologie, diagnostiquait un status post néphrectomie total gauche de 2013 pour carcinome rénal à cellules claires, dont le traitement s'était terminé en 2019 ;
- un rapport du 16 janvier 2023, par lequel le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posait les diagnostics de

modification durable de la personnalité (CIM-10 F62.0) et de trouble dépressif récurrent moyen (CIM-10 F33.1) ;

- un courrier du 19 décembre 2022 du Dr J._____ et du psychologue O._____ dans lequel ils relataient ne jamais avoir prescrit d'interruption de travail et recommandaient le recours à une expertise pluridisciplinaire ou à des stages professionnels pour déterminer la capacité de travail de l'assuré.

Dans un avis du 15 mars 2023, le SMR a relevé qu'une activité exigeante physiquement était compromise, mais qu'il fallait encore déterminer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, à savoir une activité légère épargnant le genou et l'épaule, permettant des contrôles glycémiques, sans risque pour lui-même et pour autrui et avec un horaire fixe et régulier.

Dans un rapport du 12 avril 2023, la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, a diagnostiqué une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec, à droite, un stade C4a Ese As Pn avec incontinence très distale de la grande veine saphène (GVS) liée plutôt à une hyper pression veineuse dans un contexte d'obésité abdominale importante et, à gauche, un stade C4a Ep As Pr sur incontinence de la GVS donnant des tributaires incontinentes au regard jambier, ainsi qu'une artériopathie jambière du membre inférieur gauche asymptomatique.

Dans un avis du 21 février 2024, le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise psychiatrique, rhumatologique, en médecine interne et en diabétologie pour déterminer la capacité de travail de l'intéressé et les limitations fonctionnelles objectives.

Dans le cadre de cette expertise, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, par le Dr X._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, par le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, et par le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous les quatre experts auprès

du Centre médical d'expertises Z._____ SA. Dans un rapport du 18 juin 2024, les experts ont retenu les diagnostics de diabète actuellement bien contrôlé par une thérapie antidiabétique assez lourde, et compliqué d'une polyneuropathie et d'une insuffisance rénale avec albuminurie, sans rétinopathie (CIM-10 E13.7), de coxarthrose bilatérale, surtout évoluée du côté gauche (CIM-10 M16), de douleurs du genou gauche secondaires à une exostose (CIM-10 M77.9), de douleurs des deux épaules secondaires à une capsulite rétractile mais avec une légère atteinte dégénérative gléno-humérale et acromio-claviculaire (CIM-10 M75.0), de douleurs lombaires secondaires à une atteinte dégénérative (CIM-10 M54.5), d'obésité exogène (CIM-10 E66), d'hypertension artérielle (CIM-10 I10), de suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (CIM-10 G47.3) de probable bronchopneumopathie chronique obstructive (CIM-10 J44), d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec varices opérées, d'artériopathie jambière gauche et des carrefours fémoraux mais sans sténose, de status après néphrectomie gauche sur tumeur rénale à cellules claires en 2013, d'une modification durable de personnalité après une expérience catastrophe (CIM-10 F62.0), d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et de trouble dissociatif sans précision (CIM-10 F44). Selon les experts, la capacité de travail était - pour des raisons rhumatologiques et endocrinologiques - nulle depuis fin 2009 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % pour gérer les glycémies et le traitement insulinique depuis fin 2009. L'activité devait être adaptée aux limitations suivantes (sic) :

Limitations endocrinologiques : pas de travail dangereux pour lui ou pour des tiers, horaires réguliers, pas d'efforts intenses ou irréguliers, possibilités d'avoir des pauses pour contrôler les glycémies et adapter le traitement insulinique.

Limitations rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, port de charge limitée à 10 kg. Pas d'effort des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules. Pas de position à genoux et accroupie. Pas de travail en hauteur. Pas de marche sur terrain irrégulier.

Pas de limitations pour la médecine interne générale et pour la psychiatrie.

Dans un avis du 17 septembre 2024, le SMR, se fondant sur l'expertise de Z._____ SA, a retenu ce qui suit (sic) :

Atteintes principales à la santé : Diabète insulino-requérant. Coxarthrose bilatérale (surtout évoluée du côté gauche). Douleurs du genou gauche (sur exostose), des deux épaules (sur capsulite rétractile et légère atteinte dégénérative gléno-humérale et acromioclaviculaire), et lombaires (sur atteinte dégénérative).

Diagnostics associés : voir point 4.3 de l'expertise

CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] : 0% depuis décembre 2009

CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] : 80% (100% avec diminution de rendement de 20% pour gérer les glycémies et le traitement insulinique) depuis décembre 2009

LF [limitations fonctionnelles] : Limitations endocrinologiques : pas de travail dangereux pour lui ou pour des tiers, horaires réguliers, pas d'efforts intenses ou irréguliers, possibilités d'avoir des pauses pour contrôler les glycémies et adapter le traitement insulinique. Limitations rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, port de charge limitée à 10 kg. Pas d'effort des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules. Pas de position à genoux et accroupie. Pas de travail en hauteur. Pas de marche sur terrain irrégulier.

Par projet de décision du 7 octobre 2024, l'Office AI a communiqué à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations en raison d'un degré d'invalidité de 20 % en 2023 et de 28 % en 2024.

Par courrier du même jour, l'Office AI a communiqué à l'assuré qu'il lui octroyait le droit à l'aide au placement.

Les 2 novembre et 5 décembre 2024, l'assuré, désormais représenté par Me François Gillard, a formulé des observations à l'encontre du projet de décision précité. En substance, il contestait la définition des limitations fonctionnelles retenues, en particulier en lien avec ses problèmes rénaux, et l'absence de considération de l'impact de ses affections psychologiques sur sa capacité de gain. Il évoquait également de nouvelles difficultés à marcher et à rester en position statique debout prolongée. Il estimait également que son obésité avait une influence sur sa capacité de travail et que son état s'était détérioré entre la date de l'expertise et le projet de décision.

Par courriers des 9 décembre 2024 et 22 janvier 2025, l'Office AI a demandé à l'assuré de lui fournir les éléments susceptibles de lui permettre de revoir sa position d'ici au 22 mars 2025.

Par décision du 8 avril 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. Par acte du 13 mai 2025, A. _____, toujours sous la plume de son conseil, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité complète lui est octroyée dès le 1^{er} janvier 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi à l'Office AI pour complément d'instruction. En substance, il considérait que la constatation des faits était inexacte, car elle ne prenait pas suffisamment en compte l'impact des troubles et des limitations fonctionnelles sur sa santé. Il critiquait également la non-réalisation d'un stage dans un centre « H. _____ », qui aurait permis d'évaluer plus finement sa capacité de travail, son rendement et sa fatigabilité. De même, il invoquait une violation de son droit d'être entendu due à la motivation insuffisante des activités adaptées. Il faisait également grief à l'Office AI d'avoir omis d'analyser les nécessaires implications de sa polymorbidité sur le plan professionnel et de ses limitations fonctionnelles dans la réalisation de ses tâches ménagères et d'avoir considéré que son obésité était sans impact sur sa capacité de travail, malgré la jurisprudence récente du Tribunal fédéral. Pour finir, il faisait état d'une aggravation de son insuffisance rénale chronique depuis 2024, nécessitant un complément et une réactualisation de son dossier.

Par réponse du 26 juin 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il relevait en particulier l'absence d'aggravation significative de l'état de santé d'A. _____ depuis la décision de refus de prestations du 12 janvier 2016 et une absence de documentation de la dégradation de l'état de santé de l'intéressé entre la date de l'expertise et celle de la décision.

Par réplique du 23 septembre 2025, A._____ a maintenu sa position et persisté dans ses conclusions.

Par duplique du 8 octobre 2025, l'Office AI a maintenu ses conclusions, en précisant qu'une nouvelle demande de prestations était envisageable, pour autant qu'elle soit accompagnée de documents rendant plausible une modification significative de la situation.

Par déterminations du 13 octobre 2025, A._____ a produit un rapport du 8 octobre 2025 du Dr E._____, dans lequel il constatait une péjoration de l'état de santé de son patient en 2025, rendant impossible toute activité professionnelle régulière ou quotidienne.

Par déterminations du 8 novembre 2025, A._____ a produit un courrier du 28 juillet 2025 du Dr J._____ et du psychologue O._____ soutenant la réalisation d'une expertise multidisciplinaire pour évaluer la capacité de travail actuelle de leur patient, et un courrier du 29 octobre 2025 de la fille de l'intéressé, dans lequel elle relatait les troubles de santé de son père ainsi que les activités qu'elle réalisait quotidiennement à sa place.

Par déterminations du 4 décembre 2025, l'Office AI a maintenu sa position.

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 une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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).

Dans le cas présent, la décision litigieuse du 8 avril 2025 fait suite à la nouvelle demande d'octroi de prestations déposée le 21 juillet 2022 par le recourant. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application.

3. A titre liminaire, il convient d'examiner le grief tiré d'une prétendue violation du droit d'être entendu invoquée par le recourant.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Dans le cas particulier, il apparaît que la décision litigieuse expose clairement les activités adaptées à l'état de santé du recourant. On comprend ainsi que le recourant pourrait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail « dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production en tant qu'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères voir ouvrier dans le conditionnement ». Une telle définition des activités adaptées est suffisamment précise et permet

aisément d'en apprécier la portée, de sorte que l'on ne saurait reprocher à l'office intimé d'avoir insuffisamment motivé sa décision. De surcroît, il ressort du dossier que cette description figurait dans le projet de décision du 7 octobre 2024, à l'encontre duquel le recourant avait déjà eu la possibilité de faire valoir ses arguments. Dans ces conditions, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être écarté.

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 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), 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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été

établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 12 janvier 2016 refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 8 avril 2025, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Pour ce faire, il est nécessaire de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 8 avril 2025 aux circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 12 janvier 2016.

a) A ce titre, il ressort du dossier que les affections somatiques du recourant, en particulier le diabète de type II insulino-requérant, le status post néphrectomie gauche et l'obésité, n'avaient pas été considérées comme incapacitantes lors de la décision du 12 janvier 2016. Sur le plan psychique, le Dr K._____ retenait les diagnostics de trouble état de stress post traumatique chronique (CIM-10 F43.1) et de trouble dissociatif non spécifié (CIM-10 F44.9), ce dernier étant un diagnostic provisoire en attendant un bilan neurologique. Il estimait que ces atteintes n'étaient à l'origine d'aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail, quel que soit le type d'activité. Sur le plan neurologique, le Dr M._____ ne retenait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

b) Dans le cadre de la nouvelle demande du 21 juillet 2022 du recourant, l'office intimé a reçu les rapports des 13 septembre et 13 décembre 2022 de la Dre P._____, le rapport du 12 octobre 2022 du Dr E._____, le rapport du 26 décembre 2022 du Dr I._____, le rapport

du 12 avril 2023 de la Dre S._____ et le rapport du 16 janvier 2023 du Dr J._____.

Il ressort de ces pièces que, sur le plan somatique, le recourant souffre principalement d'un diabète plutôt mal équilibré à 8 % d'hémoglobine glyquée, d'une obésité morbide, d'une hypertension artérielle, d'un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, d'une insuffisance rénale stade G3aA3 sur néphropathie diabétique, de céphalées de tension, d'une exostose fémorale distale droite, d'une capsulite rétractile à l'épaule gauche et d'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. La Dre P._____ et le Dr E._____ estiment d'ailleurs que le recourant ne peut pas exercer une activité nécessitant de porter des charges lourdes, de travailler dans des endroits non sécuritaires et d'effectuer des travaux physiques réguliers ou avec flexion des genoux et qu'il doit bénéficier de temps pour faire ses autocontrôles, des corrections d'insuline et des repas réguliers (cf. rapports des 13 septembre et 13 décembre 2022 de la Dre P._____ et du 12 octobre 2022 du Dr E._____). Ce dernier médecin considère d'ailleurs que ses limitations empêchent l'exercice de toute activité lucrative indépendante ou salariée. Sur le plan psychique, le recourant est atteint d'une modification durable de la personnalité et d'un trouble dépressif récurrent moyen (cf. rapport du 16 janvier 2023 du Dr J._____).

c) Sur la base de ces constatations, l'office intimé est entré en matière et a ordonné la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire auprès de Z._____ SA. Selon le rapport d'expertise du 18 juin 2024, il ressort que le recourant souffre d'un diabète actuellement bien contrôlé par une thérapie antidiabétique assez lourde, et compliqué d'une polyneuropathie et d'une insuffisance rénale avec albuminurie, sans rétinopathie (CIM-10 E13.7), d'une coxarthrose bilatérale, surtout évoluée du côté gauche (CIM-10 M16), de douleurs du genou gauche secondaires à une exostose (CIM-10 M77.9), de douleurs des deux épaules secondaires à une capsulite rétractile mais avec une légère atteinte dégénérative gléno-humérale et acromioclaviculaire (CIM-10 M75.0), de douleurs lombaires secondaires à une atteinte dégénérative (CIM-10 M54.5), d'une obésité exogène (CIM-10 E66),

d'hypertension artérielle (CIM-10 I10), d'une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (CIM-10 G47.3), d'une probable bronchopneumopathie chronique obstructive (CIM-10 J44), d'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec varices opérées, d'une artériopathie jambière gauche et des carrefours fémoraux mais sans sténose, d'un status après néphrectomie gauche sur tumeur rénale à cellules claires en 2013, d'une modification durable de personnalité après une expérience catastrophe (CIM-10 F62.0), d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et d'un trouble dissociatif sans précision (CIM-10 F44). Sur le plan endocrinologique, cela implique une absence de travail dangereux pour le recourant ou pour des tiers et d'efforts intenses ou irréguliers, des horaires réguliers, et des possibilités d'avoir des pauses pour contrôler les glycémies et adapter le traitement insulinique. Sur le plan rhumatologique, le recourant est limité dans le soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, le port de charge au-delà de 10 kg, les efforts des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules, les positions à genoux et accroupie, le travail en hauteur et la marche sur terrain irrégulier. En tenant compte de ces limitations, l'assuré présente une incapacité totale dans son activité habituelle, et une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée.

aa) En l'état du dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de Z. _____ SA. En effet, elles résultent d'une analyse exhaustive et pluridisciplinaire de la situation médicale du recourant qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. Les développements des experts montrent qu'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier, notamment aux rapports des médecins traitants (cf. synthèse du dossier [Annexe 5 du rapport du 18 juin 2024]) sur lesquels ils se sont dûment prononcés (cf. notamment ch. 6.3 de l'expertise psychiatrique [Annexe 3 du rapport du 18 juin 2024]), et qu'ils ont cherché à les contacter pour obtenir des renseignements en cas de doutes ou de besoin d'informations complémentaires (cf. ch. 6.1 de l'expertise en médecine interne générale [Annexe 1 du rapport du 18 juin 2024] et ch. 5 de l'expertise psychiatrique [Annexe 3 du rapport du 18 juin 2024]). Les experts ont également méthodiquement discuté des nombreuses

pathologies du recourant, en comparant les diagnostics des médecins traitants aux leurs, en expliquant pour quels motifs ils s'en écartaient le cas échéant et en évaluant la cohérence et la plausibilité des plaintes de l'expertisé et les examens cliniques effectués. On notera également que lorsque les experts retenaient un trouble qui ressortait du domaine d'expertise de l'un de leurs pairs, ils renvoyaient régulièrement à leur avis (cf. ch. 7.1 de l'expertise de médecine interne générale [Annexe 1 du rapport du 18 juin 2024], ch 6.2 de l'expertise endocrinologique / diabétique [Annexe 2 du rapport du 18 juin 2024]). La définition des limitations fonctionnelles du recourant apparaît également comme cohérente et en adéquation avec celles constatées par les médecins traitants avant eux.

bb) Au surplus, le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de cette expertise. Il sied également de constater que les critiques émises par le recourant à son encontre sont principalement de nature appellatoire, ne sont pas étayées par des éléments objectifs et ne permettent pas de justifier un complément d'instruction. Ainsi, on ne saurait faire grief aux experts de ne pas avoir pris en compte l'impact cumulé des diverses pathologies retenues, dès lors que seules les limitations endocrinologiques entraînent des répercussions sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. De même, en l'absence d'élément au dossier justifiant la mise en place d'un stage professionnel, l'office intimé pouvait légitimement se fonder sur cette expertise pour statuer sur les prétentions de l'intéressé en matière d'assurance-invalidité, sans qu'un recours à une telle mesure ne s'avère nécessaire.

cc) On ne saurait également suivre le recourant lorsqu'il estime que l'office intimé aurait dû prendre en considération la portée, sur le plan professionnel, de ses limitations fonctionnelles dans la réalisation et l'exécution de ses tâches ménagères et personnelles. En effet, l'évaluation de l'incapacité à accomplir ses travaux habituels n'est pertinente que pour les assurés n'exerçant aucune activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA) ou seulement une activité à temps partiel (art. 28a al. 3

LAI et 27^{bis} RAI). A cet égard, il sied de rappeler que le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé et qu'il s'agit de déterminer s'il exercerait une activité lucrative, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). Or il ressort du dossier que l'intimé a considéré que le recourant aurait travaillé à 100 % s'il n'était pas atteint dans sa santé, dès lors qu'elle a procédé, tant lors de la décision du 12 janvier 2016 et que lors de la décision litigieuse du 8 avril 2025, à une comparaison du revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide et de celui qu'il pourrait obtenir en exerçant une activité pouvant raisonnablement être exigée de lui. Etant donné que cela semble correspondre au dernier taux d'activité de l'intéressé (cf. rapport du 6 décembre 2013 du Dr D. _____ et de la psychologue F. _____) et que le recourant n'a jamais remis en question cela auparavant, il n'y a pas lieu de s'écarter du statut déterminé par l'intimé. Il ne lui incombait donc pas de se prononcer sur la capacité du recourant à réaliser ses travaux habituels, de sorte que l'argumentation de ce dernier tombe à faux.

dd) Il en va de même pour ce qui est de l'impact de l'obésité sur la capacité de travail du recourant. En effet, le Tribunal fédéral a récemment changé sa pratique en matière d'obésité en ce sens que le fait qu'un traitement soit en principe possible ne s'oppose pas en soi à un droit à la rente. Comme pour toute atteinte à la santé physique, il convient dorénavant d'examiner au cas par cas si et dans quelle mesure l'obésité et le déconditionnement qu'elle engendre impactent la capacité de travail et, le cas échéant, si l'assuré peut réduire le dommage (ATF 151 V 66 consid. 5.11). En l'espèce, il ressort du volet endocrinologique et diabétologique du rapport d'expertise du 18 juin 2024 que le recourant aurait présenté une prise pondérale extrêmement rapide entre fin 2023 et début 2024 inexplicquée, mais qui semblait stabilisée, et qu'il était nécessaire d'investiguer l'impact que cela pouvait avoir sur une éventuelle apnée du sommeil, elle-même pouvant contribuer à la fatigue de l'intéressé. L'obésité a donc fait l'objet d'une analyse de la part des experts, qui n'a toutefois pas été considérée comme incapacitante. En outre, le seul fait que

les experts de Z._____ SA ne soient pas arrivés à la même conclusion que le Dr E._____ concernant l'impossibilité de travailler en flexion des genoux (cf. rapport du 12 octobre 2022 du Dr E._____) n'est pas suffisant pour remettre en cause la valeur probante de cette expertise, dès lors que cette contrainte se retrouve également dans les limitations fonctionnelles constatées dans le rapport d'expertise du 18 juin 2024, bien qu'elle soit corrélée aux troubles rhumatologiques. Ainsi, en l'absence d'éléments médicaux permettant d'objectiver une incapacité de travail en lien avec l'obésité du recourant, l'office intimé pouvait raisonnablement considérer que celle-ci n'était pas invalidante, même au regard de la nouvelle pratique du Tribunal fédéral.

d) Au demeurant, il convient de constater que les allégations du recourant quant à la survenance d'une éventuelle aggravation de son état de santé survenue postérieurement à l'expertise ne sont documentées ni sur le plan médical, ni sur le plan temporel, de sorte qu'il ne serait en tout état de cause pas possible pour la Cour de céans de déterminer, dans l'hypothèse où une telle aggravation serait avérée, si elle devrait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. De même, le rapport du 8 octobre 2025 du Dr E._____ relatant une aggravation de l'état de santé du recourant ne saurait être pris en compte dans le cadre du présent litige. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

e) Dès lors, au regard des considérations qui précèdent, il s'agit de confirmer les conclusions du rapport d'expertise du 18 juin 2024 de Z._____ SA, lesquelles ne sont pas contredites par les médecins traitants, et de retenir depuis fin 2009 une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de monteur d'échafaudages et de 80 % dans une activité adaptée.

8. Une incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ayant été reconnue, il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant, afin de savoir si ce dernier peut prétendre à une rente.

a) En l'espèce, il appert que le recourant présente une capacité de travail réduite de 20 % dans une activité adaptée à son état de santé depuis 2009. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2023, à savoir l'année de naissance de l'éventuel droit à la rente (cf. ATF 129 V 222), six mois après le dépôt de la demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

b) Dans la mesure où, d'une part, le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, du fait que le recourant émarge à l'aide sociale depuis plusieurs années, et que, d'autre part, ce dernier n'a jamais repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, il sied de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité à l'aune des tableaux TA1_skill-level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiés tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) en se fondant sur les données statistiques les plus récentes (cf. ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e éd., Bâle 2025, n° 25, 25a et n° 33 *ad* art. 16). Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité du recourant à 67'484 fr. 72 correspondant au salaire moyen touché par un homme dans des activités manuelles simples (ESS 2022, Tableau TA1_tirage_skill_level, total hommes, niveau de compétence 1) après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures dans cette branche économique (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et après indexation à 2023 (salaire mensuel de 5'305 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation de 1,7 % ; cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »). En ce qui concerne le revenu annuel avec invalidité, celui-ci s'élève à 53'987 fr. 78,

correspondant aux 80 % de 67'484 fr. 72. Il résulte de la comparaison de ces revenus un degré d'invalidité de 20 %, lequel n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

c) Dans sa nouvelle teneur depuis le 1^{er} janvier 2024, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit une déduction de 10 % lorsque le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques. Cette disposition s'applique également lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant son entrée en vigueur en raison d'un taux d'invalidité insuffisant, pour autant qu'une nouvelle demande n'établisse de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023 ; RO 2023 635). Le degré d'invalidité pour l'année 2023 étant insuffisant pour l'octroi d'une rente, il se justifie donc de procéder au calcul également pour l'année 2024, afin de déterminer si cette déduction supplémentaire permet d'aboutir à la reconnaissance d'un droit à la rente.

Pour l'année 2024, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité du recourant à 68'294 fr. 54 correspondant au salaire 2023 indexé à 1,2 %. En ce qui concerne le revenu annuel avec invalidité, celui-ci s'élève à 49'172 fr. 07, correspondant aux 80 % de 68'294 fr. 54, desquels il convient encore de déduire 10 %. Il résulte de la comparaison de ces revenus un degré d'invalidité de 28 %, lequel n'est toujours pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

d) Partant, au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation médicale du recourant s'est objectivement péjorée depuis le mois de janvier 2016, mais pas dans une ampleur suffisante pour permettre l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié ce droit au recourant.

9. Les pièces médicales au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les requêtes de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise peuvent dès lors être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 41. ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, 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) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du juge instructeur du 28 mai 2025). Les frais judiciaires 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 12 novembre 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'043 fr. 10, 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]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 avril 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.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'043 fr. 10 (deux mille quarante-trois francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La partie 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, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour A. _____),
- 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).

Le greffier :