

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité espagnole, marié et père de deux enfants majeurs, est établi en Suisse depuis le mois de mai [...] après avoir principalement vécu entre l' [...], la [...] et la [...], pays dans lesquels il a exercé différentes activités professionnelles (carrossier, agent de sécurité, vendeur ambulant de vêtements, chauffeur-livreur notamment).

En dernier lieu, depuis le 6 juin 2017, l'assuré était employé en qualité de monteur en sanitaire et chauffage auprès de la société D. _____ SA.

Le 23 août 2018, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation lors duquel le véhicule qu'il conduisait a été embouti par le véhicule qui le suivait. À cette suite, il a ressenti des douleurs lombaires, mais a néanmoins poursuivi l'exercice de son activité professionnelle jusqu'au 12 octobre 2018, date depuis laquelle il se trouve en incapacité de travail.

Le cas a initialement été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Par décision du 22 février 2019, cette dernière a néanmoins mis fin à ses prestations le 24 février 2019, considérant que le canal lombaire étroit et la hernie discale que l'assuré présentait n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident du 23 août 2018.

b) Le 19 juin 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des douleurs persistantes depuis l'accident de la circulation du 23 août 2018.

Par communication du 15 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce (sous forme de

trois modules) auprès d'E._____ SA, à [...], du 22 juillet 2019 au 11 janvier 2020.

Dans un rapport du 8 novembre 2019, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'hyperprotéinoarchie à 614, sans bande oligoclonale et index IgG LCR négatif, d'hyper-signal T2 du cordon médullaire à l'étage D4-D5, en position paramédiane gauche, de trouble moteur du membre inférieur gauche (d'installation progressive depuis septembre 2018) d'origine pyramidale, de crampes des membres inférieurs à prédominance droite, d'hypoesthésie diffuse du membre inférieur gauche et prédominance de la face antéro-latérale de la cuisse gauche, et de niveau sensitif dorsal avec hypoesthésie tactoalgique de l'hémi-tronc gauche dès D5-D7. Ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle comme nulle depuis le 12 octobre 2018, avec une reprise à mi-temps du 1^{er} au 15 juin 2019. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : pas de port de charges lourdes, pas de travail de force, alternance de la position assis/debout, diminution du périmètre de marche et pas de marche en terrain irrégulier.

Dans un rapport du 15 novembre 2019, la personne en charge du suivi de l'assuré auprès d'E._____ SA a conclu à l'impossibilité de poursuivre la mesure en « Phase 2 » en raison de l'état de santé défaillant du bénéficiaire.

Par communication du 20 janvier 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'à la suite de l'interruption de la mesure d'orientation et de stages dans une activité adaptée dont il avait bénéficié, et lors de laquelle il ne s'était pas senti apte à s'engager, d'autres mesures n'étaient pas envisageables, si bien que l'instruction de son dossier se poursuivait.

Dans un rapport du 15 octobre 2020, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait part de la volonté de l'assuré de pouvoir reprendre le travail malgré la faiblesse et les douleurs touchant ses membres inférieurs. Reprenant les éléments déjà connus au

dossier, ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis le 12 octobre 2018 dans l'activité habituelle. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à sa formation et à ses capacités intellectuelles.

Par avis du 4 janvier 2021, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a indiqué que dans la situation de l'assuré qui présentait une atteinte médullaire entraînant des troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs, il était clair que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. La capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le neurologue était probablement entière.

Dans un rapport du 21 janvier 2021, le Dr H._____ a repris les diagnostics déjà connus et a décrit une situation stable, avec la persistance de crampes douloureuses multifocales des membres inférieurs.

Par avis du 29 janvier 2021, le SMR a, au vu des derniers renseignements récoltés au dossier, proposé de mettre en œuvre une expertise neurologique.

Dans un rapport d'expertise du 2 juin 2021, le Dr V._____, spécialiste en neurologie auprès du centre d'expertises médicales J._____ SA, a posé les diagnostics incapacitants de pathologie du système nerveux périphérique d'évolution rapide (suspicion de chorée fibrillaire de Morvan) et de status après libération de canal lombaire étroit et de compression L3 gauche le 29 mars 2019. Cet expert a évalué la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle comme nulle depuis novembre 2018. Dans une activité adaptée (travail assis avec place de travail ergonomique), la capacité de travail de l'expertisé était également nulle depuis octobre 2019, en raison de la dégradation des fonctions nerveuses signalée par le neurologue traitant (Dr H._____) le 8 novembre 2019.

Par avis du 12 juillet 2021, le SMR a relevé que, selon l'expertise précitée, il existait une dégradation progressive neurologique nécessitant des investigations neurologiques thérapeutiques en raison de suspicion de Chorée fibrillaire de Morvan en sorte qu'un diagnostic étiologique devait être effectué. Il était proposé une révision à une année.

Par avis du 13 juillet 2021, le SMR a constaté que, selon le rapport du Dr H. _____ du même jour, il n'existait pas d'indice d'une nouvelle maladie évolutive grave chez l'assuré. L'instruction du dossier devait se poursuivre.

Le 12 août 2021, l'OAI a réceptionné le dossier médical de l'I. _____, faisant état d'une hospitalisation de l'assuré entre le 28 décembre 2020 et le 31 décembre 2020, effectuée pour disposer d'un second avis sur les troubles neurologiques des membres inférieurs, d'étiologie peu claire. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, mais éventuellement de 100 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 25 août 2021, le Dr O. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué avoir vu en consultation l'assuré à une seule reprise le 29 juin 2021. Posant les diagnostics de crampes aux membres inférieurs avec des douleurs neuropathiques et une parésie du releveur du pied droit (depuis le 17 octobre 2018) et de syndrome du canal carpien bilatéral (depuis le 29 juin 2021), ce médecin a conclu à une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle, sans toutefois se prononcer sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. Il était noté un suivi de l'assuré effectué par les neurochirurgiens du CHUV.

Par avis du 22 octobre 2021, le SMR a relevé que, depuis l'expertise du Dr V. _____, la situation n'était objectivement toujours pas claire, une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'ayant pas été mise en évidence. L'instruction devait se poursuivre.

Aux termes d'un rapport du 3 janvier 2022, la Dre X._____, médecin-assistante à l'I._____, a fait part d'un état clinique stable et d'investigations complémentaires par électrophysiologie et imagerie (IRM) effectuées, mais sans aucune étiologie somatique susceptible d'expliquer la symptomatologie sensitivomotrice des membres inférieurs. Selon ce médecin, une activité adaptée sans effort pourrait être envisageable dont l'étendue devait être décidée au cours d'un essai de travail.

Par avis du 13 janvier 2022, le SMR a retenu qu'il se trouvait devant la situation d'un assuré qui se plaignait de troubles sensitivomoteurs des membres inférieurs. Ni le CHUV ni l'I._____ n'avait toutefois retrouvé une cause somatique expliquant la symptomatologie. Il était conclu à un trouble fonctionnel neurologique d'allure somatoforme. Pour sa part, l'I._____ concluait qu'une activité adaptée était théoriquement réalisable, mais sans en définir le taux.

Dans un rapport du 10 mars 2022, le Dr H._____ a indiqué que si l'assuré pourrait présenter une certaine capacité de travail en l'absence de travail manuel, d'efforts physiques, avec nécessité de faire des pauses en raison du syndrome douloureux, il n'était toutefois pas évident d'imaginer une activité professionnelle « adaptée » dans laquelle l'intéressé présenterait un rendement satisfaisant sur le marché du travail.

Après avoir complété l'instruction médicale par l'apport de renseignements supplémentaires recueillis auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des 9 mai 2022 et 10 octobre 2022 de la Dre S._____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 6 juin 2022 de la Dre K._____, spécialiste en médecine générale ; rapport du 13 juin 2022 et courrier rectificatif du 1^{er} septembre 2022 du Dr H._____), l'OAI les a soumis au SMR qui a noté un bilan rhumatologique négatif pour une atteinte du tissu conjonctif et une extension aux membres supérieurs retenues par le Dr H._____ (avis SMR des 27 juillet 2022 et 8 novembre 2022).

Par avis du 3 février 2023, après avoir fait le point de situation, le SMR a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie, médecine interne et psychiatrie).

Le 27 mars 2023, l'OAI a confié cette évaluation au centre d'expertises médicales R._____ SA, à [...] (ci-après : R._____). Dans leur rapport d'expertise du 6 juillet 2023, les experts ont retenu de manière consensuelle que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis octobre 2018. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 100 % depuis toujours sauf durant six semaines de période péri-opératoire en mars 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de positions répétées en porte-à-faux, pas de port répété de charge supérieure à cinq kilos, pas de position statique debout ou assis prolongée avec changement possible de position toutes les trente minutes.

Par avis du 14 juillet 2023, le SMR a validé le caractère probant du rapport d'expertise du R._____ du 6 juillet 2023.

Par projet de décision du 17 juillet 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), aux motifs qu'au terme du délai d'attente d'un an depuis le début de ses problèmes de santé, soit le 12 octobre 2019, bien qu'il présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure d'installateur sanitaire, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de positions répétées en porte-à-faux, pas de port répété de charge supérieure à cinq kilos, pas de position statique debout ou assis prolongée avec changement possible de position toutes les trente minutes). Le revenu d'invalidé auquel il pourrait prétendre (64'700 fr. 23) étant supérieur au revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé en 2019 (64'127 fr. 70), l'assuré ne subissait aucun préjudice économique et le droit à la rente n'était dès lors pas ouvert. S'agissant des mesures

professionnelles, le manque à gagner durable n'étant pas de 20 % au moins, le recourant n'y avait également pas droit.

Le 14 [recte : 4] septembre 2023, l'assuré a indiqué qu'il s'opposait au projet de décision précité. Par la suite, il a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 9 octobre 2023 du Dr H._____, lequel a indiqué soutenir l'assuré dans sa contestation s'agissant de la prise en compte d'une capacité de travail de 100 % ;

- un rapport du 10 octobre 2023 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis janvier 2023, et qui a indiqué que son patient présentait un état dépressif d'intensité moyenne à sévère et un trouble de la personnalité alors décompensé dans un contexte vécu comme rejetant et humiliant ; les caractéristiques de sa personnalité jouaient un rôle majeur dans la situation et rendaient plus qu'improbable une reprise d'activité professionnelle, ce qui justifiait une réévaluation sur ces points en particulier ;

- un rapport du 8 décembre 2023 des Drs U._____ et B._____, respectivement médecin associé et cheffe de clinique adjointe du Département de psychiatrie à l'Hôpital de [...], en lien avec l'hospitalisation de l'assuré auprès de cet établissement du 22 au 24 août 2023, sur un mode volontaire, consécutive à une altercation le jour même avec deux cyclistes et dans le contexte d'idéations suicidaires actives après réception du projet de décision de l'OAI et du refus de Procacp de le représenter pour la suite de la procédure. On extrait le passage suivant de ce rapport médical :

“Synthèse - Discussion et évolution

Le patient est adressé pour une consultation psychiatrique d'urgence durant la garde par le service d'urgence somatique de [...] dans un contexte de crise suicidaire. Le patient se trouve en difficulté face à la gestion de cette période par ses propres moyens, malgré une prise en charge au long cours adaptée ainsi que la présence d'un traitement médicamenteux. Étant donné le manque actuel de ressource, le patient est hospitalisé en urgence à l'hôpital

de [...] pour un accompagnement de la crise suicidaire, adaptation de la stratégie thérapeutique médicamenteuse ainsi qu'une prise en charge sociale, ce que le patient accepte sans négociation.

Le patient a été admis pour la prise en charge d'un risque auto et hétéro-agressif dans un contexte d'épisode dépressif sévère évoluant depuis 5 ans lors d'un accident avec séquelles impactant sa capacité de travail et s'aggravant depuis quelques jours après la décision négative de l'AI à sa demande de rente. Le patient décrit une asthénie, une anhédonie, un sentiment de tristesse et de honte ainsi qu'un important vécu d'injustice et d'impuissance "je me bats contre des moulins de vent", une irritabilité avec la peur de réactions impulsives, un manque de concentration et des oublis ainsi que des troubles de sommeil avec des difficultés d'endormissement suite à la présence de ruminations anxieuses et une hyperphagie (jusqu'à épisodes de boulimie). Il est suivi depuis le début de l'année par le Dr W. _____ bi-hebdomadaire, il explique avoir refusé un traitement anti-dépresseur par peur des effets secondaires et avoir accepté du Trittico prescrit par son médecin traitant. Il rapporte des idées suicidaires scénarisées. "J'ai réfléchi à plusieurs reprises à la manière dont je pourrais me tuer", "Je sais comment m'y prendre. Je ne veux pas que ma famille me découvre, donc le suicide ne peut pas être par pendaison. Ce serait un accident de voiture que je provoquerais". "Je ne veux blesser personne", "Une sortie de route dans des routes de montagne", "Je pense qu'ils ne souffriront qu'une seule fois si je suis mort, alors qu'en ce moment je suis un fardeau pour eux." Monsieur A. _____ dit que si bien cela ne le "dérangerait pas" de mourir actuellement, il n'a pas de velléité de passage à l'acte et il tient à sa famille. Il est dans une demande d'aide.

A l'admission, nous avons donc initié un traitement médicamenteux de Cymbalta 30 mg. L'évolution est favorable, le patient pouvant s'apaiser, prendre du recul de sa situation et re-organiser ses priorités vitales.

Les éléments cliniques et anamnestiques ont permis d'évoquer le diagnostic d'épisode dépressif sévère.

L'épouse a été rencontrée le 24.08.2023 et monsieur [a] pu évoquer son état et ses idées suicidaires ainsi que son sentiment d'inutilité et de poids pour sa famille. L'épouse a valorisé son rôle actuel dans la famille. Nous avons convenu d'un retour à domicile le même jour. Le patient a RDV chez son médecin traitant le 11.09.23, en attendant le retour de vacances de son psychiatre, monsieur sera pris en charge par l'AOC [Unité d'accueil, d'observation et de crise] avec un rendez-vous le 5 septembre 2023.";

- une lettre de sortie du 18 janvier 2024 de l'Hôpital psychiatrique de [...], attestant d'une hospitalisation de l'assuré de courte durée et d'une évolution favorable.

Interpellé dans l'intervalle par le SMR (questionnaire du 20 février 2024), le Dr W. _____ lui a répondu le 21 mars 2024 en faisant part d'une évolution médiocre à la suite d'une nouvelle intervention chirurgicale sans effet sur le genou de l'assuré qui n'avait fait que le décourager encore plus. Les limitations fonctionnelles se rapportaient à une perte d'intérêt et de motivation, une fatigue, une obnubilation par les ruminations incessantes et des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'un stress relationnel marqué, susceptible de conduire à des mouvements marqués d'anxiété ou d'agressivité. Le psychiatre traitant évaluait la capacité de travail résiduelle de l'assuré de l'ordre de 10 - 20 %, même dans une activité adaptée.

Après avoir recueilli le point de vue du SMR (avis du 10 avril 2024), l'OAI s'est déterminé le même jour sur le courrier de l'assuré daté du 14 septembre 2023, en ce sens qu'il considérait que cette contestation ne lui apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position qui se fondait sur l'expertise pluridisciplinaire du R. _____. Il ajoutait que son projet de décision du 17 juillet 2023 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales. Il devait donc être entièrement confirmé.

Par décision du 10 avril 2024, l'OAI a entériné son projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 19 juin 2019 par l'assuré.

B. Par acte du 13 mai 2024, A. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Canton de Vaud contre la décision précitée en concluant implicitement à son annulation, au motif que cette décision ne tiendrait pas compte de son état de santé détérioré, ni de sa souffrance quotidienne autant physique que morale. Il a demandé également le bénéfice de l'assistance judiciaire dès lors qu'il n'avait pas de revenu et qu'il était soutenu par l'aide sociale.

Par décision du 16 mai 2024, A._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 mai 2024. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires, sans être tenu de payer une franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 17 juin 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 24 juin 2024, Me David Métille a annoncé représenter le recourant en sollicitant l'extension de l'assistance judiciaire, soit la prise en charge de ses honoraires à compter du 17 juin 2024.

Par décision du 26 juin 2024, Me Métille a été désigné comme avocat d'office du recourant à compter du 17 juin 2024 dans la présente procédure.

Dans sa réplique du 16 août 2024, le recourant, par Me Métille, a conclu principalement à la réforme de la décision du 10 avril 2024 de l'OAI en ce sens qu'une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, lui soit allouée dès le 1^{er} novembre 2019. Subsidiairement, il a demandé l'annulation de la décision et le renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à une expertise aux plans psychiatrique et neurologique. Il a ajouté être disposé à se soumettre à une nouvelle expertise si la Cour devait constater la nécessité d'une telle mesure d'instruction. Sous bordereau de pièces joint à son écriture, le recourant a produit :

- un rapport du 16 juillet 2024 du Dr W._____, répétant que l'état dépressif actuel de l'assuré était important et qu'il correspondait à un état dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère, le tout compliqué par la personnalité de l'intéressé dont les défenses rigides étaient totalement dépassées dans ce contexte. L'état de santé était relativement stable et médiocre, malgré le traitement. Les symptômes dépressifs et le fonctionnement de l'assuré rendaient, du point de vue de son psychiatre, illusoire une reprise d'activité professionnelle. Selon le Dr W._____,

l'expertise pluridisciplinaire du R._____ semblait sous-estimer la gravité et la durée des symptômes dépressifs et elle ne tenait pas compte de la personnalité du recourant. Par ailleurs, les idées suicidaires s'inscrivaient dans un contexte dépressif dont l'intensité était supérieure à celle retenue par l'expertise ;

- un rapport du 18 juillet 2024 du Dr H._____, lequel a repris l'ensemble de la symptomatologie douloureuse du recourant et a fait part de son désaccord avec l'expertise pluridisciplinaire du R._____. Ce médecin évaluait pour sa part la capacité de travail résiduelle du recourant entre 0 et 30 % dans une activité adaptée, respectant l'absence de travail physique, nécessitant la marche ou le maintien en position assise ou debout de façon prolongée, le travail de l'équilibre moteur, le port de charges lourdes, les mouvements d'hyperflexion et d'hyperextension sur la commune lombaire. Le Dr H._____ ajoutait que cette capacité résiduelle ne correspondait à aucune activité sur le marché du travail.

Dans sa duplique du 19 septembre 2024, l'OAI a confirmé sa position dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée. Il a produit un avis SMR du 12 septembre 2024, selon lequel il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux dans les rapports produits par le recourant à l'appui de sa réplique du 16 août 2024.

E n d r o i t :

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 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2024, elle fait suite à une demande de prestations déposée le 19 juin 2019, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès le 1^{er} décembre 2019. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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 atteint dans sa santé (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. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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 citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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).

c) S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, on rappellera que, selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par 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 9C_660/2024 du 27 juin 2025 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 et les références citées).

7. En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante du rapport de l'expertise pluridisciplinaire du R._____, singulièrement ses volets neurologique et psychiatrique, étant relevé que l'intimé s'est fondé sur cette expertise pour en déduire que le recourant disposait encore d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6b supra). Il est basé sur des examens approfondis (des entretiens ont eu lieu les 8, 9 et 24 mai 2023) et repose sur des investigations circonstanciées du cas. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les quatre experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées par le recourant, relate le status, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs (examens approfondis du dossier médical, anamnèses détaillées, status complets et diagnostics répondant à la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé avec limitations fonctionnelles et ressources examinées en s'inspirant de la structure définie par la Mini CIF-APP), conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas d'espèce. Le recourant ne peut dès lors pas être suivi lorsqu'il soutient que l'approche des experts aurait été superficielle. Bien au contraire, l'expertise pluridisciplinaire du R._____ est bien étayée et parfaitement convaincante tant s'agissant de ses constatations que de ses conclusions.

b) Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, diagnostiquant une lombalgie chronique sur troubles dégénératifs multiétagés (M51.8), sans signe déficitaire ni irritatif, un status après décompression lombaire en mars 2019 pour canal étroit constitutionnel et une possible contusion lombaire lors d'un accident de la voie publique le 23 août 2018, l'experte retient la possibilité d'une réadaptation professionnelle de l'assuré depuis toujours, sauf pendant six semaines d'incapacité totale en péri-opératoire en mars 2019. Elle est d'avis que l'expertisé est en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations du rachis dorsolombaire (pas de positions

répétées en porte-à-faux, pas de port répété de charge supérieure à cinq kilos, pas de position statique debout ou assis prolongée avec changement possible de position chaque trente minutes). Selon son analyse, le pronostic est favorable car l'assuré parvient à rester autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne ainsi que pour ses déplacements effectués à pieds et motorisés. Les ressources sont préservées, l'expertisé ayant développé des stratégies d'adaptation dans le contexte de ses douleurs chroniques. Il dispose en outre d'une expérience professionnelle variée.

c) Sur le plan de la médecine interne, l'expert pose les diagnostics d'hypertension artérielle (2020), de deux épisodes de lithiases rénales entre 2015 et 2017, de carence en vitamine D substituée depuis 2019, d'hyperferritinémie (2020) normalisée en 2021, d'excision d'un schwannome du scalp (le 6 janvier 2022) et d'obésité stade 1. Malgré des valeurs tensionnelles un peu élevées, il évalue la capacité de travail de l'expertisé dont les ressources sont préservées à 100 % depuis toujours dans toute activité.

d) aa) Sur le plan neurologique, selon l'expert, des séquelles motrices légères à modérées peuvent être retenues s'agissant du membre inférieur gauche, avec en conséquence une altération des capacités de marche et d'équilibre. Ce médecin arrête les limitations fonctionnelles suivantes : travail physique nécessitant la marche ou le maintien en position assise ou debout de façon prolongée, travail en équilibre ou en hauteur, port de charges lourdes, mouvements d'hyperflexion ou d'hyperextension de la colonne lombaire. L'activité habituelle ne semble donc plus être en adéquation avec les restrictions précitées. A l'inverse, la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée malgré les problèmes de santé de l'expertisé.

bb) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise n'apparaît pas lacunaire, ni orientée, attendu qu'elle reconnaît l'existence de limitations fonctionnelles liées à ses atteintes neurologiques. Les conclusions de l'expert peuvent être confirmées, à l'inverse de celles

contenues dans les rapports successifs du Dr H._____. En effet, le neurologue traitant ne fait pas état de diagnostics ou d'une symptomatologie qui seraient clairement distincts de ceux ressortant de l'expertise du R._____. Il procède à des observations qui ne relèvent pas du ressort médical, mais de considérations liées à la réadaptation, sortant ainsi d'un strict cadre médico-théorique, ce qui contribue à relativiser la valeur probante de l'ensemble de son analyse. De plus, il ne discute pas les conclusions de l'expert neurologue. En particulier, le Dr H._____ ne remet pas en cause les ressources préservées mises en exergue par l'expert, ni les recommandations de ce dernier quant à la reprise par l'expertisé d'un traitement antalgique ainsi que de la physiothérapie, alors que, selon l'expert, la remise en place de tels traitements permettrait de bonnes chances de guérison (cf. expertise, volet neurologique, p. 32).

cc) Quant à la première expertise réalisée en 2021 par le Dr V._____, dont le recourant se prévaut en procédure de recours, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dès lors que l'analyse qui y est opérée repose sur la suspicion d'une pathologie du système nerveux d'évolution rapide (suspicion de chorée fibrillaire de Morvan). Or, après des investigations neurologiques menées ultérieurement, un tel diagnostic n'a pas été confirmé, ce qui conduit la Cour à nier toute valeur probante à cette première expertise.

e) aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert note que l'assuré accorde de l'importance à ses symptômes principaux d'ordre physique, situation stressante pour lui. Il a du ressentiment envers les premiers médecins qui l'ont soigné dont il est d'avis que leur prise en charge a été défailante. Face à ce tableau clinique, l'expert diagnostique un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique modéré (6C20.1). Il ne retient aucune limitation fonctionnelle et évalue la capacité de travail de l'expertisé comme entière depuis toujours. Les ressources analysées sont soit conservées, soit non évaluables, chez l'assuré qui peut prendre soin de lui-même, se prendre en charge et qui conserve une mobilité, étant capable de conduire ou de prendre les transports publics. Il conserve des loisirs (lecture, télévision) et a voyagé en [...] ainsi qu'au [...]

avec son épouse en [...]. L'expert a en outre décrit le soutien dont il bénéficie, essentiellement fourni par sa femme et ses enfants. Le traitement ne peut pas se comprendre en tant qu'une source de succès dès lors que la médication psychotrope fait défaut car l'assuré y est opposé, bien qu'il soit suivi depuis janvier 2023 à une fréquence d'une fois toutes les trois semaines (consultations d'une durée d'une heure) par le Dr W._____. Ce faisant, l'expert psychiatre a posé une appréciation pondérée et convaincante de la situation ainsi que de la capacité de travail de l'assuré, répondant aux exigences déduites de la jurisprudence topique en la matière (cf. consid. 5 supra).

bb) Le recourant reproche en substance à l'expert psychiatre d'avoir minimisé l'importance des symptômes qu'il présentait. Il entend en particulier se prévaloir du fait que l'expert n'a pas pris contact avec son psychiatre traitant (DrW._____), alors même qu'il était en traitement auprès de ce médecin depuis janvier 2023. Il se prévaut à cet égard d'un passage des Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance établies par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie le 16 juin 2016, dont il entend déduire que l'expert était tenu de prendre des renseignements auprès du médecin traitant (cf. ch. 6.3 des Lignes directrices, *in fine* : « En cas d'évaluation différant fortement de celle du médecin traitant, il est recommandé de recueillir des compléments d'anamnèse auprès de celui-ci »).

A ces égards, il convient de relever qu'à deux reprises au moins dans son rapport (cf. expertise, volet psychiatrique, pp. 24 et 30), l'expert a fait mention du traitement que le recourant avait débuté auprès du Dr W._____ dès janvier 2023, soit environ quatre mois avant l'expertise réalisée en mai 2023. Si l'expert n'a certes apparemment pas cherché à obtenir des renseignements auprès de ce psychiatre, on comprend qu'à ses yeux une telle démarche était superflue en l'absence de doute quant à l'anamnèse ou quant au diagnostic qui devait être posé s'agissant du recourant, lequel n'avait pour sa part pas évoqué spontanément à l'expert l'avis de son psychiatre ou les éventuelles inquiétudes de ce dernier. L'expert pouvait ainsi en déduire que le

traitement suivi auprès du Dr W._____ n'apparaissait pas particulièrement intense, étant également observé à ce propos qu'il ne rencontrait son médecin qu'à raison d'une heure toutes les trois semaines et que le recourant ne prenait pas de médicaments psychotropes. Ces éléments laissent ainsi suggérer à l'expert que le médecin traitant n'aurait en tout cas pas posé un diagnostic distinct du sien, ce qui dès lors ne justifiait pas un complément d'anamnèse aux termes du ch. 6.3 des Lignes directrices.

On observera par ailleurs que les Lignes directrices n'ont pas en tant que telles un caractère obligatoire, mais constituent avant tout des recommandations, dont une hypothétique transgression ne permet pas à elle seule de nier à l'expertise sa valeur probante, dont on rappellera qu'elle répond aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 5 supra). Aussi, aux termes du ch. 6.3, *in fine*, des Lignes directrices, les renseignements à recueillir auprès du médecin traitant se rapportent exclusivement à des « compléments d'anamnèse », l'expert n'étant à l'inverse pas tenu de débattre de la situation de l'expertisé avec le médecin traitant, ni encore de parvenir à un consensus avec ce dernier.

cc) Pour le reste, il apparaît, comme l'a soulevé le SMR dans ses différents avis, que l'appréciation du psychiatre traitant consacre essentiellement une évaluation différente d'une même situation.

En particulier, les rapports du Dr W._____ font état d'une description similaire de la symptomatologie du recourant ainsi que de sa journée-type. Dans son rapport du 10 octobre 2023, le médecin traitant indique que « l'état dépressif est actuellement important, des réactions et gestes impulsifs ne peuvent être exclus, avec des risques de passage à l'acte auto et hétéro-agressifs, ce qui a récemment conduit à une courte hospitalisation en clinique psychiatrique. L'estime de soi est effondrée, les défenses caractérielles totalement dépassées, avec un sentiment d'inutilité, d'indignité. Il se sent totalement abandonné et humilié par la situation présente. L'anhédonie, l'absence d'intérêt et d'élan vital sont marqués. Les idées suicidaires sont présentes. Le tout est décrit avec une

certaine froideur qui est en soi inquiétante ». Or en page 32 de son rapport, l'expert indique que « l'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive qui se fait sentir surtout depuis un à deux ans. Il décrit une humeur dépressive, une anhédonie, une fatigue, des difficultés à se concentrer en raison de ruminations, une diminution de la confiance et des idées suicidaires. L'examen psychiatrique montre un homme légèrement dépressif, mais aucun signe sévère de dépression n'est constaté. Aucun antidépresseur n'est prescrit. La symptomatologie dépressive est réactionnelle au fait qu'il se sente diminué physiquement ». Tant l'expert que le psychiatre traitant parviennent en outre à la conclusion selon laquelle le recourant reste fixé sur ses symptômes somatiques, lesquels ne sont pas entièrement expliqués par les diagnostics neurologiques et ostéoarticulaires.

dd) Enfin, l'hospitalisation du recourant à [...] - survenue en août 2023 après que l'intimé lui avait notifié son projet de décision du 17 juillet 2023 et que Procap avait refusé de le représenter pour la suite de la procédure - ne permet pas de dénoter, à elle seule, une aggravation durable de l'état de santé du recourant. On relèvera, à la suite du SMR, que l'hospitalisation du recourant, en admission volontaire, est restée de courte durée (trois jours, soit du 22 au 24 août 2023). En outre, selon la rubrique « histoire de la maladie » du rapport du 8 décembre 2023 des Drs U._____ et B._____, cette hospitalisation était consécutive à une altercation le 22 août 2023 avec deux cyclistes lors de laquelle le recourant les aurait insultés, après leur avoir involontairement coupé la route (sans dommages physiques ou matériels) alors qu'il conduisait son véhicule. Cette hospitalisation, dont on comprend qu'elle avait été initiée par la famille du recourant, donnait suite à des idéations suicidaires actives, le recourant étant atteint par un sentiment d'inutilité et par l'impression de représenter un fardeau pour ses proches. Selon les médecins, qui avaient alors diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, l'hospitalisation - dont il apparaît qu'elle est restée ponctuelle - avait été bénéfique, dès lors qu'elle avait néanmoins permis une adaptation de la stratégie thérapeutique médicamenteuse ainsi qu'une prise en charge sociale, que le recourant avaient acceptées.

Ces médecins ont en outre souligné que le recourant ne présentait pas, à la sortie de l'hôpital, de velléité de passage à l'acte, de même qu'ils ont relevé une évolution favorable, le recourant étant en mesure de s'apaiser, de prendre du recul face à sa situation ainsi que de réorganiser ses priorités vitales. Il bénéficiait en outre du soutien inconditionnel de sa famille, son épouse ayant en particulier valorisé son rôle actuel dans la famille.

f) En conclusion, le rapport du 6 juillet 2023 d'expertise pluridisciplinaire du R. _____ est pleinement probant si bien que l'intimé pouvait valablement se fonder sur celui-ci pour retenir que, malgré ses ennuis de santé, le recourant disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI. Il convient par conséquent de confirmer que le revenu d'invalidé auquel le recourant pourrait prétendre en 2019 (64'700 fr. 23) était supérieur au revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé (64'127 fr. 70), si bien qu'il ne subissait aucun préjudice économique. Le droit à la rente d'invalidité n'était donc pas ouvert.

9. En l'absence d'autres prises de position médicale remettant en cause les conclusions du rapport du 6 juillet 2023 d'expertise pluridisciplinaire du R. _____, il n'y a pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, si bien que la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est écartée (à propos de la notion d'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 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 de l'intimé du 10 avril 2024 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al.1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'État, le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 16 mai 2024.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille, à compter du 17 juin 2024 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, après examen de la liste des opérations communiquée le 14 juillet 2025, Me Métille peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'438 fr. 45, débours et TVA compris.

e) 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 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 10 avril 2024 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'État.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 2'438 fr. 45 (deux mille quatre cent trente-huit francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :