

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mai 2025

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Berthoud et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,  
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 44 al. 6 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant du [...], titulaire d'un permis C, a en dernier lieu travaillé en qualité d'aide installateur de panneau photovoltaïque à temps plein pour le compte de l'entreprise H. \_\_\_\_\_ Sàrl du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2019, avant de purger une peine de prison.

L'assuré, qui souffrait de douleurs invalidantes à la hanche droite dans le cadre d'un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte (CAM + « subspine »), vraisemblablement décompensé à la suite d'un traumatisme du bassin survenu en 2015, d'un épaissement labro-capsulaire supéro-antérieur et de remaniements osseux significatifs en regard du rebord cotyloïdien et de l'épine iliaque antéro-inférieure (cf. rapports du 17 janvier 2022 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et du 18 février 2022 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique), a déposé, le 23 mai 2022, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) mentionnant des douleurs aiguës à la hanche et au bas du dos depuis un accident de voiture subi le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Compte tenu du caractère de plus en plus invalidant du conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L. \_\_\_\_\_ ont estimé, dans un rapport du 15 juillet 2022, qu'une intervention chirurgicale, sous la forme d'une luxation chirurgicale de la hanche, était indiquée, laquelle a été agendée en novembre 2022. Ces médecins ont précisé que l'assuré souffrait également de douleurs lombosacrées aspécifiques avec hypoesthésie sur la face latérale de la cuisse droite ; une IRM lombo-sacrée réalisée le même jour avait toutefois permis d'exclure une lésion discale avec compression de racine.

L'intervention chirurgicale a toutefois été refusée par l'assuré (cf. courriel du 14 juin 2023 à l'OAI).

Dans un rapport du 25 juin 2023 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de coxalgies invalidantes sur conflit-acétabulaire mixte, de rachialgies et sacralgies basses invalidantes, de probable trouble mixte anxieux et dépressif récurrent ainsi que de probable trouble de la personnalité, sans précision. S'agissant du pronostic relatif à la capacité de travail, il estimait qu'à terme, moyennant un bon et régulier suivi médical, l'assuré serait en mesure d'effectuer une activité légère, à l'exclusion d'une activité physiquement intense/moyenne. Il préconisait en outre la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique afin d'affiner les diagnostics et de déterminer le degré d'incapacité de travail de son patient.

Constatant que l'assuré présentait une atteinte somatique - pour laquelle aucun des médecins consultés ne s'était prononcé sur les limitations fonctionnelles, respectivement la capacité de travail - avec de possibles troubles psychiques sans suivi psychiatrique ni traitement psychotrope entrepris, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a, par avis du 27 septembre 2023, préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets orthopédique et psychiatrique.

Dite expertise a été confiée aux Dres A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du [...] ([...]). Celles-ci ont rendu leur rapport d'expertise le 25 janvier 2024. L'experte en orthopédie a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite (M2475), de coxalgies droites (M25.55) et de raideur IPD D4 droit (M2564) et sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperesthésie du genou gauche (R203) et de status post fracture des ailerons sacrés, consolidée et asymptomatique. Elle a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle d'aide installateur de panneau photovoltaïque mais qu'elle était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées aux douleurs à la hanche

droite (pas de station debout prolongée ou de position à genoux ou accroupie, pas d'escaliers et d'échelle de façon répétitive, pas d'échafaudages, pas de port de charge de plus de 10 kg et pas de travail de précision [raideur IPD D4 droit]). De son côté, l'experte psychiatre a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble léger de la personnalité (6D10.0) et de désinhibition dans un trouble de la personnalité. Elle n'a retenu aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique et a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle d'aide installateur de panneau photovoltaïque. Dans le cadre de leur appréciation consensuelle, les expertes ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était, depuis juin 2019, nulle dans son activité habituelle d'aide installateur de panneau photovoltaïque, tandis qu'elle était depuis toujours entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, précisant à cet égard que les traits de personnalité de l'assuré limitaient l'engagement de celui-ci dans le processus de prise en charge pour aller vers une amélioration de son état physique et vers une augmentation de sa capacité de travail, ce depuis le début de l'âge adulte.

Relevant certaines contradictions dans l'appréciation de l'experte psychiatre, en particulier le fait que celle-ci avait considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours dans toute activité, tout en retenant des diagnostics psychiatriques qualifiés d'incapacitants, la Dre X.\_\_\_\_\_, du SMR, a préconisé un complément d'instruction sous la forme de questions complémentaires à poser aux expertes (avis du 31 janvier 2024).

Par courriel du 5 février 2024, en réponse au courrier de l'OAI du 29 janvier 2024 lui demandant de lui fournir l'enregistrement du volet psychiatrique de l'expertise, le centre d'expertise mandaté a indiqué à l'OAI que l'enregistrement en question, effectué sur un dictaphone, n'avait pas été retrouvé.

La Dre V.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI le 8 février 2024. Elle a en particulier expliqué que les diagnostics

psychiatriques retenus étaient légers et que la présentation du recourant au moment de l'expertise l'amenait à penser qu'il pouvait être embauché s'il devait se porter candidat à un poste. Les troubles induits par ces mêmes diagnostics pouvaient toutefois avoir des répercussions sur la capacité de l'assuré à garder un emploi ou à mener à bien un projet professionnel. Elle a précisé que les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles psychiatriques consistaient en une difficulté dans la gestion de ses émotions, une impulsivité et, s'il devait être indépendant, une difficulté à s'organiser ou planifier les tâches lui-même.

Par avis du 27 février 2024, la Dre X.\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué, compte tenu des explications complémentaires fournies par la Dre V.\_\_\_\_\_, qu'elle se ralliait aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 28 février 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité au motif que son taux d'invalidité, arrêté à 7,19 %, était insuffisant.

Par décision du 23 avril 2024, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision.

**B.** Par acte du 24 mai 2024, I.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Karim Armand Hichri, d'Inclusion Handicap, a déféré la décision du 23 avril 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. En tant qu'il était suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il qualifiait de surprenant les propos de l'experte psychiatre selon lesquels il aurait déclaré ne se plaindre d'aucune affection psychiatrique, être surpris d'avoir été convoqué pour un examen psychiatrique ou de ne souffrir d'aucun trouble dépressif. Quoi qu'il en soit, étant donné l'absence de tout enregistrement, le bien-fondé de ces propos ne pouvait être vérifié, ce qui suffisait déjà à mettre en doute la valeur probante de la totalité de l'expertise et ainsi à justifier le renvoi de

la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a indiqué qu'il était encore en attente de rapports médicaux portant tant sur l'aspect somatique que psychiatrique et qu'il allait les produire dès réception.

Dans sa réponse du 7 août 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Son service médical avait confirmé la valeur probante du rapport d'expertise dans son avis du 27 février 2024. Par ailleurs, l'absence d'enregistrement en rapport avec les allégations de l'assuré ne constituait pas, en soi, un motif de nullité du rapport d'expertise incriminé ; la parole de la personne expertisée ne constituait qu'une des sources de l'évaluation de l'expert, lequel disposait de nombre d'autres données pour se faire une opinion.

Par réplique du 19 septembre 2024, l'assuré a confirmé ses conclusions. A suivre la position défendue par l'OAI, cela reviendrait à vider de sa substance l'obligation de procéder à un enregistrement sous prétexte d'un oubli ou d'une perte de celui-ci de la part des experts ou de l'administration et aboutirait à la même situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2022, d'une telle obligation.

Par duplique du 17 octobre 2024, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

### **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, singulièrement sur la question de la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire du 25 janvier 2024 compte tenu de l'absence de tout enregistrement relatif au volet psychiatrique.

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande de prestations le 23 mai 2022, laquelle a été refusée par l'intimé par décision du 23 avril 2024. Le nouveau droit est dès lors applicable.

**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)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui

exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**d) aa)** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGa). L'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (art. 7k al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Au moyen d'une déclaration écrite adressée à l'organe d'exécution, l'assuré peut annoncer avant l'expertise qu'il renonce à l'enregistrement sonore (art. 7k al. 3 let. a OPGA) ou demander la destruction de l'enregistrement jusqu'à dix jours après l'entretien (art. 7k al. 3 let. b OPGA). Avant l'entretien, il peut révoquer sa renonciation au sens de l'al. 7k al. 3 let. a OPGA auprès de l'organe d'exécution (art. 7k al. 4 OPGA). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (art. 7k al. 5 OPGA). Les

experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (art. 7k al. 7 OPGA). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (art. 7k al. 8 OPGA). Si la personne assurée et l'office AI ne parviennent pas à se mettre d'accord à ce sujet, l'OAI rendra une décision incidente (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1<sup>er</sup> janvier 2022, n°3127).

**bb)** Compte tenu de la finalité de l'enregistrement sonore et de sa forme particulière de conservation, les directives prévoient que lorsque l'assuré demande l'accès à son dossier, l'enregistrement n'est pas transmis d'office avec les actes, dès lors que l'enregistrement a pour but de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien (Michela Messi, AI : les enregistrements favorisent la transparence, in Sécurité sociale [CHSS] 2022). La personne assurée peut toutefois demander expressément de l'écouter.

**cc)** Selon l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les enregistrements sonores des entretiens entre les personnes assurées et les experts garantissent une procédure correcte, contribuent à l'assurance qualité des rapports d'expertise, créent de la transparence et préviennent les litiges juridiques. Ils peuvent être utilisés pour clarifier les faits, par exemple si la personne assurée a l'impression que la durée de l'entretien ou les déclarations faites lors de celui-ci n'ont pas été correctement reflétées dans le rapport d'expertise (cf. Fiche d'information du 26 juin 2023 de l'OFAS sur les enregistrements sonores, p. 1 ; cf. également Messi, op. cit.).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du 25 janvier 2024, a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et a retenu, sur cette base, un taux d'invalidité de 7,19 %, ce qui était

insuffisant pour ouvrir le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

De son côté, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise précité, compte tenu de l'absence d'enregistrement sonore relatif à l'entretien avec l'experte psychiatre.

**b)** Il est constant qu'un enregistrement sonore relatif au volet psychiatrique de l'expertise fait en l'occurrence entièrement défaut. Or, à l'appui de son recours, le recourant conteste différentes affirmations de l'experte psychiatre, qui ne correspondent pas, selon lui, à la réalité. Il explique être surpris par certaines indications figurant en page 35 de l'expertise, en particulier le fait qu'il ne se plaignait d'aucune affection d'ordre psychiatrique, qu'il était surpris d'être convoqué pour un examen psychiatrique et qu'il ne se sentait pas atteint de trouble dépressif ou de difficulté psychique quelconque. Cela étant, il ne peut pas être d'emblée exclu, *a fortiori* dans le cadre d'une évaluation psychiatrique, que de tels éléments soient susceptibles d'influencer l'appréciation de l'experte psychiatre. Compte tenu de l'absence totale d'enregistrement relatif à l'entretien avec l'experte psychiatre, la Cour de céans n'est cependant pas en mesure de déterminer si les déclarations du recourant ont été reproduites avec exactitude dans le rapport de l'experte psychiatre. Quoiqu'en dise l'intimé, un tel enregistrement est indispensable pour se prononcer valablement sur les griefs du recourant et, partant, sur la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire dans son ensemble. D'ailleurs l'introduction de l'obligation d'enregistrer les expertises visait précisément à éviter de tels litiges. Ainsi, le fait que l'experte psychiatre disposait d'autres données que les déclarations du recourant pour se forger une conviction n'est pas pertinent.

**c)** En définitive, force est de constater que l'expertise bi-disciplinaire du 25 janvier 2024, y compris son complément du 8 février 2024, ne répondent pas aux exigences légales en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le recourant n'ayant ni renoncé à l'enregistrement sonore, ni demandé sa destruction, l'expertise est donc entachée d'un vice formel,

remettant ainsi en cause la conduite de l'instruction et la décision de l'intimé sur laquelle elle se fonde. En l'absence d'une appréciation psychiatrique suffisamment motivée au dossier permettant d'établir, de manière objective, si le recourant présente une atteinte psychique incapacitante, il se justifie d'annuler la décision du 23 avril 2024 de l'office intimé et de renvoyer la cause audit office, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). L'office intimé reprendra l'instruction et, en particulier, mettra en œuvre une nouvelle expertise bi-disciplinaire avec volets orthopédique et psychiatrique conforme aux réquisits légaux. L'expertise devra être réalisée auprès de spécialistes autres que les Dres A. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, étant précisé que le rapport d'expertise du 25 janvier 2024 ainsi que son complément du 8 février 2024 devront être retirés du dossier. Cela fait, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande de prestations du recourant.

**7. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** Par décision du 10 juillet 2024 du juge instructeur, la partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état

tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 23 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Karim Armand Hichri (pour I. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :