

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2026

Composition : M. TINGUELY, président
M. Piguet, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

A. _____, à CJ***, recourant,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al.
2 et 3 RAI**

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc (kurde), né en ***, divorcé, arrivé en Suisse en *** et au bénéfice d'un permis C, monteur-électricien de formation (certificat fédéral de capacité (CFC) obtenu le ***), a déposé, le 22 mars 2001, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en évoquant une hernie discale depuis environ quatre ans et en sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession.

Par rapport du 23 avril 2001 à l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgie sur discopathie L4-L5 avec hernie discale depuis 1996 et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de hernie hiatale symptomatique et de gastrite à *Helicobacter*. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 26 février 2001 et une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assuré s'est soumis à un examen clinique pluridisciplinaire réalisé le 6 mai 2002 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 27 mai 2002, les Drs D. _____, spécialiste en médecine interne générale, F. _____, spécialiste en rhumatologie, et CK. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) chez une personnalité à traits hypocondriaques et interprétatifs, de trouble somatoforme douloureux et de syndrome lombo-vertébral modéré sur discopathie L4-L5 sans phénomène compressif actuel. Ils ont attesté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de monteur-électricien et de 100 % dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : épargne du port de charges au-delà de 25 kg, pas de poussé ou tiré de charges supérieures à 50 kg, pas de mouvements répétitifs en antépulsion d'amplitude extrême du tronc plus de quatre fois par heure, par exemple

pour soulever des objets à terre, et pas de travail manuel à genoux ou accroupi pendant plus de 15 minutes d'affilée par heure.

Par communications du 4 octobre 2002, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles (art. 15 LAI) sous la forme d'un examen dans le cadre de l'orientation professionnelle auprès du CL. _____ (CL. _____), à S***, du 21 octobre 2002 au 20 janvier 2003, ainsi qu'à des indemnités journalières.

Par décisions des 27 janvier et 2 mai 2003, l'OAI a prolongé l'orientation professionnelle octroyée à l'assuré jusqu'au 27 avril 2003 et pris en charge les frais d'orientation professionnelle auprès du centre H. _____ de T*** du 28 avril au 18 juillet 2003.

Par décision du 4 août 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel (art. 17 LAI), à savoir un apprentissage d'employé de commerce type E effectué auprès du H. _____ de T*** du 19 juillet 2003 au 31 juillet 2006, ainsi qu'un droit à des indemnités journalières.

Il ressort d'un rapport intermédiaire du 18 juillet 2005 de l'OAI que l'assuré a connu des ennuis de santé au cours de sa formation, à savoir d'importantes douleurs au dos, qui ont nécessité un arrêt de travail à 100 % du 7 au 20 février 2005, l'assuré ayant ensuite pu reprendre à 50 %, puis à 70 % dès la mi-mai 2005.

Interpellé par l'OAI, le Dr C. _____ a, dans un rapport du 24 août 2005, posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies bilatérales sur trouble statique dégénératif lombaire et discopathie L4-L5 et L5-S1, avec protrusion discale, de cervicalgies importantes sur discopathies étagées en C3-C4 et C4-C5 et spondylolisthésis de grade I en C4-C5, ainsi que le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de status après cure de hernie hiatale en 2001. Il a attesté une incapacité de travail de 20 % depuis le mois de mai 2005.

Après avoir préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique par avis des 22 février et 24 mars 2006, le SMR y a toutefois renoncé, dès lors que le Dr C. _____ avait fixé la capacité de travail de l'assuré à 80 %, ce qui était concordant avec la reprise, par ce dernier, d'une activité à 80 % (cf. avis SMR du 12 mai 2006),

Par projet de décision du 8 avril 2008, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles, l'assuré ayant accompli avec succès une formation d'employé de commerce. Au vu des ennuis de santé rencontrés pendant la formation, la capacité de travail de l'intéressé devait être fixée à 80 % dans une activité adaptée, dans laquelle il serait en mesure de réaliser un revenu annuel de 38'849 fr. 60. Dans son ancienne activité et sans atteinte à la santé, il aurait pu prétendre à un revenu annuel de 60'322 fr. 05. Ainsi, après comparaison de ces revenus, la perte de gain s'élevait à 21'472 fr. 45 [recte : 21'482 fr. 45], soit un taux d'invalidité de 35,59 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assuré a, par courrier du 5 mai 2008, contesté ce projet de décision en expliquant que la capacité de travail de 80 % avait pour seul but d'obtenir son CFC d'employé de commerce, mais que sa capacité de travail réelle se situait aux environs de 65 %, soit une moyenne calculée d'après les cartes de la timbreuse du H. _____, produites en annexe. Il a précisé être dans l'attente d'un réexamen de son dossier à la suite de nouveaux éléments transmis à l'OAI et rappelé avoir eu un accident en août 1995.

Par décision du 6 octobre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision et le taux d'invalidité de 35,59 %, dès lors qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments susceptibles de modifier sa position.

Le 30 octobre 2008, l'assuré a déposé un recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en faisant valoir qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 70 %.

Par arrêt du 8 avril 2009 (AI 548/08 - 98/2009), le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle, le recourant ayant retiré son recours.

B. Le 21 décembre 2010, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, des cervicalgies importantes sur discopathies étagées en C3-C4 et C4-C5 et spondylolisthésis de grade I en C4-C5 depuis le 1^{er} août 1995. Il a expliqué être de plus en plus limité dans les tâches quotidiennes, que ce soit dans sa vie privée ou professionnelle. Il a indiqué avoir récemment effectué un stage d'emploi temporaire par le biais de l'Office régional de placement en tant qu'assistant des ressources humaines à 50 %, mais qu'il avait dû y mettre un terme au bout de trois semaines en raison de ses douleurs dans la région cervicale.

Par rapport indexé le 10 février 2011, le Dr K._____, médecin, a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies chroniques sur discopathies étagées et déconditionnement musculaire, de lombalgies mécaniques sur protrusions discales et déconditionnement musculaire et d'état anxio-dépressif avec somatisation. Il a attesté une capacité de travail de 50 % dès le 13 septembre 2010. A ce rapport étaient annexés un rapport du 22 décembre 2008 du Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques aspécifiques et de lésions récidivantes de la muqueuse buccale d'origine indéterminée avec reflux gastro-œsophagien, ainsi qu'un rapport du 26 février 2007 de la Dre M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, retenant les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales dans un contexte de discopathies en C3-C4 et C4-C5, rétrolisthésis de C4 sur C5 et insuffisance musculaire, de lombalgies chroniques à caractère mécanique sur protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et déconditionnement musculaire focal et global, d'état anxio-dépressif avec syndrome somatoforme et de troubles de l'adaptation.

Faisant suite à un avis du SMR du 28 février 2011 préconisant la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, l'OAI a

mandaté le N. _____ (ci-après : N. _____), à V***, qui a rendu son rapport le 24 août 2011. Dans ce rapport, les Drs BB. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et BC. _____, spécialiste en rhumatologie, n'ont posé aucun diagnostic incapacitant. Ils ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2001, de personnalité à traits narcissiques et interprétatifs (Z73.1) depuis l'adolescence, de discopathies étagées cervicales et lombaires depuis 2001 et de spondylolisthésis C4-C5 de degré I depuis 2005 au moins. Les experts ont attesté une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de commerce. Il ressort par ailleurs du rapport d'expertise que l'assuré a travaillé par périodes comme conseiller en assurance-maladie, puis qu'il a repris une activité professionnelle à plein temps comme gérant de bar depuis le mois de mars 2011.

Par rapport du 9 septembre 2011, le SMR a indiqué que le rapport d'expertise pouvait être suivi et que les limitations suivantes pouvaient être retenues en rapport avec les discopathies : « varier les positions assise et debout, éviter les rotations en position assise ou debout. Pas de travail accroupi ou à genoux. Pas de port de charges lourdes ».

Par décision du 28 novembre 2011, confirmant un projet de décision du 18 octobre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de conseiller en assurances et dans toute autre activité.

C. Le 5 juillet 2013, l'assuré a déposé une communication de détection précoce auprès de l'OAI en invoquant des hernies et des protrusions du dos et des cervicales.

Par courrier du 16 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré que le dépôt d'une demande de prestations AI n'était pas indiqué, dès lors que ses problèmes de santé étaient connus, anciens et avaient déjà justifié un reclassement dans une activité médicalement adaptée à ses limitations fonctionnelles.

D. Le 15 novembre 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant les atteintes suivantes : « *Genu varum*, Déchirures des ménisques 2 genoux, Hernies/Protrusions lombaires-dorsales-cervicales, Toux chronique, Aphtose buccale récidivante » et en indiquant être en totale incapacité de travail depuis le 23 novembre 2018.

Par courrier du 22 novembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait cette demande comme une nouvelle demande et que, dans les trente jours, il devait établir de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Par rapport du 9 décembre 2019 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de méniscopathie interne sévère avec déchirure complexe de la corne postérieure et du corps méniscal interne et chondropathie stade II de la facette interne de la rotule du genou droit, de déchirure du ménisque interne du genou gauche, d'aphtose buccale récidivante, de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétrolisthésis de C4-C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, protrusion discale postéro-médiane, de hernie discale L3-L4 en 2011 symptomatique avec déficit moteur résiduel, de hernies discales dorsales, de toux chronique multifactorielle, liée à une rhinosinusite chronique avec une conchabullosa à droite avec un niveau hydro-aérique du cornet moyen, une hyperréactivité bronchique et un probable reflux gastro-œsophagien, de *genu varum*, de symptômes dépressifs, de reflux gastro-œsophagien et de possible maladie de Behçet. Le médecin a décrit l'aggravation de l'état de santé de l'assuré comme suit : « Limitation du périmètre à 30 minutes, en cas de dépassement douleurs des 2 genoux et lombalgies. Le port de charges est limité en raison de douleurs dans la région des trapèzes et de la nuque, douleurs lombaires. Supporte mal la position assise prolongée en raison de lombalgies et de cervicalgies. Doit s'allonger de manière régulière. Passe l'aspirateur mais de manière rapide car il ne supporte pas la position penchée en avant

(cervicalgies et lombalgies). Idem lors du repassage, ne supporte notamment pas la flexion de la nuque. Lors de la préparation des repas présente des symptômes similaires. Achète peu mais souvent pour ne pas avoir à porter des sacs de commission lourds. Réveils fréquents la nuit à cause des douleurs. Il s'agit d'un patient qui était actif et pratiquait plusieurs sports comme le ski, le basket, le foot, dont la vie est actuellement fortement limitée par ses douleurs. En regardant en arrière le patient se dit qu'il a beaucoup perdu depuis son accident en 1994, chute dans une piscine. Il pense avoir encore la force de lutter pour le moment mais regarde son passé avec nostalgie. Troubles de la concentration et de la mémoire. Lassitude, tristesse. S'est beaucoup battu pour essayer de travailler. Actuellement est cassé et découragé. Irritabilité. ». Le Dr G. _____ a encore indiqué qu'au vu de l'ensemble des problèmes mentionnés dans son rapport, la reprise d'une activité professionnelle paraissait impossible.

Par rapport du 23 mars 2020 à l'OAI, le Dr G. _____ a posé les diagnostics incapacitants de symptômes dépressifs, de méniscopathe interne sévère avec déchirure complexe de la corne postérieure et du corps méniscal interne et chondropathe stade II de la facette interne de la rotule du genou droit, de déchirure du ménisque interne du genou gauche, d'aphtose buccale récidivante, de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétrolisthésis de C4-C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, protrusion discale postéro-médiane, de hernie discale L3-L4 en 2011 symptomatique avec déficit moteur résiduel, de hernies discales dorsales et de *genu varum*. Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de tonsillectomie et correction de la cloison nasale en 1996, de cure de hernie ombilicale et cure d'hémorroïdes en 1999, de cure de hernie hiatale en 2001, d'accident de vélo en 1991, de traumatisme en 1994 à la suite d'un plongeon dans une piscine peu profonde avec entorse cervicale et de gastrite à *Helicobacter*. Il a énuméré les mêmes symptômes et situations que dans son précédent rapport et attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité. A ce rapport étaient notamment annexés un rapport du 29 août 2008 du Service d'immunologie et d'allergie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) posant les

diagnostics de lésions récidivantes de la muqueuse buccale d'origine indéterminée et de reflux gastro-œsophagien avec status après cure de hernie hiatale, un rapport du 17 février 2015 du Dr BF._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, selon lequel l'assuré se plaignait d'un écoulement postérieur et d'une toux le matin et le soir et un rapport du 5 novembre 2018 du Centre médico-chirurgical de Vidy Med retenant le diagnostic de déchirure méniscale interne du genou droit.

Dans un rapport du 17 avril 2020, le Dr BJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2006, de dépression d'accompagnement depuis 2006 et de trouble de la personnalité depuis 2011. Il a indiqué qu'il ne pouvait que confirmer les observations faites par le Dr BB._____ dans le volet psychiatrique de l'expertise du N._____ du 24 août 2011, tout en précisant qu'il n'y avait pas d'activité possible actuellement, ni de potentiel de réadaptation.

Par rapport du 8 mai 2020 à l'OAI, le Dr BK._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une déchirure méniscale interne en forme d'anse de seau luxée, prise en charge par arthroscopie du genou droit le 23 novembre 2018.

Sur avis du 27 avril 2021 du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée au BL._____ SA, à X***. Par rapport du 26 novembre 2021, les Drs BM._____, spécialiste en rhumatologie, I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et BN._____, médecin praticien, ont retenu, selon l'évaluation consensuelle, les diagnostics incapacitants de trouble narcissique de la personnalité (F60.8), de syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et sur syndrome de dysbalance musculaire, cervicarthrose avec discopathies C3-C4 et C4-C5 avec rétrolisthésis de C4 sur C5, ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'agoraphobie avec attaques de panique, en rémission (F40.01), de status après suture méniscale bilatérale interne, de chondropathie fémoro-patellaire de grade II au niveau de la facette rotulienne interne bilatérale, de

déconditionnement physique, de toux chronique multifactorielle depuis dix ans sur rhinosinusite chronique, hyper-réactivité bronchique et reflux gastro-œsophagien, d'aphtose buccale récidivante, de reflux gastro-œsophagien chronique traité, de status après gastrite à *Helicobacter pylori* en 2000, de status après cure de hernie hiatale en 2001, de status après tonsillectomie et correction de la déviation de la cloison nasale en 1996, de cure de hernie ombilicale et d'hémorroïdes en 1999, d'hypotension orthostatique depuis 2017, de syndrome urinaire irritatif depuis un an et demi, d'insomnies chroniques d'endormissement et de maintien, sans substrat somatique interniste, d'astigmatie et myopie depuis 1991, d'intolérance au lactose et produits laitiers, de consommation chronique de tabac peu importante et de mycose des pieds depuis un an. Les experts ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'agent d'assurance travaillant seul et de gérant de bar et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont retenu que, du point de vue psychiatrique, l'assuré était limité en ce qui concernait sa relation avec les autres et sa capacité à se remettre en question, à recevoir des critiques, ainsi que dans sa capacité à avoir un cadre interne qui le structurerait. Du point de vue rhumatologique, il fallait, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux et cervicaux, que l'activité adaptée permette d'alterner les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 10 kg, tout en évitant toute activité qui demandait une position agenouillée ou accroupie, une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et une posture forcée non ergonomique, qui surchargeait le rachis dans sa totalité. Au niveau de la médecine interne, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.

Dans un avis du 7 février 2022, le SMR a indiqué que l'expertise permettait de définir de nouvelles limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique : pas de travail dans un cadre mal structuré et difficultés relationnelles, l'assuré ne supportant pas la critique et ayant un problème à évoluer au sein d'un groupe. La capacité de travail dans une activité adaptée était entière et, concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle, il fallait voir avec le service de réadaptation si les dernières

activités de l'assuré respectaient ou non les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques.

Selon un « rapport final - REA » du 23 mars 2022, l'activité d'employé de commerce était l'activité habituelle depuis le reclassement et était toujours adaptée au vu des limitations fonctionnelles physiques, mais également au niveau psychique. Il était indiqué que l'assuré pourrait parfaitement travailler dans une petite PME, au sein d'une équipe réduite, lui permettant d'être autonome dans ses activités. Ainsi, la capacité de travail était entière dans tous les types d'activité sans préjudice économique.

Par communication du 15 août 2022, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à une aide au placement étaient réunies et qu'il lui appartenait de compléter le document réponse s'il souhaitait bénéficier de ce droit, à défaut de quoi l'aide au placement serait fermée.

Par décision du 25 octobre 2022, confirmant un projet de décision du 16 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, dès lors qu'il ne présentait pas une incapacité de travail durable, une pleine capacité de travail lui ayant été reconnue dans tous les types d'activité à la fin du délai d'attente au 23 novembre 2019. S'agissant des mesures professionnelles, elles ne pouvaient exister que si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable était encore de 20 %, ce qui n'était pas le cas de l'assuré.

E. Par courriel du 7 juin 2024, l'assuré a demandé à l'OAI des clarifications concernant les décisions rendues en 2008, 2011 et 2022, en particulier sur la variation de sa capacité de travail, celle-ci ayant été estimée à 80 % en 2008, puis à 100 % en 2011 et 2022. Il a précisé qu'il allait perdre son « indépendance financière », dès lors que sa rente d'invalidité LPP de la BP. _____ ne lui serait plus versée dès le mois de septembre 2024 à la suite de la dernière décision rendue par l'OAI le 25 octobre 2022.

Le 18 juin 2024, l'OAI a informé l'assuré que, pour lui apporter les clarifications demandées, il devait examiner une nouvelle fois son droit aux prestations, ce qui supposait le dépôt d'une nouvelle demande, accompagnée de toutes les annexes nécessaires.

Par courriel du 22 juillet 2024 de l'association SOS Droits des patients, l'assuré a transmis à l'OAI une nouvelle et quatrième demande de prestations AI, ainsi que les documents suivants :

- un rapport du 2 novembre 2023 de la Dre CB._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, posant le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de toux chronique depuis 2008 ;

- un rapport du 16 novembre 2023 du département de dermatologie et vénéréologie du CHUV indiquant comme antécédent une aphtose buccale récidivante d'étiologie indéterminée depuis 2006 et l'absence de lésions actuelles ;

- un rapport du 15 février 2024 du Dr G._____, posant les diagnostics incapacitants de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétrolisthésis de C4-C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, de protrusion discale postéro-médiane, de *genu varum*, de cupulolithiase (diagnostic clinique), de toux chronique multifactorielle, liée à une rhinosinusite chronique avec une conchabullosa à droite, avec un niveau hydroaérique du cornet moyen et une hyperréactivité bronchique, de trouble somatoforme persistant et de dépression, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'aphtose buccale récidivante, de reflux gastro-œsophagien et de conchabullosa à droite, avec un niveau hydroaérique du cornet moyen ; le médecin a indiqué des douleurs des genoux au bout de trente à quarante minutes, une impossibilité de s'accroupir et de se mettre à genou, de la toux le matin, qui exacerbait les douleurs lombaires, dorsales et cervicales, une péjoration des douleurs lombaires, dorsales et cervicales ayant nécessité la mise en place d'un traitement au centre de la douleur, des symptômes dépressifs

invalidants sous forme de découragement, de lassitude, de manque de plaisir, de perte des envies et d'irritabilité importante ayant nécessité la mise en place d'un traitement spécialisé ;

- un rapport du 8 avril 2024 du Dr J._____, spécialiste en urologie, retenant les diagnostics de probable trouble de la relaxation du plancher pelvien, de prostatite chronique probable à germe indéterminé, de recherche d'HPV [*human papillomavirus*] urinaire par PCR [*Polymerase chain-reaction*] positive pour génotype 16, 18-45, d'exposition HPV génital partenaire, de prurit génital, d'anamnèse familiale positive pour un cancer de la vessie chez le père décédé à 55 ans, de chondropathie de stade II de la rotule du genou droit, de discopathie étagée C3-C7, de hernie discale L3-L4 et dorsale depuis 2001, de toux chronique multifactorielle, de trouble somatoforme persistant, de reflux gastro-œsophagien, de statut postcure de hernie hiatale laparoscopique en 2001, de post cure de hernie ombilicale laparoscopique et cure d'hémorroïdes en 1999 et de probable maladie de Behçet ;

- un rapport du 7 juin 2024 du Dr BJ._____ retenant les diagnostics invalidants de trouble somatoforme douloureux persistant, de trouble dépressif persistant et de trouble de la personnalité paranoïaque et mentionnant une persistance des troubles déjà décrits dans son précédent rapport, avec une accentuation des sentiments de désespoir avec des idéations suicidaires fluctuantes, des sentiments d'impuissance et une irritabilité à fleur de peau, ainsi qu'une évolution vers une accentuation du trouble de la personnalité, une aggravation du trouble dépressif et un isolement social ; ce rapport indiquait que l'assuré était extrêmement limité dans ses mouvements par ses douleurs, dans ses échanges interpersonnels par son irritabilité et son vécu d'hostilité, sur le plan cognitif par les troubles de concentration et d'attention et sur le plan thymique par une dépression persistante ; la capacité de travail dans tous les types d'activité était « effondrée ».

Par courriel du 9 août 2024, l'assuré a transmis un rapport complémentaire du Dr J._____ du 26 juillet 2024 renvoyant à son

précédent rapport et indiquant qu'il n'y avait pas d'évolution sur le plan urologique.

Le 10 septembre 2024, le Dr BJ. _____ a transmis un rapport à l'OAI reprenant les termes de son précédent rapport.

Par rapport du 12 septembre 2024 à l'OAI, le Dr G. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme persistant, d'état dépressif récurrent, possible symptômes psychotiques, de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétrolisthésis de C4-C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, de protrusion discale postéro-médiane, de hernie discale L3-L4 en 2001 symptomatique avec déficit moteur résiduel, de hernie discale dorsale, de méniscopathie interne sévère avec déchirure complexe de la corne postérieure et du corps méniscal interne, de chondropathie de stade II de la facette interne de la rotule du genou droit, de déchirure du ménisque interne du genou gauche, d'aphtose buccale récidivante et de *genu varum*. Il a attesté une totale incapacité de travail dans tous les types d'activité et a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : « Le patient doit faire des pauses entre ses différentes activités pour se reposer et se soulager de ses douleurs. Un sac de commission peut être porté de manière occasionnelle mais le port répétitif de charge supérieures à 2-3 kg n'est pas possible. Seules les activités sédentaires sont possibles, avec changement de position, le périmètre de marche est limité à 15 minutes. Les mouvements répétitifs des 2 épaules, de la nuque et du tronc sont contre-indiqués. Pas de travail à genou ou en flexion des genoux. Pour les limitations psychiques, voir avec le psychiatre, le patient me signale au cours de la dernière consultation avoir l'impression de voir des ombres à côté de lui (sensation de présence). Le patient va le signaler à son psychiatre et faire un examen chez son ophtalmologue ».

Par rapport du 16 décembre 2024, la Dre P. _____, spécialiste en anesthésiologie et cheffe de clinique du Centre d'antalgie du CHUV, a posé les diagnostics incapacitants de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques avec des douleurs cervicales et thoraciques hautes

chroniques et de possible syndrome myofascial. Elle a précisé ne pas être en mesure de répondre aux questions en lien avec la capacité de travail, les limitations fonctionnelles et la situation professionnelle de l'assuré. A ce rapport était joint un courrier du 30 novembre 2024 de sa part au médecin traitant de l'assuré posant les diagnostics de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques, avec douleurs cervicales chroniques, de douleurs chroniques aux genoux et de possible syndrome myofascial. Ce courrier mentionnait que l'assuré présentait des douleurs cervicales en aggravation depuis quatre mois et qu'il signalait une irradiation occasionnelle de type décharge électrique dans le bras gauche depuis plusieurs mois, voire années, ainsi que des problèmes lombaires, considérés comme peu importants pour le moment. Sa plainte principale et très invalidante en janvier 2024 était des douleurs aux trapèzes et à la nuque, avec un point particulièrement douloureux en regard de C7.

Selon un compte rendu de la permanence SMR du 4 février 2025, les rapports produits n'apportaient rien de nouveau.

Par décision du 2 avril 2025, confirmant un projet de décision du 20 février 2025, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité au motif que, après instruction de sa dernière demande, il n'y avait aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision, dont les conclusions étaient toujours valables.

F. Par acte du 15 mai 2025, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou de mesures de réadaptation professionnelle, au remboursement des frais engagés auprès de l'association SOS Droits des patients par 3'100 fr., à une compensation du préjudice subi à la suite de la perte d'une année dans la procédure, ainsi qu'à la réalisation d'une nouvelle expertise médicale indépendante et approfondie et à la réévaluation de son degré d'invalidité. Il a tout d'abord retracé son parcours médical en rappelant que l'OAI lui avait reconnu une capacité de travail de 50 % dans

son activité habituelle de monteur-électricien en 2002 en raison de ses douleurs lombaires et lui avait accordé une réorientation professionnelle. Il a ensuite expliqué que l'apparition de douleurs cervicales en 2005 avait réduit sa capacité de travail en tant qu'employé de commerce à 50 %, mais qu'il avait été contraint de fournir un certificat attestant une capacité de travail d'au moins 80 % pour poursuivre les mesures de formation. En 2008, l'intimé lui avait reconnu une capacité de travail de 80 %, puis de 100 % en 2011 et 2022 sur la base des expertises mises en œuvre. Il a fait valoir que les expertises, qui étaient contradictoires et ayant duré seulement quelques dizaines de minutes, ne pouvaient pas refléter fidèlement son état de santé et son évolution sur plus de 20 ans et que l'OAI n'avait pas respecté ses engagements quant à un réexamen de sa situation dès 2005. Il a expliqué que son intention en 2024 n'était pas de déposer une nouvelle demande mais de solliciter la correction de l'erreur manifeste contenue dans la décision de 2022 et que cette nouvelle demande, imposée par l'intimé, l'avait contraint à engager les services d'une association d'aide aux patients, entraînant une dépense de 3'100 fr. et la perte d'une année dans une procédure inutile.

Par courrier du 16 juin 2025, le recourant a demandé d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 18 juin 2025, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 15 mai 2025, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, le recourant étant en outre dispensé de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 18 juillet 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause la décision du 25 octobre 2022, ni l'expertise du BL. _____ sur laquelle cette décision, entrée en force, s'appuyait. Il a maintenu qu'il n'y avait pas eu de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente entre la décision entrée en force du 25 octobre 2022 et la décision litigieuse du 2 avril 2025. Il a précisé que le recourant ne semblait pas contester cette

absence de modification, son intention ayant été de « solliciter la correction de l'erreur manifeste contenue dans la décision de 2022 ». L'intimé a finalement exposé qu'il n'avait aucunement examiné l'éventualité d'une reconsidération de sa décision précédente du 25 octobre 2022, de sorte qu'il n'y avait pas à examiner la contestation sous cet angle. A l'appui de sa réponse, l'OAI a produit un avis du SMR du 9 juillet 2025.

Par réplique du 23 septembre 2025, le recourant a fait valoir que la procédure relative à son dossier avait été viciée de manière substantielle et souffrait de graves manquements dans l'instruction. Selon lui, les rapports d'expertise devaient être invalidés à cause d'un manque de rigueur scientifique et la présence de contradictions internes et externes, les conclusions rendues reposant en outre sur des jugements de valeur subjectifs et des opinions personnelles des experts en lieu et place d'une analyse objective. Ainsi, la capacité de travail de 80 % retenue n'avait jamais été validée par une expertise approfondie et ce taux était dès lors une fiction administrative sans aucune valeur probante. Pour le recourant, la décision de l'OAI de fixer une capacité de travail de 80 % et de calculer le droit aux prestations sur cette base était arbitraire et infondée, reposant sur une instruction délibérément incomplète. Le recourant a également établi une chronologie de ses différentes demandes et de leur résultat, mettant en avant qu'une nouvelle pathologie cervicale avait été omise par le SMR en 2006, ce qui constituait un vice de forme et une faute d'instruction. Selon lui, le fait que la pathologie cervicale n'ait été mentionnée que dans le mandat SMR de 2011, et non en 2006 déjà, avait conduit à une évaluation incomplète et inexacte de son état de santé et faussé l'expertise de 2011, qui s'était en outre exclusivement concentrée sur l'évolution de son état de santé connu plutôt que de traiter de nouvelles pathologies. Le recourant a encore procédé à une analyse des expertises du N._____ du 24 août 2011 et du BL._____ du 26 novembre 2021, qui démontrait, selon lui, qu'elles présentaient des vices de forme, des contradictions factuelles et des incohérences de fond manifestes, qui ne leur permettaient pas de remplir les conditions d'une pleine valeur probante. Il a enfin fait valoir que l'avis du SMR du 9 juillet 2025 concluait à une absence de modification de son état de santé depuis octobre 2022, ce

qui était en contradiction avec les rapports collectés par l'OAI dans le cadre de sa dernière demande de prestations. En outre, le SMR avait omis de prendre en compte la synergie entre les pathologies physiques et psychiques, son invalidité étant le résultat de l'ensemble de ces troubles qui créaient un tableau clinique complexe et profondément invalidant. Au pied de sa réplique, le recourant a conclu à la nullité de la procédure à partir du 22 février 2006, date à laquelle l'OAI avait « émis un mandat d'expertise en omettant délibérément la nouvelle pathologie des cervicalgies », ainsi qu'à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire menée par un collège d'experts indépendants pour établir un diagnostic psychiatrique clair et précis respectant les standards reconnus, évaluer de manière objective et exhaustive les limitations fonctionnelles physiques et psychiques et les confronter de manière circonstanciée aux exigences concrètes du marché de l'emploi et établir de manière univoque le lien de causalité entre ses troubles physiques actuels, notamment les discopathies, et l'accident survenu en 1995.

Dupliquant le 8 octobre 2025, l'OAI a rappelé que, dans le contexte d'une nouvelle demande après un refus de prestations, il n'y avait pas lieu de remettre en cause la décision entrée en force du 25 octobre 2022, ni l'expertise du BL._____ du 26 novembre 2021.

Le recourant n'a pas déposé de déterminations complémentaires.

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 CD._____ 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 – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-Y*** [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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 7 juin 2024. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'intéressé depuis la décision de refus de rente du 25 octobre 2022.

c) La conclusion du recourant portant sur la compensation du préjudice subi par une année de procédure inutile doit être déclarée irrecevable, dès lors qu'elle sort de l'objet de la contestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de CF. _____ », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits

déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) Dans le cas présent, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1^{er} décembre 2024 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

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) 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, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour

l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) Pour pouvoir 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 une base importante 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).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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).

6. a) En l'espèce, l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 7 juin 2024 par le recourant, celui-ci ayant produit dans ce cadre divers rapports médicaux propres à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Après instruction, l'OAI a toutefois nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé de manière significative depuis la décision du 25 octobre 2022, entrée en force.

b) Dans ce contexte, il s'agit pour la Cour de céans d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de façon significative entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 25 octobre 2022 et la décision litigieuse rendue le 2 avril 2025. On rappellera en particulier que la décision du 25 octobre 2022 avait été rendue par l'intimé après qu'il avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, réalisée par les médecins du BL._____, dont le rapport du 26 novembre 2021 dresse un tableau clinique du recourant sur les plans psychiatrique, rhumatologique et internistique.

c) À l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant a produit divers rapports de ses médecins traitants, qu'il convient d'examiner pour déterminer s'ils établissent une aggravation de son état de santé depuis octobre 2022.

aa) S'agissant du diagnostic de toux chronique, le rapport du 2 novembre 2023 de la Dre CB._____ mentionne que ce diagnostic est sans incidence sur la capacité de travail. En outre, ce diagnostic n'est pas nouveau, ayant déjà été posé par le Dr BF._____ dans son rapport du 17 février 2015, par le Dr G._____ dans son rapport du 9 décembre 2019 et par les experts du BL._____ dans leur rapport du 26 novembre 2021. Le recourant en avait d'ailleurs lui-même fait état dans sa troisième demande de prestations du 15 novembre 2019.

bb) Pour l'aphtose buccale récidivante déjà mentionnée par le recourant dans sa troisième demande de prestations du 15 novembre 2019 et par le Dr G._____ et les experts du BL._____ (cf. rapports des 9 décembre 2019, 23 mars 2020 et 26 novembre 2021), le rapport du 16 novembre 2023 du département de dermatologie et vénéréologie du CHUV indique l'absence de lésions actuelles.

cc) Dans ses rapports des 15 février et 12 septembre 2024, le Dr G._____ a notamment posé les diagnostics incapacitants de discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, de rétrolisthésis de C4-C5 de 2 mm, de discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec image de dessiccation discale et diminution de la hauteur du disque, de protrusion discale postéro-médiane, de *genu varum*, de hernie discale L3-L4 en 2001 symptomatique avec déficit moteur résiduel, de hernie discale dorsale, de méniscopathie interne sévère avec déchirure complexe de la corne postérieure et du corps méniscal interne, de chondropathie de stade II de la facette interne de la rotule du genou droit et de déchirure du ménisque interne du genou gauche. On peut déjà constater que ces diagnostics ne sont pas nouveaux et sont présents depuis de longues années (cf. rapports du Dr C._____ des 23 avril 2001 et 24 août 2005, des experts CG._____, F._____ et CK._____ du 27 mai 2002, de la Dre M._____ du 26 février 2007, du Dr L._____ du 22 décembre 2008, du Dr K._____ du 10 février 2011, des experts du N._____ du 24 août 2011, du Dr G._____ des 9 décembre 2019 et 23 mars 2020 et des experts du BL._____ du 26 novembre 2021). Ensuite, le seul nouveau diagnostic, celui de cupulolithiase (diagnostic clinique), posé dans le rapport du 15 février 2024, n'a pas été repris dans le rapport du 12 septembre 2024.

S'agissant des limitations mentionnées par le Dr G._____ dans son rapport du 12 septembre 2024, elles étaient déjà évoquées dans son rapport du 9 décembre 2019 et avaient également été retenues par le SMR dans son avis du 9 septembre 2011, dans lequel il était indiqué qu'il fallait « varier les positions assise et debout, éviter les rotations en position assise ou debout. Pas de travail accroupi ou à genoux. Pas de port de charges lourdes ». Il en va de même du rapport du 26 novembre 2021 du BL._____

qui avait retenu, du point de vue rhumatologique, qu'il fallait, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux et cervicaux, que l'activité adaptée permette d'alterner les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 10 kg, tout en évitant toute activité qui demandait une position agenouillée ou accroupie, une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et une posture forcée non ergonomique qui surchargeait le rachis dans sa totalité.

Ainsi, les rapports des 15 février et 12 septembre 2024 du Dr G. _____ n'apportent aucun élément nouveau qui aurait permis d'établir l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

dd) Dans son rapport du 8 avril 2024, le Dr J. _____ a notamment posé les diagnostics de probable trouble de la relaxation du plancher pelvien et de prostatite chronique probable à germe indéterminé. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 9 juillet 2025, il ne s'agissait que d'un examen de contrôle, qui ne rapportait aucune notion d'aggravation, les troubles mictionnels étant déjà décrits dans l'expertise du BL. _____ de 2021. Quant au rapport du 26 juillet 2024, il ne répondait à aucune question et renvoyait au précédent rapport en précisant qu'il n'y avait aucune évolution sur le plan urologique.

ee) Sur le plan psychique, le recourant a produit deux rapports du Dr BJ. _____ des 7 juin et 10 septembre 2024, qui mentionnaient une fixation des troubles, puis une aggravation au début de l'année 2023. Il faut toutefois observer que les diagnostics posés en 2024 sont les mêmes que ceux retenus en 2020 (cf. rapport du 17 avril 2020) et que le Dr BJ. _____ a indiqué une persistance des troubles déjà décrits dans son précédent rapport. En outre, le médecin n'explique pas en quoi l'accentuation des sentiments de désespoir avec des idéations suicidaires fluctuantes, des sentiments d'impuissance et une irritabilité à fleur de peau auraient une influence sur la capacité de travail du recourant, le Dr BJ. _____ ne s'étant d'ailleurs pas déterminé sur cette question. On notera encore l'absence de traitement médicamenteux et d'hospitalisation (cf. avis SMR du 9 juillet 2025).

ff) Dans un courrier du 30 novembre 2024, la Dre P. _____ a indiqué que le recourant présentait des douleurs cervicales en aggravation depuis quatre mois et qu'il signalait une irradiation occasionnelle de type décharge électrique dans le bras gauche depuis plusieurs mois, voire années, ainsi que des problèmes lombaires, considérés comme peu importants pour le moment. Sa plainte principale et très invalidante en janvier 2024 se rapportait à des douleurs aux trapèzes et à la nuque, avec un point particulièrement douloureux en regard de C7. Ces douleurs ne sont toutefois pas nouvelles, le Dr G. _____ mentionnant déjà en 2019 un port de charges limité en raison de douleurs dans la région des trapèzes et de la nuque. Quant aux diagnostics posés par la Dre P. _____ dans son rapport du 16 décembre 2024, à savoir ceux de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques avec des douleurs cervicales et thoraciques hautes chroniques et de possible syndrome myofascial, ils sont en lien avec les différentes douleurs que connaît le recourant depuis longtemps, sans que la Dre P. _____ ne fasse mention d'une quelconque aggravation. En outre, cette médecin ne s'est pas prononcée sur la question de la capacité de travail, des limitations fonctionnelles et de la situation professionnelle du recourant, ayant précisé, dans son rapport, ne pas être en mesure de répondre à ces questions.

d) En définitive, aucun des rapports produits par le recourant ne permet de retenir une modification significative de son état de santé depuis le 25 octobre 2022.

e) Pour le reste, le recourant s'attache à présenter un historique de ces différentes demandes en tentant de mettre en exergue ce qu'il considère comme étant des incohérences ou des contradictions, en particulier dans les expertises réalisées en 2011 et 2022, et plus généralement dans le traitement de ses demandes de prestations depuis 2002.

Ce faisant, le recourant se limite à présenter librement ses critiques contre les différentes décisions de l'OAI rendues depuis 2008,

aujourd'hui entrées en force, sans se prévaloir aucunement de la découverte, dans l'intervalle, de faits nouveaux importants ou de moyens de preuve nouveaux susceptibles de justifier une révision (cf. art. 53 al. 1 LPGA). On ne distingue par ailleurs, dans les explications du recourant, aucun élément de nature à établir que les décisions rendues le concernant seraient manifestement erronées, si bien qu'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) n'entre pas non plus en ligne de compte. On notera encore ici que le recourant fait valoir que le SMR n'avait pas pris en compte ses douleurs cervicales dans son avis du 22 février 2006, ne mentionnant que des lombosciatalgies et une anxiété généralisée, ce qui aurait ensuite faussé la suite de la prise en charge de son dossier. Il faut toutefois constater que l'examen rhumatologique et psychiatrique, proposé dans l'avis du SMR du 22 février 2006, n'a jamais été mis en œuvre, dès lors que la capacité de travail de 80 %, attestée par le Dr C. _____, qui avait posé le incapacitant de cervicalgies importantes sur discopathies étagées, concordait avec la reprise d'activité du recourant à 80 % (cf. avis SMR du 12 mai 2006). Ainsi, l'absence de la mention d'une pathologie cervicale en 2006 n'a pas faussé la suite de l'instruction du dossier du recourant. Enfin, la critique de l'intéressé, selon laquelle le SMR avait omis de prendre en compte la synergie entre les pathologies physiques et psychiques, ne saurait être suivie dans la mesure où une évaluation consensuelle a été fait lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2021.

7. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, telle que requise par le recourant. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire en la forme d'exonération d'avances et d'exonération des frais judiciaires, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat, par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est cependant rendu attentif au fait qu'il devra rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code 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 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Le recourant a conclu, dans son acte de recours du 15 mai 2025, au remboursement des frais engagés auprès de l'association SOS Droits des patients par 3'100 fr. dans le cadre du dépôt de sa quatrième demande du 7 juin 2024. Outre le fait que le recourant n'a plus été assisté par cette association dans la procédure de recours devant la Cour de céans, il n'a également pas obtenu gain de cause. Dans cette mesure, il ne saurait prétendre à une quelconque indemnité en remboursement de ses frais (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 2 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 mis à la charge d'B._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. B._____ 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 mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- SOS Droits des patients (pour B._____),
- office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :