

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2026

Composition : M. NEU, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Denis Dougoud, conseiller juridique à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en ***, est marié et père d'un enfant. Sans formation professionnelle, l'assuré travaillait à plein temps en qualité de manœuvre de construction pour le compte d'E. _____ SA.

Le 12 mai 2015, l'assuré a été victime d'un accident de chantier au cours duquel il a glissé dans un talus lors de travaux de terrassement, entraînant une entorse de la cheville droite. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 7 juillet 2015 a mis en évidence une déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur en voie de cicatrisation, un status après une déchirure du ligament calcanéo-fibulaire qui n'était plus décelable, ainsi qu'une ténosynovite post-traumatique des tendons long et court péroniers, associée à une tendinopathie du tendon long péronier sans déchirure. En raison d'une instabilité latérale persistante de la cheville droite, l'assuré a subi, le 29 septembre 2015, une plastie ligamentaire externe ainsi qu'une révision de la gaine des tendons péroniers (protocole opératoire du 29 septembre 2015).

Le 18 avril 2016, l'assuré a déposé une première 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) en raison de douleurs à la cheville droite.

Dans un rapport du 17 mai 2016, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déchirure ligamentaire de la cheville droite, tout en précisant que l'assuré était en mesure de reprendre son activité habituelle à 100 % dès le 1^{er} juin 2016.

Par décision du 2 septembre 2016, confirmant un projet de décision du 23 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} juin 2016, si bien qu'il ne subissait plus aucun

préjudice économique au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente.

L'assuré a repris une activité professionnelle auprès d'I. _____ SA du 10 octobre 2016 au 20 avril 2017 en qualité de manutentionnaire.

b) Le 18 janvier 2018, B. _____ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en faisant valoir une péjoration de son état de santé en raison d'une rechute de la cheville droite. Il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 24 avril 2017.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI s'est notamment procuré le dossier de l'assureur-accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]). Il en ressort en particulier que, le 21 avril 2017, l'assuré a consulté le Service des urgences du CHUV après avoir ressenti, la veille, une douleur accompagnée d'un craquement au niveau des deux malléoles de la cheville droite en poussant un chariot au travail. En raison d'une luxation des tendons péroniers et d'une tendinopathie sévère du long fibulaire droit, il a subi, le 18 juillet 2017, une révision des tendons péroniers avec ténodèse du long fibulaire sur le court fibulaire (protocole opératoire du 18 juillet 2017). Lors de son examen du 27 novembre 2017, le médecin de la CNA a constaté la persistance de douleurs à la face externe de la cheville droite, limitant notamment la marche et les déplacements en terrain accidenté, ainsi qu'une importante amyotrophie du mollet droit. Il a estimé que la cheville resterait fragile avec des douleurs résiduelles et que l'assuré ne pouvait plus exercer une activité sur un chantier, préconisant une réorientation professionnelle. Les investigations complémentaires réalisées en 2018 n'avaient toutefois pas permis d'objectiver de cause aux douleurs persistantes. Le SPECT-CT du 13 février 2018 n'avait révélé aucune anomalie susceptible d'expliquer la symptomatologie de la cheville droite et l'IRM du 21 mars 2018 avait montré un status après ténodèse des fibulaires, sans téno-synovite ni rupture tendineuse. Une nouvelle intervention chirurgicale n'avait dès lors pas été jugée indiquée, les douleurs étant considérées comme résiduelles (rapport du 16 octobre

2018). Enfin, lors de l'examen médical final du 19 novembre 2018, le médecin de la CNA a retenu comme limitations fonctionnelles le port de charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, en particulier en terrain accidenté, tout en considérant que la capacité de travail était entière dans une activité respectant ces limitations.

Par décision du 17 octobre 2019, confirmant un projet de décision du 18 juillet 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} juillet 2018 au 28 février 2019. Il a considéré que la demande du 18 janvier 2018 avait été déposée tardivement, de sorte que le droit à la rente ne pouvait naître avant le 1^{er} juillet 2018. Sur le plan médical, il a retenu que l'activité habituelle de manutentionnaire n'était plus exigible, mais que l'assuré disposait, dès le 19 novembre 2018, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus ne faisant apparaître aucun préjudice économique dès cette date, l'OAI a supprimé la rente trois mois après l'amélioration de la capacité de travail, soit au 28 février 2019.

c) L'assuré a travaillé en qualité de livreur à plein temps du 4 juin 2020 au 31 octobre 2021 pour le compte de F._____ SA.

Le 30 novembre 2021, il a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une hernie discale depuis le 27 janvier 2021.

Par communication du 9 mars 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès de la Fondation G._____ à R*** du 21 mars au 9 septembre 2022.

Le 3 août 2022, l'OAI a pris connaissance du dossier constitué par l'assureur perte de gain (J._____ SA) de l'ex-employeur de l'assuré contenant notamment les documents suivants :

- un rapport du 27 janvier 2021, dans lequel la K._____, spécialiste en médecine interne générale, faisait état de douleurs spontanées de l'épaule gauche, accompagnées d'une pression paracervicale gauche, d'un engourdissement du membre supérieur gauche avec hypoesthésie dans le territoire cubital, de difficultés à l'abduction et de paresthésies des quatrième et cinquième doigts de la main gauche, tout en posant le diagnostic de cervicobrachialgies C7-C8 gauches non déficitaires, dans un contexte de hernie discale cervicale C6-C7 gauche ;
- un rapport du 17 juin 2021, dans lequel le Dr L._____, spécialiste en neurologie, posait le diagnostic de cervico-scapulalgie bilatérale à nette prédominance droite, associée par moments à des paresthésies diffuses des deux mains, sans anomalie à l'examen neurologique et électrophysiologique, tout en relevant que, malgré la présence à l'IRM d'une hernie discale C6-C7 gauche, l'assuré ne présentait pas de brachialgie C7 gauche ; il concluait ainsi à des cervicalgies plutôt non spécifiques et préconisait une prise en charge auprès d'un centre de la douleur en vue d'une infiltration ;
- un rapport du 17 août 2021, dans lequel la Dre M._____, faisait état de cervicalgies droites irradiant vers l'omoplate et l'épaule droites jusqu'au-dessus du coude, aggravées notamment par le port de charges, tout en estimant que les douleurs étaient fortement évocatrices de troubles dégénératifs de la colonne cervicale et préconisant une imagerie récente afin de confirmer ce diagnostic ;
- une IRM de la colonne cervicale du 30 août 2021, mettant en exergue une hernie discale C6-C7 gauche avec rétrécissement du foramen gauche, tandis que le foramen C6-C7 droit n'était que légèrement rétréci ;
- une IRM de la colonne cervicale du 7 avril 2022, mettant en évidence une protrusion disco-ostéophytaire paramédiane gauche C6-C7, préexistante et globalement stable par rapport aux examens antérieurs, susceptible d'irriter la racine C7 gauche, ainsi qu'un début d'uncarthrose C6-C7 à droite, sans hernie associée ;
- une expertise rhumatologique du 26 avril 2022, réalisée sur mandat de l'assureur perte de gain, dans laquelle le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, retenait des douleurs cervico-brachiales avec

contractures du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien, sans névralgie cervico-brachiale ni signe déficitaire ; il estimait que l'activité habituelle n'était plus exigible, probablement de manière définitive, mais qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée pouvait être atteinte dans un délai d'un mois, puis de 100 % dans un délai de deux mois, tout en préconisant d'éviter le travail avec la tête en l'air ou vers le bas, les mouvements répétés de torsion, flexion, rotation et latéroflexion du cou, le port répété de charges supérieures à 5 kg ainsi que le travail répété avec les mains au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport du 8 septembre 2022, la Fondation G._____ a relevé, au terme des modules externalisés, que l'assuré n'était pas prêt à reprendre un emploi, l'état de santé restant flou et instable. La projection professionnelle n'était donc pas envisageable malgré la motivation de l'assuré de pouvoir travailler à nouveau.

Par communication du 13 septembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure supplémentaire, notamment d'ordre professionnel, n'était envisageable en l'état, des informations complémentaires devant encore être recueillies afin d'examiner son droit aux prestations. Il a dès lors indiqué poursuivre l'instruction de la demande.

Dans un rapport du 17 avril 2023, le Dr P._____, médecin praticien, a posé les diagnostics d'adénopathies cervicales et thoraciques, de syndrome de réponse inflammatoire systémique, de gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) de type IgG lambda, de cervicalgies ainsi que de trouble anxio-dépressif (CIM-10 F41.2), tout en relevant que l'assuré présentait une capacité de travail uniquement pour des travaux non physiques.

Dans un rapport du 14 août 2023, le Dr BB._____, spécialiste en médecine interne générale et en maladies infectieuses (infectiologie), a posé le diagnostic de tuberculose ganglionnaire cervicale, tout en précisant que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et que la capacité de travail dans une activité adaptée restait indéterminée.

Une IRM du rachis cervical réalisée le 24 octobre 2023 a mis en évidence une discopathie cervicale prédominant en C6-C7, avec un débord disco-ostéophytaire, sans signe d'arthropathie facettaire congestive ni sténose foraminale significative.

Dans un rapport du 9 janvier 2024, le Dr BB._____ a indiqué qu'il n'existait désormais plus de problème infectieux ayant une incidence sur la capacité de travail, ni d'adénopathie cervicale droite ou de limitation fonctionnelle liée à la tuberculose. L'assuré se plaignait toutefois encore de douleurs cervicales en lien avec une hernie discale. Du point de vue infectiologique, le médecin a retenu une pleine capacité de travail, sans contre-indication à des mesures de réinsertion.

Dans un rapport du 4 mars 2024, le Dr P._____ a fait état d'une situation globalement stationnaire, l'assuré présentant toujours des cervicalgies invalidantes et des paresthésies des membres supérieurs, s'aggravant après une journée d'effort, ainsi qu'une fatigue persistante et l'apparition d'une symptomatologie dépressive. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges supérieures à 5 kg ainsi que les rotations et mouvements répétitifs du cou. Le médecin a estimé que l'assuré présentait une incapacité totale de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 10 février 2025, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis mai 2021 en raison de cervico-brachialgies non déficitaires sur hernie discale C6-C7. Se ralliant aux conclusions de l'expertise rhumatologique d'avril 2022, il a considéré qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée était exigible dès juin 2022, les plaintes et l'imagerie ultérieures n'ayant pas mis en évidence d'élément susceptible de modifier cette appréciation. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le port répété de charges de plus de 5 kg, les mouvements de rotation, flexion et extension de la nuque ainsi que le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, auxquelles

s'ajoutaient les limitations liées à l'atteinte à la cheville, soit l'absence de station debout prolongée et de longs trajets à pied, en particulier en terrain accidenté. Il a toutefois retenu une incapacité totale dans toute activité de décembre 2022 à août 2023 en raison d'une tuberculose ganglionnaire, ayant entraîné une baisse de l'état général, de la fatigue et des malaises, dont l'évolution avait été favorable après six mois d'antibiothérapie. Il a par ailleurs écarté le caractère incapacitant de l'atteinte psychique évoquée par le médecin traitant, faute d'éléments l'étayant, de traitement psychotrope et de suivi spécialisé.

Par projet de décision du 1^{er} mai 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, hormis entre décembre 2022 et août 2023.

Le 26 mai 2025, l'assuré, représenté par sa protection juridique, a contesté le projet de décision précitée.

Par décision du 28 août 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} mai 2025.

B. Par acte du 29 septembre 2025, B._____, représenté par Denis Dougoud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 28 août 2025, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sous la forme d'une expertise comportant un volet psychiatrique, voire rhumatologique. En substance, il a fait valoir que l'avis du SMR du 10 février 2025 ne suffisait pas à exclure une atteinte psychiatrique incapacitante, compte tenu notamment des constatations de son médecin traitant faisant état d'une symptomatologie dépressive et d'une fatigue sévère. Il reprochait ainsi à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son état de santé psychique, de sorte qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire. À l'appui de son recours, il a produit un rapport du 9 juillet 2025 du Dr

P._____, lequel a fait état de la persistance, sans évolution significative, d'une fatigue chronique sévère, de douleurs musculosquelettiques diffuses et de cervicalgies invalidantes, ainsi que d'un trouble dépressif modéré à sévère, se manifestant notamment par une baisse d'énergie, un ralentissement psychomoteur, une tristesse et une possible anhédonie. Le médecin a estimé que cette symptomatologie persistante empêchait l'assuré de travailler et affectait fortement sa qualité de vie.

Le 16 octobre 2025, le recourant a produit un rapport du Dr P._____ du 13 octobre 2025, lequel a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis plus de trois ans en raison de douleurs musculosquelettiques chroniques et, principalement, d'un trouble dépressif sévère. Celui-ci se manifestait notamment par une anhédonie prononcée, un épuisement psychique, une anxiété importante, une perte de motivation et d'intérêt, une altération de l'estime de soi et des sentiments de désespoir. Malgré les différentes prises en charge entreprises, l'état demeurerait fortement altéré et excluait toute reprise d'activité, même partielle. Il a ainsi préconisé une réévaluation de la situation de l'assuré, considérant le trouble dépressif sévère comme l'atteinte actuellement la plus invalidante.

Dans sa réponse du 9 décembre 2025, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 21 novembre 2025, a relevé qu'une aggravation de l'état de santé était possible entre mars 2024 et la décision litigieuse du 28 août 2025. Il a dès lors proposé d'interroger le médecin traitant afin de compléter l'instruction sur ce point. Il a joint un avis du SMR du 21 novembre 2025.

Dans sa réplique du 12 janvier 2026, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a soutenu que l'aspect psychiatrique avait été insuffisamment instruit, relevant que l'intimé admettait lui-même une possible aggravation de son état psychique entre mars 2024 et la décision litigieuse. Il a estimé qu'il appartenait à l'intimé, en vertu de son devoir d'instruction, de compléter le dossier auprès du médecin traitant et, le cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale.

Par duplique du 26 février 2026, l'intimé a confirmé sa réponse.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations déposée le 30 novembre 2021.

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

rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations le 30 novembre 2021. Ce sont donc les dispositions de LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables au présent litige.

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).

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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

6. En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité en se fondant essentiellement sur l'avis du SMR du 10 février 2025.

a) Il convient de constater que le SMR s'est rallié, sur le plan somatique, aux conclusions de l'expertise rhumatologique du 26 avril 2022 et a retenu que le recourant disposait, depuis juin 2022, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve de la période comprise entre décembre 2022 et août 2023, durant laquelle une incapacité totale de travail était admise en raison de la tuberculose ganglionnaire. S'agissant de l'atteinte psychique mentionnée par le médecin traitant, le SMR lui a dénié tout caractère incapacitant, au motif qu'elle n'était pas suffisamment étayée et que le recourant ne bénéficiait alors ni d'un traitement psychotrope ni d'un suivi psychiatrique spécialisé.

b) Cette appréciation ne permet toutefois pas de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant jusqu'à la date déterminante de la décision litigieuse du 28 août 2025. Il ressort en effet du dossier que l'existence d'une symptomatologie sur le plan psychique avait déjà été évoquée avant cette décision. Le Dr P._____ avait ainsi retenu, dans son rapport du 17 avril 2023, un trouble anxio-dépressif. Dans son rapport du 4 mars 2024, il avait ensuite expressément fait état de l'installation d'une symptomatologie dépressive, associée à une fatigue persistante, et retenu une incapacité totale de travail, y compris dans une activité adaptée. Or, l'expertise rhumatologique d'avril 2022, sur laquelle le SMR s'est largement fondé, est antérieure à l'apparition de ces éléments et ne comportait, au demeurant, aucune évaluation psychiatrique. Elle ne permet dès lors pas de déterminer si, et dans quelle mesure, l'évolution ultérieure de l'état psychique du recourant a eu une incidence sur sa capacité de travail.

Les pièces produites au cours de la présente procédure renforcent les doutes à cet égard. Dans son rapport du 9 juillet 2025, le Dr P._____ a décrit un trouble dépressif modéré à sévère se manifestant notamment par une baisse d'énergie, un ralentissement psychomoteur, une tristesse et une possible anhédonie, associé à une fatigue chronique sévère. Il a estimé que cette symptomatologie empêchait le recourant de travailler. Dans son rapport du 13 octobre 2025, il a décrit de manière plus détaillée un trouble dépressif sévère, accompagné notamment d'une anhédonie prononcée, d'un épuisement psychique, d'une anxiété importante, d'une perte de motivation et d'intérêt, d'une altération de l'estime de soi et de sentiments de désespoir, qu'il considérait désormais comme l'atteinte principalement responsable de l'incapacité de travail.

Ces éléments constituent ainsi des indices suffisamment concrets d'une possible évolution défavorable de l'état psychique pour rendre nécessaires des investigations complémentaires. Cette conclusion s'impose d'autant plus que le SMR lui-même, après avoir pris connaissance des nouvelles pièces, a reconnu dans son avis du 21 novembre 2025 qu'une aggravation de l'état psychique entre mars 2024 et le 28 août 2025 était

possible. Il a préconisé d'interroger le médecin traitant ou, en présence d'un suivi spécialisé, le psychiatre concerné. Dans sa réponse du 9 décembre 2025, l'intimé s'est d'ailleurs rallié à cette appréciation et a lui-même proposé que des renseignements médicaux complémentaires soient recueillis.

c) Il découle de ce qui précède que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire, l'état de santé psychique du recourant et son éventuelle incidence sur sa capacité de travail ne pouvant être considérés comme suffisamment élucidés. En particulier, le dossier ne permet pas de déterminer la nature et la gravité de l'atteinte psychique, son évolution temporelle, les limitations fonctionnelles qui en découlent ni, surtout, les répercussions sur la capacité de travail.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) Il résulte des constatations qui précèdent que l'instruction menée sur le plan psychiatrique est lacunaire, ce que l'intimé admet au demeurant. En effet, les atteintes psychiques dont fait état le dossier n'ont fait l'objet d'aucune instruction spécifique ni d'aucun éclaircissement médical permettant d'en déterminer la nature, l'évolution et les éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. En l'absence de toute investigation sur ce volet, la Cour de céans ne dispose ainsi pas des éléments médicaux nécessaires pour se prononcer sur l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail. Dans ces circonstances, il n'appartient pas à la Cour de céans de pallier les carences de l'instruction administrative en interpellant elle-même le médecin traitant sur les atteintes psychiatriques, alors que celles-ci n'ont jusqu'ici fait l'objet d'aucune mesure d'instruction de la part de l'intimé. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire la cause conformément au principe inquisitoire consacré à l'art. 43 al. 1 LPGA – afin qu'il procède aux investigations nécessaires sur le plan psychiatrique, en particulier quant aux diagnostics pertinents, à leur évolution et à leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Une fois l'instruction complétée, il lui appartiendra de se prononcer à nouveau sur le droit de l'assuré aux prestations.

8. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause, si bien qu'elle 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 1'300 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.

**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 28 août 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'300 fr. (mille trois cents francs) à B. _____ à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Denis Dougoud (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 :