

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant, représenté par **W.** _____, à [...],

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 1 et
2 RAI ; 82 LPA-VD**

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], marié, père de quatre enfants nés en [...], [...], [...] et [...], a travaillé par intermittence en Suisse dès 1987.

L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 mai 2000, en déclarant souffrir de douleurs cervicales et dorsales, ainsi que de troubles du sommeil et de l'humeur, depuis des accidents subis en 1992 et 1999. Cette demande a été rejetée par décision du 29 avril 2005, sur le constat que l'intéressé présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. Cette décision a été confirmée par arrêt du Tribunal administratif fédéral du 3 décembre 2007 (TAF C-2533/2006).

b) L'intéressé a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en juin 2009, en mentionnant les mêmes atteintes à la santé. Cette demande a été rejetée par décision du 16 juillet 2010, au motif qu'il n'y avait pas de convention bilatérale de coordination entre la Suisse et le pays d'origine de l'assuré, où il s'était réinstallé en 2001.

c) Une troisième demande a été déposée le 19 décembre 2011 par l'assuré, pour les mêmes atteintes. Elle a été instruite par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lorsque le lieu de résidence de l'intéressé a pu être déterminé. Dans l'intervalle, l'assuré a été victime d'une chute le 18 novembre 2015 entraînant une fracture radiale droite non déplacée, accident pour lequel la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a versé des prestations. Des rapports médicaux attestant d'un suivi psychiatrique ont également été versés au dossier, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et de modification de la personnalité à la suite de la guerre civile. Ceux-ci étaient complétés

par un rapport d'évaluation neuropsychologique du 14 septembre 2017 et d'un rapport d'examen psychologique du 13 novembre 2017.

A la suggestion du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertises E._____, incluant la médecine interne, la neurologie, la rhumatologie et la psychiatrie. Les experts d'E._____ ont examiné l'assuré entre le 19 novembre et le 17 décembre 2019 et ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 4 février 2020. Ils ont retenu les diagnostics pertinents de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites (F43.25) et d'amplification des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0) en relation avec un syndrome polyalgique diffus idiopathique ainsi que des rachialgies cervico-dorso-lombaires et des troubles sensitivomoteurs des membres supérieur droit et inférieur gauche, atteintes qui n'entraînaient pas d'incapacité de travail, hormis une incapacité transitoire après la fracture distale. Les experts ont par ailleurs nié l'existence d'un trouble de la personnalité et noté des incohérences dans le discours de l'assuré et à l'examen clinique, ainsi qu'une absence de compliance au traitement antidépresseur prescrit par le psychiatre traitant.

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts d'E._____ dans un avis du 1^{er} avril 2020 et l'intimé a rejeté la demande de prestations par décision du 10 août 2020. L'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 18 novembre 2015 au 8 septembre 2017, mais qu'il avait retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé dès novembre 2016 puis dans sa dernière activité de chauffeur-livreur dès le 9 septembre 2017, de sorte qu'il n'avait subi aucun préjudice économique ouvrant le droit à une rente. Le recours de l'assuré contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 17 novembre 2020 (AI 289/20 - 382/2020).

d) L'assuré a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI le 22 mars 2021, indiquant être en arrêt de travail à 100 %

depuis le 12 novembre 2019 et renvoyant aux précédentes demandes s'agissant de son atteinte à la santé. Invité par l'OAI à fournir des éléments susceptibles d'appuyer une demande de révision, l'intéressé a fourni un rapport du 12 mai 2021, dans lequel la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, attestait suivre régulièrement l'assuré pour un syndrome brachio-cervical droit chronique post-traumatique après un accident du 18 octobre 2015, des douleurs chroniques du poignet droit à la suite d'une fracture de l'extrémité distale du radius en 2015, des céphalées chroniques post-traumatiques depuis une chute d'un échafaudage en 1992 avec traumatisme crânio-cérébral, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une maladie de Dupuytren de la main droite et des douleurs chroniques du pied gauche sur hallux rigidus. Elle a en outre signalé que des investigations étaient en cours sur le plan orthopédique et que son patient était suivi depuis mai 2017 pour un état dépressif chronique accompagné d'un déclin cognitif touchant la quasi-totalité des fonctions investiguées.

L'assuré n'a pas donné suite à l'invitation de l'OAI de compléter son dossier par la production d'un rapport de son psychiatre traitant, malgré une prolongation d'office du délai pour étayer ses objections au projet de décision notifié le 22 juillet 2021. En conséquence, l'OAI a rendu, le 7 octobre 2021, une décision refusant d'entrer en matière sur la demande au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que sa situation avait connu une modification notable depuis la précédente décision. Le recours déposé contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 17 février 2022 (AI 415/21 - 54/2022).

B. L'assuré a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI le 26 janvier 2023. Précisant qu'il travaillait depuis septembre 2019 en tant que maçon à 50 % pour l'Entreprise U._____, il a joint un courrier de la CNA l'invitant à déposer une demande d'AI compte tenu des prestations fournies depuis un événement du 26 juillet 2022. Il a en outre indiqué qu'il subissait une incapacité de travail de 100 % depuis

le 26 juillet 2022 et qu'il souffrait d'un diabète et d'une atteinte ostéoarticulaire.

L'OAI s'est fait remettre une copie du dossier constitué par la CNA, lequel contenait en particulier les récapitulatifs des indemnités journalières versées, les attestations d'arrêt de travail délivrées depuis juillet 2022, ainsi que les pièces médicales suivantes :

- Une déclaration de sinistre établie le 18 août 2022 par l'Entreprise U._____, indiquant que l'assuré s'était tordu la cheville gauche et était tombé sur le dos après avoir glissé en damant le sol le 26 juillet 2022 sur son lieu de travail.
- Un rapport initial établi le 28 juillet 2022 par le Dr [...], spécialiste en chirurgie, posant les diagnostics de contusion lombaire et d'entorse de la cheville gauche.
- Un rapport médical intermédiaire du 3 novembre 2022 du Dr B._____, médecin praticien, retenant les diagnostics de contusion lombaire et d'entorse de la cheville gauche et signalant une amélioration des symptômes mais l'échec d'une tentative de reprise du travail le 7 septembre 2022.
- Des radiographies de la cheville gauche et de la colonne cervicale, effectuées le 29 septembre 2022 à la demande de la CNA.

Entrant en matière sur la nouvelle demande, l'OAI a obtenu les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 4 juillet 2023 par la N._____ à la demande de la CNA. Faisant état d'incohérences multiples dans les plaintes du patient, qui décrivait des douleurs mal systématisées touchant les deux membres inférieurs, le membre supérieur droit et le rachis, mais ne prenait que sporadiquement du Dafalgan, s'autolimitait de façon évidente et opposait un

comportement douloureux au cours de l'examen physique, les spécialistes ont conclu à l'absence de constatations anormales hormis l'obésité et des signes d'usure chez un sujet de 58 ans, à savoir une maladie de Dupuytren et une arthropathie dégénérative de l'articulation métatarso-phalangienne du 1^{er} orteil gauche. Ils ont précisé que l'examen neurologique spécialisé n'avait révélé aucun indice d'une atteinte centrale périphérique, que les documents d'imagerie ne montraient aucune atteinte traumatique et que le bilan psychiatrique était superposable à celui déjà effectué à la N. _____ en 2016. Ce rapport incluait en particulier un rapport de consultation orthopédique du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

- Un rapport rédigé le 6 octobre 2023 par le Dr B. _____, exposant que l'assuré était en incapacité de travail en raison d'une douleur dans la cheville gauche avec paresthésies, de rachialgies cervicales et dorso-lombaires, de sensations vertigineuses et d'un trouble dépressif. Le médecin généraliste traitant ne se prononçait pas sur les limitations fonctionnelles, suggérant que la situation soit évaluée par un spécialiste dans la mesure où l'intéressé déclarait ne pas pouvoir travailler comme aide-maçon, et renvoyait vers le psychiatre ou psychologue traitant pour le surplus.
- Un rapport de la Clinique H. _____ du 11 janvier 2024, décrivant les résultats d'un bilan neuropsychologique effectué le 6 décembre 2023 et concluant en particulier comme suit :

« Ce tableau neuropsychologique est sévère et met en évidence des résultats déficitaires, en particulier dans les sphères mnésiques, exécutives et attentionnelles. Ce dernier peut être interprété dans un contexte multifactoriel (répétitions de choc à la tête, situation socio-économique compliquée accompagnée d'une détresse psychologique, faible niveau socio-éducatif). A noter que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée n'a pas montré d'atteinte cérébrale hormis une discrète leuco-encéphalopathie.

Nous souhaitons encore souligner que dans le contexte de chocs répétés à la tête, et des coups du lapin, il n'est pas rare de voir une évolution défavorable du tableau clinique et l'apparition de plaintes post-traumatiques typiques comme celles décrites par le patient

(vertiges, céphalées, difficultés de concentration, irritabilité accrue, etc.).

Cependant, lors de cette évaluation, relevons que le patient n'a pas pu maintenir une allocation optimale de ses ressources attentionnelles sur toute la durée de l'examen et le tableau cognitif apparaît globalement invalide (facteurs imbriqués échoués, impression clinique). D'un point de vue neuropsychologique, nous ne pouvons donc pas retenir de limitation fonctionnelle sur la base de cet examen. »

- Un questionnaire médical psychiatrique de l'OAI rempli le 6 avril 2024 par le Dr C._____, posant les diagnostics de trouble dépressif persistant d'intensité moyenne à sévère et de baisse marquée des fonctions cognitives d'allure séquellaire. Le psychiatre traitant concluait à une incapacité de travail totale en raison de nombreuses limitations fonctionnelles, notamment cognitives, en se référant au bilan neuropsychologique de la Clinique H._____.

Suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 10 juin 2024, qui observait des incohérences relevées dans l'évaluation de la N._____ et l'évaluation neuropsychologique tandis que les conclusions des médecins traitants n'étaient pas convaincantes, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et orthopédie, incluant un bilan neuropsychiatrique. Le mandat a été confié au centre d'expertise M._____ et exécuté par les Drs Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 20 novembre 2024. Les experts ont posé les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques, droite plus que gauche, avec déficit important des rotations et des inclinaisons du rachis cervical (M53.12), sur lésions dégénératives légères du segment C3-C4, de lombalgies chroniques (M54.56) sur de légères lésions dégénératives, de hallux valgus gauche avec arthrose de la métatarso-phalangienne du gros orteil sévère (M19.07), d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en précisant qu'il existait en outre des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et des difficultés liées au logement et

aux conditions économiques (Z59). Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan orthopédique mais, sur le plan psychiatrique, il fallait tenir compte d'une capacité de résistance au stress diminuée avec des difficultés dans certaines interactions sociales et d'une endurance diminuée en raison d'une fatigabilité accrue, limitations fonctionnelles de degré minime et sans incidence sur la capacité de travail. Ainsi, la capacité de travail avait toujours été entière sans baisse de rendement dans l'activité de référence d'employé polyvalent ou d'aide-maçon, sous réserve de trois mois d'incapacité de travail après chacun des cinq accidents subis par l'intéressé entre 1990 et 2022. Les experts ont joint leurs rapports d'expertise dans leur spécialité, un rapport décrivant des radiographies effectuées le 21 octobre 2024 à la demande de M. _____ (colonne cervicale, avant-pied gauche, cheville gauche, épaules gauche et droite, poignet droit et colonne lombaire), des résultats d'analyses mises en œuvre par M. _____, ainsi que les réponses données le 14 octobre 2024 par le Dr C. _____ aux questions du Dr Z. _____.

Dans un avis médical du 27 novembre 2024, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise de M. _____.

Le 27 novembre 2024, l'OAI a notifié à l'assuré, par son mandataire, un projet de décision prévoyant de rejeter sa demande, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante ni préjudice économique ouvrant le droit à des prestations, et qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail et de gain d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

Désormais représenté par W. _____, l'assuré a contesté le projet de décision précité par courrier du 8 janvier 2025. S'étonnant de l'absence de prise de contact avec le Dr B. _____ et de mise en œuvre de mesures thérapeutiques, il a produit un certificat d'incapacité de travail établi par le Dr C. _____.

Par courrier du 14 janvier 2025, l'OAI a invité l'assuré à étayer ses objections dans un délai fixé au 18 février 2025, puis a rendu une

décision de refus de prestations le 26 février 2025 reprenant la motivation de son projet. Dans une prise de position séparée du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a relevé que l'assuré n'avait fourni avec ses objections aucun élément lui permettant de revoir sa position.

C. Toujours représenté par W._____, P._____ a déposé un recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 25 mars 2025, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision, subsidiairement à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de mettre en œuvre des mesures. Il a fait valoir, pour l'essentiel, que les certificats d'arrêt de travail délivrés en continu par ses médecins traitants depuis son accident du 26 juillet 2022 n'avaient pas été pris en compte.

Le recourant a déposé une requête d'assistance judiciaire le 19 avril 2025, en précisant que l'objectif de son recours était d'amener l'intimé à revoir sa décision de manière à tenir compte des arrêts de travail délivrés par ses médecins.

Invité par la Juge instructrice à préciser ses conclusions, le recourant a répété le 31 mai 2025 que l'intimé avait, à tort, considéré qu'il n'avait pas présenté d'incapacité de travail alors que des certificats d'arrêt de travail avaient été envoyés sans discontinuer à la CNA. Confirmant les conclusions de son écriture du 25 mars 2025, il a joint un lot de certificats médicaux d'arrêt de travail couvrant la période du 28 juillet 2022 au 6 mai 2025.

Les écritures précitées ont été transmises pour information à l'intimé, qui a produit son dossier le 5 mai 2025.

Le recourant a encore déposé une écriture spontanée le 31 mai 2025. Répétant que l'intimé avait rejeté sa demande de prestation au seul motif que les certificats d'arrêt de travail n'avaient pas été dûment pris en compte, il a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en lien avec une cinquième demande déposée le 26 janvier 2023.

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

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 26 février 2025 et portait sur la demande de prestations déposée le 26 janvier 2023 par le recourant. Ainsi, le droit à la rente pouvait naître au plus tôt six mois plus tard, le 1^{er} juillet 2023. Il en découle que les modifications du « développement continu de l'AI » sont applicables.

3. 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.

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

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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou

supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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).

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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 tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la cinquième demande de prestations déposée par l'assuré et a constaté, à l'issue de l'instruction médicale, que le recourant n'avait subi aucune incapacité de travail de plus de trois mois depuis 2021 au moins. Il s'est fondé en particulier sur les conclusions du rapport d'évaluation consensuelle bidisciplinaire établi le 20 novembre 2024 par M._____, auquel s'est rallié le SMR par avis du 27 novembre 2024.

A l'appui de ses objections au projet de décision puis de son recours, l'intéressé s'est limité à déplorer le fait que son médecin généraliste traitant, le Dr B._____, n'avait pas été invité à fournir un rapport alors qu'il avait délivré des attestations d'arrêt de travail à 100 % sans discontinuer depuis le 26 juillet 2022.

b) Le grief du recourant tombe à faux. En effet, l'intimé est d'emblée entré en matière sur la nouvelle demande de prestations et a prié les médecins traitants cités par le recourant de compléter un questionnaire médical. Le Dr B._____ a donné suite le 6 octobre 2023. Le Dr C._____, psychiatre traitant, s'est exécuté le 6 avril 2024. L'intimé s'est également procuré une copie du dossier constitué par la CNA, dans lequel figuraient les attestations d'incapacité de travail délivrées dans les suites de l'accident du 26 juillet 2022, notamment celles du Dr B._____.

Cela étant, dans son rapport du 6 octobre 2023, le Dr B._____ a mentionné des diagnostics rhumatologiques et

psychiatriques, mais ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et les possibilités de réadaptation. A ce propos, il a simplement suggéré de faire appel à des spécialistes pour l'évaluer. Il a par ailleurs indiqué que l'incapacité de travail était basée « sur les dires du patient ». L'intimé a donc poursuivi l'instruction médicale et a obtenu notamment le rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 4 juillet 2023 par la N._____ à la demande de la CNA, ainsi que le rapport précité du Dr C._____ du 6 avril 2024, auquel était joint un rapport d'évaluation neuropsychologique du 11 janvier 2024. Le SMR a procédé à l'analyse de ces différentes pièces et a conclu, dans son avis du 10 juin 2024, qu'elles n'étaient pas suffisantes pour déterminer la capacité de travail du recourant. Sur ce point, l'avis du SMR est étayé et convaincant. En effet, d'une part, l'évaluation de la N._____ a conclu à l'absence d'atteinte justifiant une incapacité de travail sur les plans psychique et somatique, en relevant que les plaintes du recourant étaient mal systématisées et qu'il s'autolimitait de façon évidente ou opposait un comportement douloureux au cours de l'examen physique. Les experts mandatés par l'intimé durant l'instruction de la troisième demande de prestations avaient déjà procédé aux mêmes constats. D'autre part, le psychiatre traitant a conclu à une incapacité de travail totale en se fondant essentiellement sur les résultats d'un bilan neuropsychologique émettant de sérieux doutes quant à la validité desdits résultats en raison du comportement adopté par l'intéressé lors de la passation des tests, ce qui avait déjà été le cas d'un précédent bilan neuropsychologique effectué en septembre 2017. C'est donc à juste titre que l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire pour déterminer l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la précédente décision.

c) Pour poser leurs conclusions, les experts de M._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 3 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis 2015. Les experts ont chacun examiné l'intéressé et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (annexes 1 et 2 du rapport d'évaluation). Les

deux rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec le recourant, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3) et, d'autre part, les observations (ch. 4), les éventuelles informations obtenues de tiers (ch. 5), une évaluation médicale incluant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ainsi que les diagnostics retenus (ch. 6), une évaluation médico-assurantielle (ch. 7) et enfin les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale du recourant établie après une conférence consensuelle en présence des deux experts, qui s'est tenue le 6 novembre 2024 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le plan somatique, le Dr Q._____ a retracé l'historique médico-assurantiel et a procédé à un examen complet du recourant. Il a également étudié de nouveaux clichés radiographiques effectués dans le contexte de l'expertise. Il a ainsi constaté, comme les médecins de la N._____ en 2023, des incohérences entre les plaintes exprimées, l'examen et le diagnostic. Dans son rapport, il a précisé les raisons pour lesquelles il ne retenait ni incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles, notant en particulier que les lésions subies lors des divers accidents documentés dès 1990 avaient toujours été mineures et ne pouvaient justifier une incapacité de travail de plus de trois mois, tandis que la seule atteinte notable, un hallux valgus de l'avant-pied gauche avec arthrose, ne s'opposait pas à une reprise du travail sur un chantier avec des chaussures orthopédiques adaptées et pouvait, en cas de gêne trop forte, être aisément prise en charge chirurgicalement.

Sur le plan psychiatrique, le Dr Z._____ a également procédé à un examen complet et a obtenu des renseignements supplémentaires auprès du psychiatre traitant ainsi qu'un dosage plasmatique des psychotropes avant de rédiger son rapport. Dans son évaluation médicale,

il a rappelé et commenté les rapports psychiatriques figurant au dossier de l'intimé. Pour sa part, l'expert a retenu celui d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en précisant les éléments qui l'amenaient à cette conclusion et en se positionnant sur les diagnostics différentiels. Il a également constaté que les éléments anamnestiques ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif moyen ni la survenance de précédents épisodes dépressifs. Ses conclusions sont convaincantes et les divergences avec celles des psychiatres traitants successifs sont étayées.

Le recourant n'a pas contesté les constatations faites par les experts, ni opposé d'élément d'ordre médical à l'encontre de leurs conclusions, étant au demeurant relevé que l'intéressé ne bénéficie d'aucun suivi spécialisé orthopédique ou rhumatologique. Aucune pièce médicale récente au dossier n'est ainsi susceptible de porter le doute sur l'expertise bidisciplinaire de M._____, à laquelle une pleine valeur probante doit donc être reconnue.

d) Il découle de ce qui précède que l'intimé était fondé à retenir l'absence d'incapacité de travail et de gain durable depuis le dernier examen matériel du droit à la rente comprenant une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, soit celle du 10 août 2020 rejetant la troisième demande de prestations. Par ailleurs, à défaut d'incapacité de travail supérieure à une année, condition préalable à l'ouverture d'un droit à la rente posée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'intimé pouvait rejeter la demande sans procéder à une comparaison des revenus, ce que le recourant n'a d'ailleurs pas contesté.

6. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, l'intimé a rendu sa décision sur la base d'une expertise médicale bidisciplinaire, contre laquelle le recourant n'a opposé aucun argument puisqu'il s'est uniquement prévalu d'attestations d'arrêt de travail non étayées dûment prises en compte par l'intimé. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de la requête d'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve le recourant.

c) 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). Les frais, par 600 fr., sont mis à la charge de la partie recourante, qui succombe.

d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours, manifestement mal fondé, est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire déposée le 19 avril 2025 par P._____ est rejetée.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P._____.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W._____ (pour le recourant),
- 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 :