

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. Le 8 janvier 2018, A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, de nationalité [...], sans formation professionnelle, employé de tri à 100% pour le compte de P._____ jusqu'en avril 2017 puis au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes dorsaux.

Dans le cadre de l'instruction menée, l'OAI a recueilli les avis des médecins qui suivaient l'assuré.

En particulier, sur le plan psychiatrique, un rapport du 8 octobre 2018 du Centre BB._____ (ci-après : le Centre BB._____) faisait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis janvier 2018 au moins. L'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% sans limitation dans ce registre. Il présentait une thymie abaissée, une anhédonie, une fatigabilité augmentée, une augmentation de l'appétit, de légers troubles de la mémoire et de la concentration, une dévalorisation et du pessimisme face à l'avenir, ainsi que de la nervosité. Un traitement antidépresseur lui était prescrit, soit du Saroten 50 mg deux fois par jour.

Sur le plan somatique, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique le 15 novembre 2019 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie auprès du Service médical régional AI (SMR), dont le rapport y relatif retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales L4-L5 et L5-S1 et les diagnostics non incapacitants de cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'obésité. L'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employé au tri postal et de 70% depuis avril 2017 dans une activité adaptée, permettant d'alterner les positions - assise et debout - à raison de deux ou trois fois par heure, d'éviter le port ou le soulèvement de charges réguliers

de plus de 5 kg ainsi que tout travail en porte-à-faux prolongé du tronc, de même qu'une exposition à des vibrations. Le Dr C. _____ mentionnait la prise d'un traitement antidépresseur à base de Saroten 25 mg, une fois par jour.

Par décision du 15 avril 2020, confirmée par arrêt du 16 mars 2021 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité.

B. Le 6 avril 2022, A. _____ a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant souffrir d'une hernie discale, de diabète, de problèmes de sommeil, ainsi que d'une fragilité psychologique depuis 2020.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande, dans la mesure où l'assuré avait été hospitalisé en psychiatrie du 22 janvier au 1^{er} février 2021.

Sur demande de l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a établi un rapport le 31 mai 2022, dans lequel il a mentionné le diagnostic de diabète de type II avec une obésité morbide, tout en précisant que le diabète était bien contrôlé et qu'il n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

Une IRM lombaire réalisée le 20 août 2021 a mis en évidence un canal lombaire étroit L4-L5 sur grande hernie discale médiane dans le cadre d'une discarthrose et d'une lipomatose épидurale avec compression bilatérale des deux racines L5, une hernie discale L5-S1 à large débord ainsi que foraminale et extra-formaminale gauche en conflit avec les deux racines S1 sur le trajet récessal et L5 sur son trajet forminale et extra-foraminale gauche, ainsi que des troubles statiques avec surcharge facettaire pluri-étagée (épanchements facettaires et hypertrophie facettaire particulièrement au niveau L5-S1).

Dans un rapport du 1^{er} juin 2022, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a mentionné une

capacité de travail de l'assuré nulle depuis le 1^{er} mai 2021, en renvoyant au psychiatre traitant et aux documents joints à son rapport, notamment à l'IRM lombaire effectuée le 20 août 2021.

En juin 2022, des certificats médicaux établis par le Dr K._____, médecin auprès du Centre BB._____, attestant d'une incapacité de travail de 100% depuis le 11 novembre 2021 jusqu'au 11 mai 2022, ont été fournis à l'OAI, ainsi qu'un procès-verbal d'audience de mesures protectrices de l'union conjugale du 13 novembre 2020, dans lequel on apprend que l'assuré et son épouse ont convenu de vivre séparés depuis le 2 novembre 2020, de même qu'une ordonnance de mesures protectrices de l'union conjugale du 13 mai 2022, interdisant à l'assuré de contacter son épouse et ses enfants et d'approcher du domicile de ceux-ci.

Sur demande de l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en urologie, s'est limité à indiquer, le 8 juillet 2022, que l'assuré avait bénéficié, le 9 mars 2022, d'une séance de lithotritie par ondes de choc extracorporelles de l'uretère et du rein gauche, ainsi que de la pose d'une « sonde JJ ».

Dans un rapport du 7 octobre 2022 adressé à l'OAI, les Drs I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre BB._____, et K._____ qui suivaient l'assuré depuis le 11 novembre 2021 à raison de deux fois par mois, ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) au moins depuis janvier 2018. Ils ont indiqué, comme médication, du Trittico 50 mg, du Brintellix 20 mg, ainsi que du Temesta en réserve. Selon eux, la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique était nulle avec un pronostic de potentiel de réadaptation à 50% moyennement favorable. Les médecins précités ont énuméré toute une série de limitations fonctionnelles du registre psychiatrique compte tenu des symptômes dépressifs et anxieux présentés par l'assuré.

Par communication du 31 janvier 2023, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation.

Le 18 avril 2023, après plusieurs rappels, les Dres W._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Département de psychiatrie, [...], du Centre hospitalier universitaire L._____, ([...]), et O._____, médecin assistante, auprès de ce même service, ont produit une lettre de sortie du 9 février 2021, établie à la suite de l'hospitalisation de l'assuré du 22 janvier au 1^{er} février 2021. Il ressort de ce document que celui-ci a été admis sous placement médical à des fins d'assistance (PLAFA) pour mise à l'abri de gestes auto-agressifs à la suite d'idées suicidaires dans le contexte d'un tentamen par intoxication au rodenticide. Le déroulement de l'évènement y est décrit, le patient évoquant à cet égard une situation difficile dans sa vie avec une impossibilité de travailler à la suite de problèmes de santé et d'une séparation avec son épouse en novembre 2020. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) a été retenu. Une baisse stable de l'humeur, une anhédonie, un sentiment de solitude, une baisse de l'estime de soi, une perturbation du sommeil et de l'appétit étaient constatés. A l'issue du séjour, le pronostic était jugé favorable avec une disparition des idées suicidaires, une amélioration de la thymie et du sommeil. Le patient se projetait dans l'avenir et a accepté un suivi psychiatrique. Du Brintellix 10 mg a été prescrit à titre d'antidépresseur.

A la demande de l'OAI, l'assuré a répondu le 1^{er} mai 2023, qu'il n'avait ni suivi rhumatologique, ni orthopédique, ni neurochirurgical.

Dans un avis du 16 juin 2023, le SMR a conclu que, du point de vue somatique, il semblait y avoir une progression radiologique au vu des compressions radiculaires objectivées, toutefois sans corrélation clinique et sans consultation spécialisée. Il convenait de réinterroger le médecin traitant au sujet de la baisse de capacité de travail retenue depuis mai 2021 et d'obtenir le rapport de l'intervention subie par l'assuré le 3 mai 2023. Sur le plan psychiatrique, l'assuré semblait avoir eu plusieurs suivis aux Centre BB._____, depuis 2018 et le suivi actuel datait de novembre 2021 avec une incapacité de travail totale retenue depuis lors dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent insuffisamment étayé (épisodes, précédents, gravité de l'épisode actuel, répercussions au quotidien). Le rapport du

psychiatre taitant ne mentionnait en outre pas l'hospitalisation début 2021. Il convenait ainsi de le réinterroger afin qu'il précise ces éléments, ainsi que l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Un rapport de protocole opératoire, fourni le 28 juin 2023, faisait état d'une intervention réalisée le 3 mai 2023 pour l'excision d'un kyste sacro-coccygien et d'une lésion interfessier caudale et lésion suspubienne. L'assuré avait déjà subi une opération le 17 août 2022 pour l'excision d'un kyste sacro-coccygien avec abcès.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr J. _____ a précisé, le 10 juillet 2023, que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis mai 2021 en raison de l'atteinte lombaire qui l'empêchait d'effectuer des activités physiques, de marcher sur de longs trajets et de porter des charges.

Dans un rapport du 28 août 2023, la Dre B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre BB. _____, a mentionné le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), évoquant une situation stationnaire, dans un contexte familial conflictuel et le décès du frère de l'assuré en décembre 2022. Les épisodes dépressifs avaient eu lieu en 2019, 2021 et 2022. Selon la spécialiste précitée, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis novembre 2021. A titre de limitations fonctionnelles, la Dre B. _____ a retenu un ralentissement psychomoteur, des ruminations anxieuses, un trouble de la concentration, une humeur abaissée, des troubles du sommeil, une fatigabilité, ainsi qu'une faible résistance au stress. Le traitement consistait en la prise de Temesta 2,5 mg à raison de trois fois par jour, sans précision quant à la fréquence du suivi psychiatrique.

Au terme d'un avis du 15 septembre 2023, le SMR a préconisé la poursuite de l'instruction, notamment quant à la problématique sacro-coccygienne et sur le plan cardiologique.

Dans un rapport du 20 septembre 2023, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 100% en ce qui concernait la pathologie chirurgicale (kyste sacro-coccygien).

En réponse à une demande de l'OAI, le Service de cardiologie des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois a indiqué, le 26 septembre 2023, qu'il ne connaissait pas l'assuré.

Dans un avis du 3 novembre 2023, le SMR a mentionné que, du point de vue somatique, il n'y avait pas d'élément pour une aggravation sur le plan rachidien et que les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles déjà admises. Quant à l'excision du kyste sacro-coccygien, elle engendrait une incapacité de travail seulement transitoire du 3 mai au 4 août 2023. Enfin, sur le plan psychiatrique, il convenait de réinterroger le Centre BB._____.

Répondant aux questions de l'OAI, la Dre B._____ a, dans un rapport du 4 décembre 2023, repris le diagnostic posé dans son précédent rapport et précisé que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Elle a expliqué que durant la période de suivi après l'hospitalisation du 22 janvier au 2 février 2021, la situation de l'assuré avait été compliquée en raison de tensions familiales avec des angoisses massives, une symptomatologie dépressive avec des insomnies, des ruminations anxieuses et parfois des idées suicidaires. L'évolution était ensuite restée stationnaire et le patient avait souhaité prendre uniquement un anxiolytique, si bien que le traitement antidépresseur avait été interrompu, tout en précisant que du Brintellix 20 mg avait été réintroduit depuis le 9 octobre 2023 une fois par jour. L'assuré était suivi à raison d'une séance toutes les deux à trois semaines. La capacité de travail était toujours nulle et il présentait les mêmes limitations fonctionnelles que celles évoquées dans le précédent rapport du 28 août 2023.

Dans un avis du 29 janvier 2024, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour un assuré qui n'avait connu

aucune évolution depuis fin 2020 alors qu'il semblait pourtant en mesure de se mobiliser partiellement (sortir se promener, faire à manger et faire son ménage) et dont les facteurs familiaux semblaient prépondérants. Il s'agissait pour l'expert de préciser les diagnostics présents et les dates auxquelles ils étaient devenus durablement incapacitants, ainsi que de décrire les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes. Il devait également évaluer l'impact des limitations fonctionnelles dans les domaines courants de la vie et évaluer les ressources, notamment au moyen du test CIF-APP. Il lui incombait encore de préciser quelle était la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et les éventuelles mesures médicales nécessaires pour améliorer cette capacité de travail, ainsi que de se positionner quant à la possibilité pour celui-ci d'effectuer des mesures de réinsertion.

L'examen clinique et psychiatrique a été réalisé le 30 avril 2024 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du SMR, qui a rendu un rapport le 30 mai 2024. Ce médecin n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), une anxiété généralisée (F41.1), ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F17.20). Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité sur le plan psychiatrique, sans limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 4 juin 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, dès lors que sur le plan somatique, aucune aggravation ne pouvait être retenue depuis la dernière décision du 15 avril 2020, et que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100% dans toute activité.

Le 5 juin 2024, un rapport du 31 mai 2024 du Laboratoire de pathologie E._____, adressé au Dr D._____, a été transmis à l'OAI. Il en ressort qu'après examen du kyste sacro-occygien et de la lésion cutanée

du pli inguinal, une maladie de Verneuil est suspectée, sans pathologie épithéliale.

Par courrier du 2 juillet 2024, Me Duc s'est référé au projet de décision du 4 juin 2024 et a prié l'OAI de rendre rapidement une décision sujette à recours.

Le 4 juillet 2024, l'OAI a informé Me Duc qu'en raison des fêtes estivales, une décision pourrait être rendue mi-août 2024.

Par décision du 16 août 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant le projet de refus du 4 juin 2024.

C. Par acte du 11 octobre 2024, l'assuré, assisté de Me Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 16 août 2024 et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et la mise en place de débats publics. Sur la question de la recevabilité du recours, l'assuré a soutenu que la décision litigieuse n'avait jamais été notifiée à son mandataire, si bien que le délai de recours courrait seulement à compter du dernier jour du délai de recours depuis la notification - à lui-même - de la décision litigieuse, conformément à la jurisprudence applicable. Quant au fond, il a en substance fait valoir que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr F. _____ n'était pas probante, compte tenu des avis des différents psychiatres qu'il avait consultés, et que, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé, son état de santé s'était aggravé sur le plan somatique. Il a estimé que sa capacité de travail était nulle tant du point de vue psychiatrique que somatique.

Dans sa réponse du 11 novembre 2024, l'intimé a relevé que le recours était tardif, soulignant que l'original de la décision avait bien été notifiée à l'étude du mandataire du recourant et que la jurisprudence qu'il

citait ne s'appliquait par conséquent pas. En outre, le mandataire avait été informé qu'une décision serait notifiée à la mi-août 2024, en réponse à sa demande du 2 juillet 2024, faisant suite au projet de décision qui lui avait été adressé le 4 juin 2024. Sur le fond, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant aux avis du SMR des 3 novembre 2023 et 29 janvier 2024, ainsi qu'au rapport d'examen clinique psychiatrique du 30 mai 2024 du Dr F._____, auquel il convenait de reconnaître une pleine valeur probante.

Par duplique du 8 janvier 2025, le recourant a réitéré l'argument selon lequel la décision entreprise n'était jamais parvenue à son mandataire, de sorte que la jurisprudence mentionnée était applicable à son cas. Par ailleurs, il a précisé que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F._____ n'était, selon lui, pas probant en tant que celui-ci n'avait retenu aucune limitation fonctionnelle, contrairement à ce qui ressortait du test CIF-APP, et que ses conclusions entraient en contradiction avec les autres pièces médicales figurant au dossier.

Par prononcé du 29 janvier 2026, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 16 septembre 2024 et Me Duc désigné en qualité de conseil d'office de celui-ci.

Par courrier du 3 février 2026, Me Duc a confirmé qu'il renonçait à la mise en œuvre de débats publics.

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), étant précisé que ce délai commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 1 LPGA).

Le recours a été déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), si bien qu'il est recevable *ratione materiae* et *ratione loci*. Il respecte en outre les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment).

b/aa) Se pose encore la question de savoir si l'acte de recours a été déposé en temps utile, autrement dit s'il est recevable *ratione temporis*. En effet, la décision querellée est datée du 16 août 2024, alors que l'acte de recours, daté du 11 octobre 2024, a été reçu le 14 octobre 2024 par la Cour des assurances sociales.

Le recourant explique à cet égard que la décision en question n'a pas été notifiée à son mandataire, qui n'a donc jamais reçu cette décision, mais seulement à lui-même au plus tôt le lendemain, soit le 17 août 2024. Partant, il soutient que la notification a été irrégulière et qu'il doit donc se voir appliquer la jurisprudence, selon laquelle, l'intéressé doit, en vertu du devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TFA C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c). Ainsi, dans la mesure où la décision litigieuse est datée du 16 août 2024 et que le délai de recours courait jusqu'au 16 septembre 2024, l'acte de recours a, de l'avis de l'intéressé, été déposé dans le délai de 30 jours prévu par la jurisprudence, dès lors que celui-ci débutait le 16 septembre 2024.

L'intimé fait, pour sa part valoir, que l'original de la décision a bien été envoyé à l'étude du mandataire et que, par conséquent, la jurisprudence en question ne s'applique pas. Il rappelle également que, par courrier du 4 juillet 2024, il avait informé Me Duc que la décision serait notifiée mi-août 2024, en réponse à sa demande du 2 juillet 2024, si bien

que son devoir de diligence aurait dû l'amener à se renseigner à temps auprès de l'intimé ou auprès de son client, ce qu'il n'avait apparemment pas fait.

bb) Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification, déterminante pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; SVR 2009 UV n° 16 p. 62, 8C_210/2008 ; RAMA 1997 n° U 288 p. 442, U 263/96, consid. 2b). Lorsqu'il reçoit personnellement une communication de l'assureur social, l'assuré représenté est en droit de penser que celle-ci est aussi parvenue à son représentant et qu'il peut s'abstenir d'agir personnellement (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 5^e édition 2024, n° 25 ad art. 37 LPGA).

L'art. 49 al. 3 LPGA dispose également que la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacrant ainsi un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'art. 29 al. 1 et 2 Cst. (TF 8C_349/2024 du 19 décembre 2024 consid. 3.2.2 ; 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1 et les références citées). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification : la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 150 II 26 consid. 3.5.4 ; 139 IV 228 consid. 1.3 ; 122 I 97 consid. 3a/aa ; TF 8C_349/2024 du 19 décembre 2024 consid. 3.2.2).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant – dont l'existence est connue de l'autorité –, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C_266/2020 précité consid. 2.3 ; TF 9C_18/2016 précité consid. 5.3.1 ; TF 9C_296/2011 précité consid. 5.1; TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6). Cette pratique a été confirmée à la lumière de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et de la LPGA (TF 9C_85/2011 précité consid. 4 à 6).

cc) En l'occurrence, on peut s'étonner, dans le contexte rappelé par l'intimé, du fait que le mandataire du recourant n'aurait, comme il l'affirme, pas reçu la décision litigieuse, dans la mesure où l'entier de la correspondance précédant cette décision avait été notifiée à son étude, y compris le projet de décision du 4 juin 2024. Cela étant, l'intimé n'a, pour sa part, pas été en mesure d'établir que la décision a bel et bien été notifiée à l'étude de Me Duc, comme elle le soutient. Dès lors que le fardeau de la preuve lui incombe dans une telle situation, il y a lieu d'admettre que la notification a été irrégulière et que la jurisprudence précédemment exposée, sur laquelle s'appuie le recourant, lui est applicable. Ainsi, le délai pour recourir contre la décision du 16 août 2024 doit être calculé à partir du moment où le vice a été réparé, c'est-à-dire lorsque le mandataire du recourant a pris connaissance de la décision, mais au plus tard le trentième jour depuis la notification en mains de l'assuré de la décision litigieuse. On ignore en l'espèce tant la date à laquelle la décision querellée a été notifiée au recourant que celle où ce dernier en a informé son avocat. Toutefois, la décision en question a pu être reçue au plus tôt le 17 août 2024 par le recourant, si bien que le délai de recours initial courait jusqu'au 16 septembre 2024. Dès lors que le nouveau délai de recours débute dès cette date et arrive à échéance le 15 octobre 2024, le recours déposé le 11

octobre 2024 l'a été dans le délai de trente jours. Il est donc également recevable *ratione temporis*.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 6 avril 2022, singulièrement sur le point de savoir si sa situation s'est modifiée, depuis la dernière décision de refus de prestations du 15 avril 2020, dans une mesure susceptible d'influencer son droit aux prestations.

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 1er 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 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 16 août 2024 fait suite à une nouvelle (deuxième) demande de prestations, déposée le 6 avril 2022. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI). Il doit donc être fait application du droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

5. a) 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).

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).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 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) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la

procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

D'après la jurisprudence, 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 80_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) 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).

7. a) En l'espèce, par décision du 16 août 2024, l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations d'invalidité, considérant qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de refus du 15 avril 2020, confirmée par arrêt du 16 mars 2021. Pour parvenir à cette conclusion, il s'est fondé, d'une part sur le rapport d'examen du 15 novembre 2019 du Dr C. _____ et sur les avis successifs de ce service à la suite de la nouvelle demande déposée le 6 avril 2022 pour ce qui est de l'aspect somatique, et d'autre part, sur le rapport d'examen du Dr F. _____ du 30 mai 2024 s'agissant du volet psychiatrique.

Le recourant, de son côté, soutient que l'intimé n'a pas tenu compte des rapports des Drs G. _____ et J. _____ qui feraient état d'une aggravation significative de son état de santé sur le plan somatique. Il conteste également le rapport d'examen psychiatrique du 30 mai 2024 établi par le Dr F. _____ qui serait contredit par les rapports des Drs B. _____ et K. _____. Il fait également valoir que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin du SMR ne correspondent pas aux résultats du test CIF-APP.

b/aa) Sur le plan somatique, le Dr C. _____ du SMR avait retenu, dans le cadre de l'instruction de la première demande déposée le 8 janvier 2018 ayant abouti à la décision du 15 avril 2020, confirmée par arrêt du 16 mars 2021 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, que l'assuré souffrait de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales L4-L5 et L5-S1, ainsi que de cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'obésité. Le premier diagnostic a été jugé incapacitant contrairement au second. L'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employé au tri postal et de 70% depuis avril 2017 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité permettant de pouvoir alterner les positions assise et debout deux à trois fois par heure, d'éviter le port et le soulèvement réguliers de charges d'un poids excédant 5 kg, ainsi que la position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, de même qu'une exposition aux vibrations (cf. rapport d'examen du 15 novembre 2019).

bb) A la suite de la nouvelle demande de prestations déposée le 6 avril 2022, dans laquelle était évoqués un diabète de type II, ainsi qu'une hernie discale, l'intimé a sollicité des rapports de médecins qui suivaient l'assuré.

Le Dr G. _____ a ainsi mentionné que le diabète de type II dont souffrait l'assuré était bien contrôlé et sans incidence sur sa capacité de travail (cf. rapport du 31 mai 2022).

Quant à la problématique dorsale, le SMR a noté, dans un avis du 16 juin 2023, une progression radiologique au vu des compressions radiculaires objectivées par l'IRM réalisée le 20 août 2021, tout en précisant qu'il n'y avait pas de corrélation clinique et que l'assuré ne bénéficiait d'aucune consultation spécialisée. Le SMR est ainsi parvenu à la conclusion que, du point de vue somatique, aucun élément ne parlait en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan rachidien et que les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles déjà admises en 2019 (cf. avis du 3 novembre 2023).

En outre, la problématique urologique n'avait pas engendré d'incapacité de travail durable, tout comme l'atteinte sacro-coccygienne qui avait eu pour conséquence une incapacité de travail seulement transitoire de trois mois.

cc) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports des Drs G._____ et J._____, dont le SMR a tenu compte, ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation de celui-ci sur le plan somatique. Le Dr G._____ a en effet confirmé que l'atteinte (diabète de type II) dont souffrait le recourant n'avait aucune incidence sur sa capacité de travail (cf. rapport du 31 mai 2022). Quant au Dr J._____, médecin-traitant, il a conclu à une capacité de travail nulle en raison de l'atteinte lombaire depuis le 1^{er} mai 2021 (cf. rapports des 1^{er} juin 2022 et 10 juillet 2023), mais n'a aucunement motivé son appréciation, ni la date à partir de laquelle il retenait une capacité de travail nulle, dont on ne saisit pas à quoi elle correspond.

dd) L'intimé était ainsi légitimé à se fonder sur les conclusions de l'examen rhumatologique du 15 novembre 2019 du Dr C._____ du SMR qui restent valables et de conclure à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions - assise et debout - à raison de deux ou trois fois par heure, d'éviter le port ou le soulèvement de charges réguliers de plus de 5 kg ainsi que tout travail en porte-à-faux prolongé du tronc, de même qu'une exposition à des vibrations.

c/aa) Sur le plan psychiatrique, l'intimé s'était fondé, pour rendre sa décision du 15 avril 2020, sur le rapport du 8 octobre 2018 du Centre BB._____, dans lequel était retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis janvier 2018 au moins. Malgré une thymie abaissée, une anhédonie, une fatigabilité augmentée, une augmentation de l'appétit, de légers troubles de la mémoire et de la concentration, une dévalorisation et du pessimisme face à l'avenir, ainsi que de la nervosité, la capacité de travail de l'assuré était entière sans limitation dans le registre psychiatrique, étant précisé que celui-ci prenait alors un traitement antidépresseur, soit du Saroten 50 mg deux fois par jour.

bb) Dans le cadre de la seconde demande de prestations déposée le 6 avril 2022, en raison d'une « fragilité psychologique depuis 2020 », l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen psychiatrique du 30 mai 2024 du Dr F._____ du SMR pour considérer que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité sans limitations.

aaa) On observera, tout d'abord, que le rapport en question se fonde sur l'ensemble des pièces figurant au dossier, qu'il dresse une anamnèse complète, qu'il précise le contexte psychosocial, les antécédents et décrit les plaintes du recourant, ses habitudes ainsi que sa journée-type. Le rapport repose en outre sur les constatations cliniques effectuées par le Dr F._____ et présente des conclusions motivées et convaincantes. D'un point de vue formel, ce rapport remplit donc l'ensemble des exigences jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante.

On rappellera, par ailleurs, qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, l'OAI restant libre de décider les mesures d'instruction qu'il entend mettre en œuvre, notamment de solliciter le SMR pour un examen médical (cf. consid. 5c *supra*).

bbb) Dans son rapport d'examen du 30 mai 2024, le Dr F._____ a retenu les diagnostics non incapacitants d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), d'anxiété généralisée (F41.1)

et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F17.20). Pour ce qui est du premier diagnostic posé, le médecin précité, après avoir apprécié la situation du recourant en retraçant l'évolution de son état de santé psychique (cf. pp. 720 à 722 du rapport d'examen), a expliqué que ce diagnostic était resté inchangé depuis le suivi par le Centre BB. _____ en janvier 2018, excepté durant l'hospitalisation du recourant pendant une dizaine de jours fin janvier 2021, à la suite d'une tentative de suicide, où le diagnostic d'épisode dépressif sévère avait été momentanément retenu. Le Dr F. _____ a en particulier constaté que si, à l'anamnèse, l'assuré décrivait une fatigue et une tristesse permanentes, ainsi qu'un manque de motivation pour réaliser ses activités, de même qu'une absence de plaisir, l'analyse de la vie quotidienne ne montrait pas de changement significatif. Par ailleurs, l'examen du jour ne montrait aucun signe de fatigue durant les deux heures d'entretien, ni aucun signe de tristesse avec une mimique adaptée au discours et à la situation. Sur le plan thymique, hormis une vision pessimiste de l'avenir sur le plan financier, le médecin du SMR n'a pas constaté de symptôme dépressif. Toutefois, compte tenu des propos tenus à l'anamnèse corroborés par les différents rapports psychiatriques du Centre BB. _____, il retenait un trouble dépressif moyen mais sans syndrome somatique du fait que l'assuré ne connaissait pas de perte de poids et que seuls deux symptômes (trouble du sommeil et baisse de la libido) sur quatre étaient présents. Les symptômes de fatigue et de tristesse décrits par l'assuré étaient permanents depuis 2018 sans évolution, sauf une légère amélioration courant 2020 avant la séparation d'avec son épouse. Si l'assuré soutenait que les symptômes étaient plus intenses depuis qu'il vivait seul, cela n'avait pas eu d'impact sur sa vie quotidienne. Le Dr F. _____ a souligné que le diagnostic, qui était resté inchangé depuis 2018, avait été considéré comme non incapacitant lors du premier suivi au Centre BB. _____ en 2018, avant d'être considéré comme totalement incapacitant par ce même Centre en 2021. Or l'analyse de la vie quotidienne, qui montrait un assuré qui mobilisait ses ressources sans problème si nécessaire et la capacité à arrêter de fumer par lui-même dix mois plus tôt alors qu'il fumait vingt cigarettes par jour depuis plus de vingt ans apparaissait en contradiction avec un niveau de ressources psychiques

faibles entraînant une incapacité de travail totale. La seule aggravation de l'état de santé psychique du recourant constatée restait temporaire, soit durant son hospitalisation du 22 janvier au 1^{er} février 2021, lors de laquelle le diagnostic d'épisode dépressif sévère avait été posé. Cette hospitalisation était intervenue dans un contexte de séparation conflictuelle et il était difficile d'objectiver les intentions du recourant (idées suicidaires ou acte plus à visée de chantage). Un traitement antidépresseur lui a été prescrit (Brintellix 10 mg), traitement qu'il continuait à prendre au jour de l'examen par le Dr F. _____ avec une longue interruption entre octobre 2022 et octobre 2023, sans que le recourant ne puisse expliquer le motif pour lequel il avait cessé le traitement puis l'avait repris après une année. Le Dr F. _____ a également retenu le diagnostic d'anxiété généralisée en raison d'une labilité émotionnelle et de tensions motrices avec signes neurovégétatifs (transpiration, palpitations, précordialgies et sensation parfois de mort imminente), toutefois non décélées à l'examen, voire de crises d'angoisse aiguës d'une durée de moins d'une heure. La fréquence de ces crises variait d'un jour à l'autre mais leur caractère épisodique et l'absence de retentissement sur l'autonomie dans la vie quotidienne rendait non incapacitant le diagnostic posé. Quant au diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, actuellement abstiné (F17.20), celui-ci était également non incapacitant compte tenu de l'absence de retentissement sur la vie quotidienne, malgré certains épisodes de « craving » que l'assuré gérait avec des patchs. Après avoir posé des diagnostics motivés, le Dr F. _____ s'est penché sur les indicateurs pertinents en matière de troubles psychiques.

Concernant les ressources disponibles ou mobilisables de l'assuré, les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne permettaient de constater que celles-ci étaient globalement conservées. En effet, en ce qui concernait le réseau social, celui-ci avait toujours été restreint au réseau familial et n'avait pas changé au fil du temps, excepté lors du décès du frère de l'assuré fin 2022. Ce dernier connaissait des relations sociales irrégulières depuis toujours, se limitant, depuis le déménagement, à de vagues relations de voisinage. En revanche,

il maintenait des contacts réguliers avec sa famille en Suisse ou au X***. Il voyait sa sœur et son beau-frère environ une fois par mois et avait pu voir son fils aîné, désormais majeur, à quelques reprises. S'agissant des activités de loisirs, celles-ci étaient très réduites et se limitaient à regarder la télévision et à quelques promenades de courte durée à cause des douleurs, deux à trois fois par semaine, étant précisé qu'auparavant, l'assuré mettait son énergie à s'occuper de ses enfants. Pour ce qui était des tâches ménagères, l'assuré était autonome. Quant aux commissions, il bénéficiait de l'aide de son beau-frère, qui disposait d'une voiture, une fois par mois.

Au niveau de la cohérence, le Dr F._____ a constaté de fréquentes divergences entre les symptômes décrits, le comportement et les activités quotidiennes. L'assuré ne décrivait spontanément que des épisodes anxieux et, à l'anamnèse orientée, une fatigue et une tristesse permanentes, ainsi qu'un manque d'envie pour les activités. Néanmoins, l'analyse montrait un assuré qui restait autonome pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, même s'il les effectuait de manière fractionnée. La douleur permanente décrite par l'assuré ne se retrouvait pas lors de l'examen où celui-ci avait pu rester assis pendant deux heures avec une seule attitude antalgique alors qu'il disait ne pas pouvoir rester dans la même position plus d'une quinzaine de minutes chez lui. Par ailleurs, l'assuré soutenait qu'il ne dormait pas plus de quatre à cinq heures par nuit alors qu'à l'examen, il n'avait manifesté aucun signe de fatigue. Pour le reste, le médecin du SMR a constaté une cohérence entre les symptômes objectivés à l'examen et l'analyse des activités quotidiennes et du comportement.

cc) Le Dr F._____ a également expliqué, de manière convaincante, les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis succincts et peu motivés des psychiatres traitants, les Drs K._____ et B._____, dont les rapports ne permettent, en l'occurrence, pas de remettre en cause son appréciation. En effet, s'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, posé par ceux-ci, le Dr F._____ a exposé qu'un tel diagnostic ne pouvait être retenu du fait que, selon l'anamnèse, il n'y avait pas de période de rémission entre différents épisodes, alors que l'assuré était

régulièrement suivi tous les mois, hormis durant le changement entre R*** et Y***. L'assuré avait été vu en consultation trois ou quatre fois après une période de chômage en 2010 ou 2011, sans qu'il ne soit objectivé d'épisode dépressif. Il décrivait une humeur plus ou moins triste depuis 2018. Ainsi, en l'absence d'antécédent dépressif objectivé avant la prise en charge de 2018 et le fait qu'il n'y ait pas eu de rémission depuis amenait le Dr F._____ à rejeter le diagnostic de trouble dépressif récurrent. On observera à cet égard qu'amenée à préciser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, la Dre B._____ s'est limitée à répondre à l'OAI que les épisodes dépressifs avaient eu lieu en 2019, 2021 et 2022, sans détailler et motiver son assertion (cf. rapport du 28 août 2023).

Concernant la capacité de travail - considérée comme nulle - retenue par les psychiatres traitants, le Dr F._____ a en particulier souligné qu'une telle appréciation entraine en contradiction avec le fait que le diagnostic dépressif était resté inchangé depuis 2018, excepté durant la courte période d'hospitalisation fin janvier 2021, et qu'à l'analyse de la vie quotidienne de l'assuré, l'on constatait que celui-ci disposait de ressources et était autonome dans l'accomplissement des tâches instrumentales. Par ailleurs, le Dr K._____ a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle depuis novembre 2021, date correspondant au début de son suivi, mais n'a aucunement motivé son appréciation. La Dre B._____ n'a pas non plus apporté de précision à ce sujet. En définitive, il apparaît que les psychiatres traitants ont procédé à une lecture différente d'un même état de fait, laquelle ne convainc pas et ne permet pas de retenir une aggravation significative de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision du 15 avril 2020.

dd) Quant à la critique en lien avec les résultats du test CIF-APP, qui démontreraient d'importantes limitations, elle n'est pas fondée et doit être écartée. En effet, le Dr F._____ s'est penché de manière détaillée sur les résultats du test en question. Il a en particulier constaté que l'assuré n'avait pas de problèmes pour s'adapter aux règles et routines, comme cela avait été le cas lors des périodes d'activités ou de mesures de réinsertion liées au chômage. Celui-ci effectuait les tâches au fur et à mesure de ses

besoins sans nécessairement les planifier mais montrait de bonnes capacités à les structurer si besoin. L'assuré se montrait flexible et adaptable, sans difficulté à mettre en pratique des connaissances professionnelles lorsqu'il travaillait. Il ne rencontrait pas de difficultés de jugement ou à s'affirmer. Aucune limitation dans la capacité de contact et de conversation avec des tiers n'était constatée, dans la mesure où l'assuré n'avait jamais cherché à développer des relations sociales en dehors des relations familiales et dans le cadre du travail. Il en allait de même de la capacité d'avoir des relations privilégiées à deux et à prendre soin de soi. L'assuré présentait une hygiène correcte et avait la capacité à utiliser les transports publics et à se déplacer en N*** si nécessaire. Le Dr F. _____ a ainsi noté que l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles hormis dans trois secteurs sur les treize évalués. En particulier, la capacité d'intégration dans un groupe s'était, aux dires de l'assuré, fortement dégradée depuis 2018, en lien avec la sensation d'être observé et jugé. Or cela ne correspondait pas avec l'envie de l'assuré d'intégrer un atelier de cuisine qui se faisait en groupe mais que celui-ci estimait irréalisable pour des raisons financières. L'assuré décrivait également une capacité d'endurance et de résistance limitée de manière significative mais essentiellement pour des raisons algiques, de fatigue et par manque de motivation. Celui-ci ne cherchait en outre pas à faire des activités, d'où une limitation significativement prononcée (3 sur 4) en lien avec les activités spontanées et une proactivité. Le médecin du SMR a ainsi conclu que même en retenant les propos manquant parfois de cohérence de l'assuré, seules trois limitations significativement prononcées ressortaient du test, aboutissant à un score total de 9/52.

ee) En définitive, aucun élément objectif, qui serait de nature à faire douter de la fiabilité et de la pertinence de l'appréciation de l'examen psychiatrique du Dr F. _____ du SMR, n'a été amené. Cette appréciation peut donc être confirmée.

d) Il s'ensuit que l'intimé pouvait valablement se fonder sur le rapport d'examen du 15 novembre 2019 du Dr C. _____ sur le plan rhumatologique, d'une part, et sur celui du 30 mai 2024 du Dr F. _____

dans le registre psychiatrique, d'autre part, et considérer qu'il n'y avait pas d'aggravation significative de l'état de santé du recourant par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision du 15 avril 2020 confirmée par arrêt du 16 mars 2021.

Ainsi, compte tenu d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée sur le plan somatique, étant précisé que la capacité de travail était de 100% dans toute activité sur le plan psychiatrique, c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à une rente, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%.

8. Les éléments au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Dès lors, il n'y a pas lieu de donner suite à la conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise indépendante (cf. acte de recours, conclusion VI). En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves [ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1]).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dans la mesure où celui-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais seront provisoirement assumés par l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Me Duc a été désigné en qualité d'avocat d'office du recourant à compter du 16 septembre 2024 et peut ainsi prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD. Après examen de la liste des opérations datée du 17 février 2026, faisant état de 15 heures et 15 minutes consacrées à la présente procédure, lesquelles paraissaient justifiées, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'979 fr. 90, ([15h15 × 180 fr.] + [11 fr. 60 ; débours] + [8.1 % ; TVA]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), mis à la charge de A._____, sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de A._____, est arrêtée à 2'979 fr. 90 (deux mille neuf cent septante-neuf francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (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 :