

VD_GERICHTE ZD24.045896 vom 26. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.045896

FR: VD_GERICHTE ZD24.045896 du 26 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.045896 del 26 marzo 2026

Erwägungen

E. 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 10J010

- 15 - 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).

.

E. 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 10J010

- 16 - 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 1er 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).

E. 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 10J010

- 17 - 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 10J010

- 18 - 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).

E. 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. 10J010

- 19 - 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). 10J010

- 20 - 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 1er mai 2021 (cf. rapports des 1er juin 2022 et

E. 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. 10J010

- 21 - 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) 10J010

- 22 - 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 10J010

- 23 - 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 1er 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 abstinent (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 patches. 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, 10J010

- 24 - 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 10J010

- 25 - 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 entraînait 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 10J010

- 26 - 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. _____ 10J010

- 27 - 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. 1bis 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). 10J010

- 28 - 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 paraissent 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.