

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Dépraz, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 2
RAI**

En fait :

A. a) B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait depuis le 18 mai 2017 en qualité d'aide-coffreur pour le compte de la société C._____ Sàrl. En arrêt de travail depuis le 11 février 2019 en raison de douleurs dorsales, l'assuré a fait l'objet de trois interventions chirurgicales réalisées le 26 février ainsi que les 10 et 15 juillet 2019.

B._____ a déposé, le 19 août 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré (rapport du 27 septembre 2019 de la Dre F._____, médecin assistante auprès du Centre médical E._____, proposant une réorientation professionnelle vers une activité exempte de port de charges).

Conformément à la suggestion de la Dre F._____, l'office AI a demandé des renseignements médicaux au Dr G._____, médecin cadre auprès de l'Unité de chirurgie spinale du CHUV. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2019, ce médecin a rendu compte de la consultation ambulatoire du 14 août précédent faisant suite à la dernière opération pratiquée (status post TLIF L5-S1 pour deuxième récurrence d'une grande hernie discale L5-S1 droite). L'assuré se portait bien, les résultats étaient excellents et les lombalgies étaient très bien contrôlées. Selon le Dr G._____, un travail physique et lourd n'était pas idéal. Aussi a-t-il suggéré que l'intéressé suive une formation en vue d'exercer un travail moins exigeant physiquement.

L'office AI s'est procuré une copie du dossier constitué par J._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie du dernier employeur de l'assuré. Y figurait notamment un rapport d'expertise rhumatologique du 25 mars 2020, dans lequel le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, concluait à l'existence d'un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif mais déficitaire en S1 probablement séquellaire (status post-

laminectomie et exérèse d'une hernie discale L5-S1 le 26 février 2019 ; status cure de hernie discale L5-S1 pour récurrence le 10 juillet 2019 et status post-TLIF avec pose de cage et greffe osseuse le 15 juillet 2019). S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'elle était nulle dans l'activité habituelle depuis le mois de septembre 2018, quand bien même une reprise à 50 % était envisageable à compter du mois de juillet 2020 et qu'une augmentation de ce taux de 10 à 20 % par mois pourrait être proposée par la suite parallèlement à un soutien thérapeutique. Dans une activité adaptée ne nécessitant pas de ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg, ni de positions assise ou debout de plus d'une demi-heure, la capacité de travail était de 50 % d'ici à 2 mois puis de 100 % au bout de 4 mois.

A la demande de J. _____ SA, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil, a examiné B. _____ le 27 août 2020. Dans son rapport daté du même jour, ce médecin a souligné que l'intéressé faisait l'objet d'un suivi médical soutenu et que, malgré les traitements médicamenteux prescrits (analgésique, myorelaxant et anti-dépresseur) associés à une prise en charge ergothérapeutique, la situation ne s'était pas améliorée. Aussi la reprise d'une activité n'était pour l'heure pas exigible.

Interrogé par l'office AI, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (Centre médical E. _____), a, dans un rapport du 29 janvier 2021, posé les diagnostics incapacitants de lombosciatique L5 et S1 à droite avec discret déficit au niveau du pied des releveurs et des fléchisseurs à droite, de syndrome lombo-vertébral avec un syndrome de la queue de cheval depuis février 2019, de séquelles avec déficit sensitif sur radiculopathie S1 gauche, de radiculopathies L5 et S1 droites avec sciatalgies et déficit sensitivo-moteur L5-S1 droites et de trouble anxio-dépressif réactionnel. La capacité de travail était non seulement nulle dans l'activité habituelle depuis février 2019, mais également dans une activité adaptée, en raison du trouble psychiatrique, des séquelles neurologiques et des douleurs.

Dans un rapport du 4 mars 2021, les Drs P._____ et BB._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales chroniques non déficitaires, en mentionnant que l'assuré s'était vu implanter un neurostimulateur médullaire en date du 1^{er} février 2021. D'après ces médecins, la capacité de travail était nulle en tant qu'ouvrier non qualifié dans le bâtiment. Il en allait de même dans une activité adaptée pendant 3 mois à compter du 1^{er} février 2021, une reprise progressive du travail jusqu'à 50 % étant envisageable en fonction de l'évolution. Dite activité ne devait pas comporter de port de charges fréquent au-delà de 10 kg, de travail prolongé en antéflexion/porte-à-faux du tronc, de mouvements répétitifs en flexion, rotation et inflexion du tronc, ainsi que de positions statiques prolongées, assises ou debout sans possibilité de changement de position.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr N._____ a indiqué, le 3 mai 2021, que la situation médicale de l'assuré n'avait pas changé depuis son rapport du 29 janvier 2021. La capacité de travail demeurait nulle dans l'activité habituelle, tandis qu'elle ne pouvait pas être évaluée dans une activité adaptée en l'absence d'un rapport établi par le psychiatre.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr BF._____, médecin cadre auprès du Centre d'antalgie du CHUV, a, le 27 mai 2021, expliqué ne pas avoir retenu d'indication à une implantation définitive du neurostimulateur médullaire, la phase test n'ayant pas été concluante. L'évolution était donc stationnaire en attendant la prochaine consultation. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle n'était en revanche pas évaluable dans une activité adaptée, le Dr BF._____ n'ayant pas revu l'assuré depuis le mois de février 2021.

Dans un rapport du 14 juin 2021, les Drs P._____ et BB._____ ont posé les mêmes diagnostics que dans leur rapport du 4 mars 2021, indiquant ne pas avoir revu l'assuré depuis le 12 février 2021. A cette époque, son état de santé était stationnaire avec une plainte de

lombosciatalgies bilatérales chroniques, associées à une radiculopathie L5-S1 droite avec perte axonale ainsi que des signes de dénervation chronique au sein du myotome S1 gauche. L'implantation d'un neurostimulateur le 1^{er} février 2021 n'avait pas procuré de grands bénéfices, l'assuré ayant même été examiné en urgence en mai 2021 pour une pyralgie bilatérale acutisée. La capacité de travail était nulle en toute activité, même si une évolution favorable permettait d'envisager une reprise progressive d'environ 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

Dans un rapport du 24 juin 2021, le Dr BG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a indiqué se charger du suivi de l'assuré depuis le 13 juillet 2020. Il a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen à sévère, de modification durable de la personnalité, sans précision, et de troubles de l'adaptation. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle en toute activité.

Appelé à se prononcer sur les éléments médicaux recueillis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 29 juillet 2021 :

Pour rappel, cet assuré de 38 ans, sans formation, exerçant le métier de coffreur, souffre de lombosciatalgies bilatérales chroniques dans un contexte de hernie discale L5-S1 opérée à 3 reprises en 2019 (2 récidives) et de radiculopathie bilatérale L5-S1 droite. En dernier lieu, il a subi une spondylodèse L5-S1 le 18 juillet 2019. Dans les suites de ces interventions, les douleurs se seraient péjorées, d'allure neuropathique, nécessitant une antalgie par opioïdes et conduisant à l'implantation d'un neurostimulateur le 1^{er} février 2021. Dans ce contexte, nous avons admis que l'incapacité de travail de 100 % depuis le 11 février 2019 dans l'activité de coffreur était justifiée. Il s'agissait de connaître l'évolution après l'implantation du neurostimulateur.

Sur le plan rachidien, selon le dernier rapport du Dr N._____ de mai 2021, l'évolution reste défavorable. Le neurostimulateur n'a pas amélioré les douleurs. En l'absence d'effet notable, le traitement par opiacé a été sevré. L'assuré n'a plus de revenu depuis le début de l'année, ce qui aggrave la problématique anxio-dépressive. Aucun somaticien ne se prononce sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Selon les orthopédistes du CHUV, les douleurs chroniques s'expliquent partiellement par les séquelles de la hernie discale L5-S1 multi-opérée. Certains facteurs contextuels, notamment psychopathologiques et psycho-sociaux pourraient influencer

l'évolution. Nous apprenons que l'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique depuis le 13 juillet 2020 auprès du Dr BG. _____ qui atteste les diagnostics incapacitants suivants :

- Épisode dépressif moyen (F32.1) à sévère (F32.2)
- Modification durable de la personnalité, sans précision (F62.8)
- Troubles de l'adaptation (F43.2)

Ces atteintes se sont développées suite aux douleurs constantes quelle que soit la position, non soulagées par les différents traitements. L'assuré ne voit pas d'issue à sa situation, dit dépendre entièrement de sa femme. Il est décrit comme étant isolé, ne faisant rien. Dans ces conditions, le Dr BG. _____ estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Aucun traitement antidépresseur n'est mentionné.

Appréciation

Considérant la participation d'un état dépressif au tableau global, pouvant agir défavorablement sur les douleurs, il est curieux que l'assuré ne bénéficie pas d'un traitement anti-dépresseur. Dans ces conditions, nous proposons de préciser les atteintes, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle après analyse des éléments jurisprudentiels et exclusion de facteurs étrangers non médicaux, et examiner les mesures thérapeutiques exigibles, par une

Expertise pluridisciplinaire via la plateforme med@p Avec volets de MI, rhumatologie et psychiatrie

Nous laissons à la libre appréciation des experts de déterminer si un avis neurologique est justifié.

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre BK. _____ à R*** la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dr BL. _____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie), rhumatologique (Dr BM. _____, spécialiste en rhumatologie) et psychiatrique (Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 15 février 2022, les experts ont posé les diagnostics – ayant ou non une incidence sur la capacité de travail – de lombo-sciatalgie L5 et S1 droite (lombosciatalgie séquellaire S1 gauche, après chirurgie le 26 février 2019 pour hernie discale L5-S1 gauche avec hémisyndrome de la queue de cheval, chirurgie le 10 juillet 2019 pour récurrence de hernie discale L5-S1 gauche et TLIF le 18 juillet 2019), de contusion osseuse du cuboïde droit sans atteinte corticale, en voie de résolution, de suspicion d'angor en voie d'investigations, d'hypertension artérielle et de trouble anxieux dépressif mixte, secondaire à la douleur. Seules des limitations d'ordre

rhumatologique affectaient la capacité de travail de l'assuré. Alors que dite capacité était nulle dans l'activité habituelle depuis le 11 février 2019, elle était entière avec une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée depuis la même date. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge ponctuelle proche du corps inférieur à 10 kg. Pas de position accroupie ou à genoux. Pas de marche prolongée ou sur terrain irrégulier. Pas de piétinement prolongé. Pas de travail en hauteur, éviter les escaliers. Pas d'utilisation d'engins vibrants. Changement de position régulier ».

Dans un rapport d'examen du 18 mars 2022, le SMR s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « appréciation » :

L'expertise est conforme aux exigences de qualité et est convaincante. Elle permet de retenir une diminution de rendement de 50 % plausible en raison d'une résistance et endurance diminuées à cause des douleurs séquellaires rachidiennes et de la fatigue secondaire au traitement antalgique par morphine. Sur le plan psychiatrique, nous adhérons aux conclusions de l'expertise. La clinique constatée par le Dr D._____, les activités journalières, les ressources encore présentes (décrites en page 11), le traitement de Saroten prescrit à des doses antalgiques insuffisantes pour obtenir un effet antidépresseur, sont autant d'éléments qui plaident contre un épisode dépressif constitué et/ou une atteinte psychiatrique incapacitante. Au final, nous nous alignons sur les conclusions de l'expertise.

Concernant la date d'exigibilité d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %, les experts retiennent le 11 février 2019 ce qui correspond à la date du début de l'incapacité de travail effective. Cette date n'est pas plausible compte tenu des 3 interventions entre février et juillet 2019 avec spondylodèse le 18 juillet 2019. Si l'on se réfère aux éléments du dossier : le 1^{er} octobre 2019, le Dr G._____, orthopédiste au CHUV, retenait qu'une activité adaptée pouvait être envisagée. Le 26 novembre 2019, il estimait que les résultats post-opératoires à 3 mois étaient bons. Il proposait une évaluation en rhumatologie pour améliorer les possibilités de réadaptation chez cet assuré en arrêt depuis plusieurs mois. Dans une expertise rhumatologique du 25 mars 2020, pour le compte de l'assureur perte de gain, le Dr L._____ proposait d'envisager une reprise à 50 % dès juillet 2020 afin de permettre à l'assuré de continuer à bénéficier d'une prise en charge thérapeutique intensive. Il pensait qu'une reprise progressive pourrait déboucher sur une capacité de travail de 100 % à terme. Par la suite, malgré les différentes tentatives thérapeutiques, l'évolution est restée stationnaire avec un état séquellaire persistant.

Compte tenu de ce qui précède, nous proposons de retenir une exigibilité médico-théorique de 50 % depuis le 1^{er} juillet 2020 en s'alignant sur la date proposée par le Dr L._____. L'état de santé est stationnaire depuis son évaluation mais la poursuite d'une période de capacité de travail nulle jusqu'en juillet 2020 est justifiée par les traitements de réhabilitation encore préconisés à cette époque.

Par projet de décision du 27 juillet 2022, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer, du 1^{er} février au 30 septembre 2020, une rente entière d'invalidité puis, à compter du 1^{er} octobre 2020, une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 53 %.

Agissant par l'intermédiaire de Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, l'assuré a, les 18 août et 7 septembre 2022, présenté des objections à ce projet de décision, en faisant pour l'essentiel valoir que le rapport d'expertise du Centre BK._____ du 15 février 2022 ne revêtait pas une pleine valeur probante.

Par courrier du 30 novembre 2022, l'assuré a produit deux pièces médicales établie par la Dre BN._____, spécialiste en neurologie, à l'intention du Dr N._____, à savoir un rapport établi le 16 novembre 2022 faisant suite à une consultation du 15 novembre 2022 motivée par une recrudescence des sciatalgies droites, ainsi qu'un rapport du 29 novembre 2022 rendant compte d'une réévaluation de la situation après la réalisation d'une IRM lombaire de contrôle le 24 novembre 2022. Selon l'assuré, il résultait de ces documents que son état de santé s'était dégradé, non seulement sur le plan sensitif, mais aussi moteur, ce qui nécessitait des investigations complémentaires, notamment une IRM lombaire centrée sur l'origine des racines L5-S1 droites.

Le 17 mai 2023, l'assuré a produit un rapport rédigé le 15 mai 2023 par le Dr BP._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant. Ce médecin posait le diagnostic de modification durable de la personnalité après un syndrome algique chronique (F62.8). Son patient faisait l'objet d'un traitement thérapeutique de psychothérapie intégrée associé à des séances de psychothérapie bimensuelles. Selon ce praticien, l'évolution était inquiétante, dès lors que l'intéressé vivait en

permanence dans l'angoisse d'une éventuelle exacerbation de la douleur qui pourrait conduire à l'impossibilité de bouger en raison du syndrome dit de la « queue de cheval ». Au moindres stimuli, il était sujet à des crises d'angoisse et à des attaques de panique à répétition. Il présentait une attitude hostile et méfiante envers les autres personnes et également envers sa propre épouse, avec un retrait social et des sentiments de perte d'espoir. Il n'arrivait pas à se projeter dans la vie. Il était continuellement triste, fatigué, irritable, souffrait d'insomnies et de cauchemars. Accablé par la douleur, il n'était plus capable d'établir des relations de confiance, y compris sur le plan professionnel. Ces divers éléments ont conduit le Dr BP._____ à retenir une incapacité de travail totale.

Par courrier du 30 mai 2023, l'assuré a transmis à l'office AI un nouveau rapport établi le 15 mai 2023 par le Dr N._____. Sur le plan somatique, ce médecin faisait état de douleurs au niveau lombaire et dans les membres inférieurs avec des zones d'hypoesthésie et de paresthésies dans les membres inférieurs ainsi qu'une parésie des releveurs des pieds consécutive au syndrome de la queue de cheval, aux diverses opérations et à une probable pseudarthrose L5-S1. Aucune activité ne pouvait ainsi être exigée dans un travail manuel ou physique. Sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait des symptômes anxieux et dépressifs, moyennement sévères, avec des idées suicidaires, ayant un impact sur sa relation de couple, son humeur et son élan vital. Le fait de ne pas pouvoir se concentrer ou rester en position statique plus de 30 à 45 minutes l'avaient empêché de mener à bien une formation. Sa capacité d'adaptation était nulle et les symptômes découlant de la pathologie psychiatrique faisaient obstacle à l'exercice de toute activité, même non physique. Fort de ces constats, le Dr N._____ estimait que la capacité de travail était nulle, aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique. Dans son courriel d'accompagnement du 15 mai 2023 au conseil de l'assuré, ce médecin s'étonnait que l'expert psychiatre du Centre BK._____ n'ait pas fait état d'une humeur triste, d'une perte d'intérêt, d'une baisse d'énergie, d'une concentration altérée et d'une faible estime de soi, alors que lui-même les avait constatés. Il ne comprenait pas non plus pourquoi l'existence de symptômes anxieux et

dépressifs ainsi que des difficultés d'adaptation au handicap et aux douleurs n'avaient pas été évoquées.

Dans un rapport du 7 juin 2023 établi à l'intention de l'office AI, le Dr BP._____ a posé pour seul diagnostic incapacitant celui de modification durable de la personnalité après un syndrome algique chronique (F62.8). Alors que l'incapacité de travail de son patient demeurait totale, le pronostic quant à un éventuel potentiel de réadaptation était très réservé.

En réponse aux questions de l'office AI, la Dre BN._____ a, le 3 août 2023, posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'atteinte radiculaire L5-S1 préganglionnaire sensitivo-motrice avec des douleurs et un manque de force à l'activité physique. Selon cette médecin, l'état de santé de son patient s'était modifié, sur le plan somatique, depuis l'expertise du Centre BK._____. En effet, la présence de troubles moteurs sensitifs cliniques dans le territoire L5-S1 des deux côtés s'aggravaient à droite avec, à l'électroneuromyogramme, à droite : des conductions sensitives normales, des anomalies de conduction motrices dans le territoire des nerfs fibulaires profonds et tibiaux et des anomalies en détection dans le territoire L5-S1. A cela s'ajoutait une atteinte préganglionnaire radiculaire.

Aux termes d'un avis médical du 25 août 2023, le SMR a retenu que les éléments transmis dans le cadre de l'audition documentaient une légère aggravation des séquelles motrices de l'atteinte connue au niveau du membre supérieur droit. L'explication à cette progression restait en suspens. Il n'y avait pas de nouvelle atteinte à proprement parler. Dans tous les cas, cette aggravation n'avait pas d'incidence sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle déjà admise sur la base de l'expertise du Centre BK._____. Sur le plan psychiatrique, le rapport du 7 juin 2023 n'apportait pas d'élément nouveau ou qui aurait été méconnu, ni ne permettait de suspecter une aggravation psychiatrique postérieure à l'expertise du Centre BK._____. L'appréciation du Dr BP._____ selon laquelle la capacité de travail serait nulle dans toute activité, correspondait

vraisemblablement à une appréciation différente d'une même situation médicale par rapport à celle de l'expert du Centre BK._____. Il fallait donc admettre que les conclusions du rapport du 18 mars 2022 demeuraient d'actualité.

Par décision du 7 décembre 2023, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 27 juillet 2022.

b) Après avoir tenté en vain de reprendre une activité professionnelle, B._____ a indiqué, dans un courrier du 5 juillet 2024, qu'il ne se sentait pas apte à retravailler en raison de son état de santé. Aussi a-t-il renoncé à toute aide au placement.

Répondant le 20 août 2024 à un questionnaire pour la révision de la rente, l'assuré a déclaré que son état de santé s'était sensiblement aggravé sous la forme d'une augmentation des douleurs dans les pieds, accompagnée d'une diminution de la force et de la sensibilité.

Dans un rapport du 12 septembre 2024, le Dr N._____ a relevé une augmentation des plaintes au niveau des membres inférieurs, l'assuré présentant une fasciite plantaire bilatérale ainsi qu'une ténosynovite du tibia postérieur à gauche. Les résultats d'un électroneuromyogramme du 2 septembre 2024 étaient stables, tandis que les limitations fonctionnelles n'avaient pas changé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, tandis qu'une reprise du travail, par le biais de mesures professionnelles, n'était pas envisageable, dès lors que le pronostic était mauvais au vu de la personnalité de l'intéressé et de son absence de ressources.

Dans un rapport du 23 septembre 2024, la Dre BN._____ a posé le diagnostic de radiculopathie bilatérale séquellaire des membres inférieurs avec irritation et douleurs neuropathiques handicapantes. Depuis l'octroi de la rente, cette médecin a noté une augmentation des douleurs aux jambes, même si l'examen clinique s'était révélé stable. Tout en

relevant que l'assuré ne travaillait plus depuis 2019, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'elle ne voyait pas quelle profession pourrait être exercée par son patient.

Le 10 octobre 2024, le Dr BB._____, chef de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a indiqué avoir revu l'assuré pour une prise en charge réadaptatrice le 5 septembre 2024. Il n'a fait état d'aucune évolution, en ce sens que les plaintes étaient similaires à celles de la consultation de 2021, à savoir une lombosciatalgie chronique partiellement déficitaire avec un trouble sensitif épicritique. Si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2019, elle était de « 20 % progressif » dans une activité adaptée à compter de la fin de l'année 2024. Il n'en demeurait pas moins que le pronostic était très réservé, la probabilité statistique d'un retour dans le marché de l'emploi après plus de 5 ans d'incapacité de travail étant proche de zéro.

Sollicité pour avis, le SMR a, dans un avis médical du 25 novembre 2024, retenu qu'il n'y avait pas, sur le plan médical, d'éléments objectifs justifiant une modification des limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail définies dans l'expertise de 2022 du Centre BK._____ et reprises dans l'avis du 18 mars 2022. Les plaintes subjectives en recrudescence étaient déjà mentionnées lors de l'audition de 2023 et restaient sans impact médical démontré. Le SMR a donc conclu au *statu quo*, à savoir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, si bien qu'aucune révision des prestations n'était indiquée à ce stade.

Par projet de décision du 4 février 2025, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer, à compter du 1^{er} janvier 2024, une rente d'invalidité s'élevant à 62 % d'une rente entière d'invalidité. Si, au terme de la révision du dossier, l'état de santé de l'intéressé n'avait pas connu de changement notable depuis 2023, il convenait cependant de tenir compte d'une modification réglementaire entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024 et imposant une déduction automatique de 10 % sur le revenu d'invalidité, dès lors que celui-ci avait été fixé sur la base des statistiques salariales.

En l'absence de contestation, l'office AI a, par décision du 17 avril 2025, confirmé les termes de son projet de décision du 4 février 2025.

B. **a)** Par acte du 27 mai 2025, B._____ a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 17 avril 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2024 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'office AI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants.

Sur le plan somatique, l'assuré rappelait que, dans son rapport du 23 septembre 2024, la Dre BN._____ avait fait état d'un pronostic « péjoratif » et qu'elle avait évoqué une majoration des douleurs au niveau des deux jambes, ainsi qu'un déficit moteur « majoré » par la douleur et la « désadaptation ». Les diagnostics objectivement constatés se manifestaient sous la forme de douleurs neuropathiques incapacitantes. En outre, le Dr BB._____ avait, dans son rapport du 10 octobre 2024, retenu une capacité de travail nulle depuis 2019 et de 20 % à partir de fin 2024, non sans mentionner un pronostic très réservé et ajouter que la probabilité statistique d'un retour sur le marché de l'emploi après plus de 5 ans d'incapacité de travail était « proche de 0 ».

Sur le plan psychique, l'assuré se prévalait d'un rapport établi le 26 mai 2025 par les Dres CB._____ et CC._____, respectivement directrice médicale pour la Suisse romande et médecin assistante auprès du Centre de psychiatrie CD._____. Ce rapport rendait compte d'un état psychique caractérisé par des symptômes dépressifs : tristesse de l'humeur, manque de motivation, anhédonie, perte d'élan vital, trouble du sommeil et trouble de la concentration. Il y avait également une irritabilité très marquée avec de grandes difficultés à gérer la colère, un fort sentiment d'insuffisance, un manque de confiance et une dévalorisation. Étaient retenus au titre de diagnostics un épisode dépressif moyen (F32.1), des difficultés liées aux limites imposées aux activités par une incapacité

(Z73.6), ainsi que des difficultés liées au logement et aux conditions économiques, sans précision (Z59.9). La capacité de travail dans une activité adaptée n'excédait pas 20 % même s'il paraissait très difficile de pouvoir trouver un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles psychiques et somatiques. Les Dres CB._____ et CC._____ se sont également exprimées à propos du volet psychiatrique de l'expertise du Centre BK._____. Elles ont exposé en quoi les critères diagnostics d'un épisode dépressif étaient remplis, ajoutant que les douleurs chroniques présentées par leur patient étaient persistantes et sévères, ce qui le limitait aussi bien dans sa vie professionnelle – qui n'était plus possible – que dans sa vie quotidienne.

L'assuré était d'avis que ces éléments d'ordre médical et assécurologique contredisaient l'appréciation émise par l'office AI dans sa décision du 17 avril 2025, laquelle apparaissait ainsi arbitraire, dès lors qu'elle arrêta la rente d'invalidité sur la base d'un état de fait insoutenable. Aussi a-t-il sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une « expertise pluridisciplinaire, comportant un volet orthopédique, antalgique, psychiatrique et de médecine interne » afin de déterminer la capacité de travail exigible ainsi que l'évolution de l'état de santé depuis la décision du 7 décembre 2023.

b) Dans sa réponse du 9 juillet 2025, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant aux constatations opérées par le SMR, il a souligné que les rapports médicaux transmis dans le cadre de la révision confirmaient une stabilité objective de la situation médicale sur les plans neurologique et rhumatologique. Il n'y avait ainsi pas d'éléments objectifs justifiant une modification des limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail définies dans l'expertise de 2022 du Centre BK._____ et reprises par le SMR dans son avis du 18 mars 2022. Les plaintes subjectives en recrudescence étaient déjà mentionnées lors de l'audition de 2023 et restaient sans impact médical démontré.

c) Par réplique du 25 septembre 2025, l'assuré a, plus particulièrement, réfuté l'assertion de l'office AI selon laquelle il ne

bénéficierait pas d'un suivi psychiatrique en se fondant, d'une part, sur un courriel adressé le 23 septembre 2025 à son conseil par la Dre CC. _____ et, d'autre part, sur une attestation du 25 août 2025 établie par cette médecin. Sur le fond, c'était à tort que l'office AI jugeait, en se fondant sur le rapport du Dr BP. _____ du 7 juin 2023, que son état de santé ne s'était pas modifié, alors même que le rapport du 26 mai 2025, contresigné par la Dre CB. _____, attestait d'une péjoration. Partant, l'assuré a déclaré confirmer les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 27 mai 2025.

d) Dupliquant le 23 octobre 2025, l'office AI a indiqué avoir soumis le rapport de la Dre CC. _____ du 26 mai 2025 au SMR, lequel s'est prononcé dans un avis du 3 octobre 2025. Aux termes de celui-ci, il apparaissait que le rapport précité n'apportait pas d'argument objectif permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé psychique. La symptomatologie décrite était stable depuis plusieurs années et avait déjà été analysée dans le cadre de l'expertise du Centre BK. _____ de 2022. Il fallait ainsi admettre que la divergence actuelle relevait d'une appréciation différente d'une situation médicale inchangée. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

e) Dans ses déterminations du 27 janvier 2026, l'assuré observait que l'avis du SMR du 3 octobre 2025 n'était pas de nature à emporter la conviction, dès lors qu'il n'émanait pas d'un spécialiste en psychiatrie. De plus, le fait que la Dre CC. _____ ait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen en ayant eu connaissance de l'expertise du Centre BK. _____ démontrait que la situation avait évolué depuis lors. Par ailleurs, le SMR ne pouvait être suivi, lorsqu'il estimait que les limitations fonctionnelles décrites par les psychiatres traitantes ne correspondaient pas à celles habituellement observées en présence d'un épisode dépressif moyen, vu que cette affirmation ne s'appuyait sur aucune référence médicale. Tout en réitérant sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, l'assuré a déclaré confirmer ses précédentes conclusions.

En droit :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée – de manière à influencer son droit à la rente – entre le 7 décembre 2023, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 17 avril 2025, date de la décision litigieuse.

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.

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).

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à

l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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

6. A titre liminaire, il convient de constater que c'est à juste titre que l'office intimé a, indépendamment de la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant, procédé à la révision du droit à la rente en allouant, en lieu et place d'une demi-rente, une rente s'élevant à 62 % d'une rente entière d'invalidité, en raison du passage de la rente dans le système de rentes linéaires.

Concrètement, il a procédé, dans la décision attaquée, à un nouveau calcul du taux d'invalidité pour la période dès le 1^{er} janvier 2024 du fait de la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI à compter de cette date. En effet, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 du RAI qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision doit être engagée dans les trois ans à compter du 1^{er} janvier 2024. Si la révision conduit à une diminution ou à une suppression de la rente, il y est renoncé. Si elle conduit à une augmentation de la rente, celle-ci prend effet à l'entrée en vigueur de ladite modification (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023). Par ailleurs, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la réforme « développement continu de l'AI » et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette réforme, le passage au système de rentes sans paliers est effectué si l'évaluation du degré d'invalidité sur la base des dispositions du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2024 entraîne une modification d'au moins 5 points de pourcentage du degré d'invalidité (cf. let. b al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 19 juin 2020 ; TF 9C_728/2023 du 4 mars 2024 consid. 5.5), ce qui est le cas en l'espèce.

7. Cela étant, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la décision initiale d'octroi de rente.

a) Le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février au 30 septembre 2020 puis d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2020. Se basant sur l'expertise du Centre BK._____ et sur l'avis du SMR du 18 mars 2022, l'intimé a conclu que l'activité habituelle du recourant n'était plus exigible depuis le 11 février 2019 en raison de troubles dorsaux, mais qu'il conservait une capacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques.

b) aa) Sur le plan somatique, l'expert interniste BL._____ avait conclu à l'absence de pathologie incapacitante. Il avait retenu les diagnostics de suspicion d'angor en voie d'investigation, d'excès pondéral et d'hypertension artérielle. Selon ce médecin, l'hypertension artérielle et, le cas échéant, l'angor devaient être traités. Au vu du contexte d'excès pondéral et de ronflement important associé à une fatigue – pouvant s'expliquer par la prise de morphine – un syndrome des apnées du sommeil apparaissait hautement probable.

bb) aaa) L'expert rhumatologue BM._____ a expliqué que, malgré trois interventions chirurgicales réalisées entre février et juillet 2019, il avait persisté une lombosciatalgie bilatérale dans le territoire L5 et S1 à droite et séquellaire dans le territoire S1 à gauche. Cette symptomatologie ne s'accompagnait pas de syndrome déficitaire moteur, mais de douleur neuropathique.

bbb) Ayant procédé à un bref examen neurologique, le Dr BM._____ avait noté que, s'agissant des membres supérieurs, les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques. Il n'y avait pas de signe de Hoffmann ni de signe de Tinel. L'examen n'avait pas non plus mis en évidence de douleur à la percussion du canal de Guyon, ni des gouttières épitrochléo-olécraniennes. Il n'y avait pas d'hypoesthésie. La force de préhension au dynamomètre était de 25 kilogramme-force à droite et de 30

kilogramme-force à gauche chez un assuré droitier. Aux membres inférieurs, le signe de Lasègue était de 75° à gauche et de 45° à droite. Il n'y avait pas de signe de Léri. L'expert avait constaté une hypoesthésie dans le territoire surtout S1 à gauche et une légère hypoesthésie à droite. Il n'y avait pas d'hyperesthésie ni de douleur à l'effleurement. Les réflexes ostéotendineux n'étaient pas retrouvés au niveau des achilléens des deux côtés. Le réflexe cutané plantaire était en flexion. Il n'y avait pas de déficit moteur. Les paires crâniennes étaient normales. Le reste de l'examen neurologique n'avait pas montré de syndrome vestibulaire ni cérébelleux, pas plus qu'il n'avait mis en évidence de signes de fibromyalgie. Il n'y avait pas non plus de signe de Waddel ni de Kumel.

ccc) Selon l'expert, il n'y avait aucune indication à une intervention chirurgicale ; la tentative d'implantation d'un neurostimulateur médullaire s'était révélée un échec, tandis qu'une infiltration épidurale lui apparaissait contre-indiquée étant donné les risques de ce geste sur un rachis opéré. Aussi la situation devait-elle être considérée comme stabilisée et sans possibilité d'évolution, moyennant la poursuite du traitement médicamenteux par Prégabaline et morphine. Celui-ci était cependant susceptible d'entraîner des effets secondaires sous la forme d'une importante fatigue, de problèmes de concentration et de troubles digestifs.

ddd) Le Dr BM. _____ a conclu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge ponctuelle proche du corps inférieur à 10 kg. Pas de position accroupie ou à genoux. Pas de marche prolongée ou sur terrain irrégulier. Pas de piétinement prolongé. Pas de travail en hauteur, éviter les escaliers. Pas d'utilisation d'engins vibrants. Changement de position régulier ».

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre D. _____ avait observé, au jour de l'examen clinique, que le recourant était bien orienté dans le temps, l'espace et la situation. Il n'y avait pas de trouble de l'attention, de la compréhension, de la concentration, quand bien même

l'intéressé avait signalé avoir de la peine à se concentrer et avoir des oublis dans les situations de stress. Il n'y avait pas de trouble formel de la pensée, sous la forme de clivage du Moi, pas plus qu'il n'y avait de réponse à côté, de trouble du langage ou de barrage. Le recourant ne rapportait pas d'hallucination auditive, visuelle, cinesthésique ou olfactive ; l'examen n'avait pas mis en évidence d'idée délirante, notamment de persécution. Il n'y avait pas non plus d'idée interprétative ou de concernement simple ou délirant, d'euphorie ou de fuite d'idée. Le comportement n'était ni manipulateur, ni revendicateur, ni familial. S'il y avait une tristesse fluctuante en fonction des douleurs, l'humeur n'était cependant pas dépressive. Il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, même si l'expert avait noté la présence d'un sentiment d'infériorité et tendant à la dévalorisation par rapport à la situation d'impuissance consécutive aux opérations subies et aux douleurs. Il n'y avait cependant pas de sentiment de ruine ou d'inutilité et l'élan vital n'était pas perturbé. Si l'assuré éprouvait des idées noires, il n'y avait jamais eu de scénario précis ni de tentative de suicide, pas plus qu'il n'avait été hospitalisé dans une clinique psychiatrique. Le recourant évoquait des troubles du sommeil en fonction des douleurs. Il lui arrivait aussi d'être tendu et irritable, mais pas pendant l'examen. Il n'y avait pas de rituel, de phobie, ni de crises d'angoisse, même s'il existait une appréhension par rapport à l'avenir. Il n'y avait pas de cauchemars, de flash-back, d'anorexie ou de boulimie. L'assuré ne fumait pas et ne consommait ni alcool, ni drogue. Sur la base de son examen, l'expert avait posé le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2), secondaire à la douleur.

8. a) A l'appui de sa demande de révision du droit à la rente, le recourant a produit une série de rapports établis par ses différents médecins traitants. Sur le plan somatique, ces documents mentionnent principalement une augmentation des douleurs aux membres inférieurs et évoquent les diagnostics de discarthrose L5-S1, d'arthropathie interfacettaire postérieure L5-S1, ainsi que d'arthropathie sacro-iliaque associée à une radiculopathie séquellaire L5-S1 bilatérale à composante sensitive prédominante. Sur le plan psychiatrique, il est fait état d'un épisode dépressif moyen associé à des facteurs contextuels (difficultés liées

aux limites imposées aux activités par une incapacité et difficultés liées au logement et aux conditions économiques, sans précision).

b) Cela étant, il ne ressort pas de ces pièces médicales d'élément objectif qui laisserait à penser que l'état de santé somatique et psychique du recourant aurait objectivement évolué depuis le jour où l'office intimé a décidé de lui allouer une demi-rente d'invalidité ou, à tout le moins, qui justifieraient de procéder à un complément d'instruction.

aa) Sur le plan somatique, même si les plaintes subjectives ont augmenté, les constats objectifs sont restés identiques aussi bien sur le plan neurologique que sur le plan rhumatologique. Dans son rapport du 12 septembre 2024, le Dr N._____ fait état d'un *statu quo* et de l'absence de changement au niveau des limitations fonctionnelles en précisant que les résultats d'un électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 2 septembre 2024 rapportaient une situation stable. Dans son rapport du 23 septembre 2024, la Dre BN._____ fait également état d'une aggravation des douleurs aux jambes, en présence d'un examen stable tant sur le plan clinique qu'au regard des résultats de l'électroneuromyogramme. Dans son rapport du 10 octobre 2024, le Dr BB._____ rapporte quant à lui que les plaintes sont similaires à celles rapportées lors d'une précédente consultation en 2021, à savoir une lombosciatalgie chronique partiellement déficitaire dans un contexte de Failed back surgery syndrome avec radiculopathie séquellaire à l'électroneuromyographie.

bb) Sur le plan psychiatrique, les observations rapportées par les Dres CB._____ et CC._____ dans leur rapport du 26 mai 2025 ne permettent pas de retenir une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. Il appert en effet que les symptômes rapportés sont sensiblement identiques à ceux mentionnés par le Dr D._____ dans le volet psychiatrique de l'expertise du Centre BK._____. Les médecins prénommées ont ainsi constaté que l'assuré présentait les symptômes suivants : tristesse de l'humeur et sentiment de déception, manque de motivation, anhédonie (difficultés à ressentir le plaisir), perte d'élan vital, difficultés majeures de concentration et d'attention, sentiment d'injustice

en rapport avec sa situation de vie, nervosité et colère, sentiment de deuil en rapport avec sa santé, manque de confiance en soi, retrait social, tendance à l'isolement, sentiment d'insuffisance devant les autres et en rapport avec lui-même, troubles du sommeil. Il sied par ailleurs de relever que les Dres CB._____ et CC._____ n'abordent que de manière superficielle la problématique liée aux répercussions de la symptomatologie dans la vie quotidienne du recourant, en se contentant de remarquer que celui-ci dépend de l'aide de son épouse et qu'il « est obligé de stopper ou renoncer très souvent aux activités positives pour lui, en raison de douleurs insupportables ». On observe également que, outre les médicaments prescrits par les autres intervenants, le seul traitement consiste en du Laitea 80 mg, à savoir un médicament phytothérapeutique indiqué pour soulager l'agitation, l'anxiété et les troubles du sommeil. Quant aux diagnostics de difficultés liées aux limites imposées aux activités par une incapacité (Z73.6) et de difficulté liée au logement et aux conditions économiques sans précision (Z59.9) figurant dans le rapport du 26 mai 2025, ils n'ont pas valeur de maladie et ne sauraient par conséquent être considérés comme incapacitants.

c) Sur le vu de ce qui précède, dès lors que la preuve de l'aggravation de l'état de santé du recourant n'a pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu de modifier le degré d'invalidité du recourant au-delà du taux retenu par l'office intimé.

9. Le dossier est complet sur le plan médical permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits déterminants ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 I 425 consid. 2.1).

10. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 17 avril 2025 par l'intimé confirmée.

11. a) 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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :