

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2026

Composition : Mme Pasche, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Peris, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, est divorcé et le père de deux enfants nés en 2001 et 2008. Sans formation, il a travaillé comme carreleur et, depuis le 26 juin 1989, en tant que magasinier à la D._____. Il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 mars 2002, en faisant état de problèmes colo-lombaires existant depuis 2000.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a confié la réalisation d'une expertise au Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport le 15 mai 2002, l'expert a posé les diagnostics de lombosciatique gauche irritative, de status après spondylodèse postéro-latérale L5-S1 avec greffe autologue de la crête iliaque le 22 octobre 2001 en raison d'un spondylolisthésis L5-S1 avec spondylolyse bilatérale de L5, de déconditionnement physique majeur avec dysbalances musculaires lombaires étagées, prose abdominale sévère et légères discopathies lombaires, d'obésité sévère (BMI [*Body Mass Index*] : 34,6 kg/m²), de tabagisme chronique et d'hyperlipidémie. Selon cet expert, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, une reprise était envisageable à mi-temps depuis juin 2002. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles du rachis lombaire (pas de port de charges supérieures à cinq kilos, ni de positions statiques prolongées tant assise que debout ou de mouvements en porte-à-faux du rachis), la capacité de travail de l'assuré était de 80 % dès juin 2002.

Par communication du 15 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle pour une durée de trois mois. Le 19 août 2003, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais d'orientation professionnelle de l'assuré du 25 août au 26 octobre 2003. Par communication du 6 novembre 2003, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une mesure professionnelle, sous la forme d'un stage de réadaptation (formation pratique d'ouvrier de montage) du 27 octobre

2003 au 25 avril 2004 effectué auprès de la société G._____ SA à S***. Le 17 mai 2004, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge son stage de réadaptation auprès de l'entreprise G._____ SA, du 26 avril 2004 au 31 mai 2004.

Par décision du 13 décembre 2004, l'OAI a constaté la réussite de la réadaptation professionnelle de l'assuré qui était engagé en qualité d'ouvrier par la société G._____ SA depuis le 1^{er} juin 2004, et dont le revenu réalisé dans cette activité adaptée à l'état de santé excluait le droit à la rente.

B. Le 12 février 2014, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant quant au genre de l'atteinte « Problèmes dos, vertèbres » existant depuis le 28 octobre 2013.

Par avis médical du 13 avril 2014, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a retenu qu'en raison de son état de santé déficient, la capacité de travail de l'assuré était nulle comme magasinier/cariste ou dans un poste physique, mais de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas d'activité accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur et pas de port de charges). L'assuré était apte à exercer une activité sédentaire en position demi-assise dans le domaine tertiaire avec changement de position à sa guise. En raison d'une situation inchangée, le SMR suggérait de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par décision du 24 juin 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la précédente décision de refus de prestations du 13 décembre 2004.

C. Le 19 août 2015, C._____ a déposé une troisième demande de prestations AI, en mentionnant quant au genre de l'atteinte « Dos, cœur, diabète » depuis une opération datant de 2001.

Dans un rapport du 23 septembre 2015, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le mois d'avril 2014, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33) depuis 2010 (troisième épisode). Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 100 % sur le plan psychique.

Par avis médical du 7 juin 2016, le SMR a retenu que l'état de santé de l'assuré était stationnaire sur le plan ostéo-articulaire et qu'il existait d'autres affections somatiques non incapacitantes (une hypertension artérielle et un diabète) ainsi qu'un épisode dépressif léger, sans incapacité de travail associée. Le SMR a noté l'absence d'aggravation durable de l'état de santé de l'assuré.

Par décision du 27 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

D. Le 20 décembre 2016, C._____, a déposé une quatrième demande de prestations AI.

Par décision du 10 février 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, dès lors que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

E. Le 16 août 2021, l'assuré a déposé une cinquième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une opération des pieds et des orteils ainsi que d'autres problèmes de santé déjà signalés lors des précédentes demandes.

Invité à rendre plausible une modification de sa situation, l'assuré a produit le 9 mars 2022, les pièces suivantes :

- un rapport du 25 février 2022 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le 5 octobre 2021 à une fréquence de quatre à six semaines, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis le début de la prise en charge, pour lequel il n'avait pas attesté d'arrêt de travail. En présence d'un pronostic défavorable le traitement devait se poursuivre ;

- un rapport du 4 mars 2022, dans lequel le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de hallu[x] valg[us] sévères bilatéraux avec métatarsalgies d'insuffisance du premier rayon, de griffes partiellement irréductibles O2 des deux côtés et réductibles O3-O4-O5, et de gastrocnémiens brefs bilatéraux. L'évolution était globalement correcte depuis des opérations des deux pieds chez l'assuré qui présentait encore des risques de déformations des deux avants-pieds, et qui était à risque de développer de l'arthrose aux différents niveaux des pieds.

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande (cf. compte rendu de la permanence SMR du 11 mars 2022).

Dans un rapport du 20 avril 2022 à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de cholécystite aiguë lithiasique (clinique), de syndrome métabolique (avec hypertension artérielle sévère sous pentathérapie, diabète de type 2 instable diagnostiqué en 2015, de décompensation diabétique en 2022, d'obésité de stade I [BMI à 31,8 kg/m²] à prédominance abdominale et micro lithiases vésiculaires), de lombalgies et cruralgies droites sur troubles dégénératifs (opération greffe pour lyse isthmique L5-S1 en 2001 compliquée d'une infection, trois infiltrations articulaires post L4-L5 droite en 2013 et 2014), de cupulolithiase du canal semi-circulaire postérieur droit, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (arrêt de l'appareil CPAP en raison d'une mauvaise tolérance au masque, compliance faible), de tabagisme sévère (un paquet par jour), de consommation excessive d'alcool en 2013 (épisodes d'alcoolisations aiguës par la suite dans un contexte anxio-dépressif), de dépression en 2010 (contexte secondaire au

divorce) et 2015 (problème asséculoologique) avec inhibiteurs sélectifs, de *hallux valgus* sévère avec griffes irréductibles du pied droit, opéré le 2 mars 2020, d'opération du pied gauche le 18 février 2021 et reprise le 10 décembre 2021, ainsi que de gale en 2017. Du point de vue somatique, une décompensation diabétique justifiait une reprise d'un suivi spécialisé (infirmiers des soins à domicile). Sous l'angle psychique, en raison d'une récente décompensation avec idées suicidaires, l'assuré était suivi par un infirmier spécialisé en psychiatrie (projet de réadaptation à BD._____). Du point de vue ostéo-articulaire, la situation était en partie satisfaisante après deux opérations des pieds compte tenu de la persistance des douleurs. Il existait également une lombosciatalgie chronique sous la forme d'une décompensation itérative avec prises d'antalgiques y compris la morphine ponctuellement, sans indication opératoire. Enfin, l'assuré avait présenté de récentes douleurs abdominales avec plusieurs consultations aux urgences évoquant une cholécystite lithiasique traitée par antibiothérapie. Des investigations gastro-entérologiques étaient prévues prochainement.

Par rapport du 20 août 2022 consécutif à un entretien le 24 mars 2022 avec l'assuré, le Dr L._____ a informé l'OAI que le médecin de famille avait proposé, avec l'accord du patient, une hospitalisation en milieu psychiatrique sur un mode volontaire. Le psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sans spécificité (F33.9). Il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Le traitement consistait en la prise de Duloxétine 30 mg (une fois par jour), augmentée à 60 mg depuis le 17 novembre 2021.

Par avis médical du 16 septembre 2022, le SMR a suggéré à l'OAI de compléter l'instruction en obtenant des rapports d'hospitalisation de l'assuré auprès du P._____ (BB._____) et à BD._____, ainsi qu'en demandant au Dr M._____ de se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré au plan strictement orthopédique. Il convenait par ailleurs de réactualiser les informations auprès du Dr N._____.

En réponse à l'interpellation de l'OAI, le Dr N._____ a établi un rapport le 21 octobre 2022 confirmant les diagnostics posés le 20 avril 2022. Du point de vue diabétique, une prise en charge spécialisée de l'assuré s'effectuait à la consultation du Dr BC._____. Du point de vue psychiatrique, l'intéressé nécessitait une prise en charge régulière à la consultation du Dr L._____ ainsi que par un infirmier spécialisé en santé mentale des soins à domicile (une séance hebdomadaire). Une récente recrudescence d'une symptomatologie suicidaire avait justifié un rapprochement des consultations. L'assuré avait finalement séjourné à la BD._____ à la fin du mois de septembre 2022. Du point de vue orthopédique, après une opération des deux avant-pieds, il persistait des douleurs au niveau de l'*hallux valgus* gauche et une tuméfaction douloureuse, à quarante degrés, qui limitait le port de chaussures pour des marches sur une distance supérieure à quelques centaines de mètres. De l'avis du Dr N._____, l'assuré était en incapacité de travail au long cours et des mesures de réinsertion semblaient difficiles à envisager compte tenu de la diminution de la capacité d'autonomie et de gestion intervenue au cours des dernières années.

Aux termes d'un avis médical du 28 novembre 2022, indiquant ne pas être en mesure de cerner l'intensité des limitations de la sphère psychique d'autant qu'elles étaient intriquées avec les diverses plaintes somatiques, le SMR a proposé à l'OAI de solliciter une évaluation multidisciplinaire de la capacité de travail de l'assuré par le biais de la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec volets en orthopédie, médecine interne, psychiatrie, médecine physique et réadaptation.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assuré auprès de BL._____ SA, laquelle a été confiée aux Drs BG._____, spécialiste en médecine interne, BJ._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, CL._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et BK._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 4 septembre 2023, ces experts ont posé les diagnostics suivants :

- “- Spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthémique, M43.16.
- Spondylarthrose étagée, M47.9.
- Status après spondylodèse L5-S1, Z98.1.
- Coxarthrose bilatérale débutante, M16.9.
- *Hallux valgus* bilatéral, M201.
- Status après cure d'*hallux valgus* bilatéral, Z98.1.
- Atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, M75.1.
- Status après cure de canal carpien bilatéral, G56.0.
- Tassement vertébral D11 stable, d'allure ancienne, M48.5.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, F33.0.
- Accentuation de certains traits de personnalité de type dépendant, Z73.1.
- Troubles mentaux et troubles du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, F10.20.
- Obésité exogène, E66.
- Diabète insulino-requérant depuis 2015, E10.
- Syndrome d'apnées du sommeil non appareillé depuis 2015, mais le score d'Epworth n'est pas pathologique, G47.3.
- Hypertension artérielle traitée, I10.
- Rétinopathie débutante d'origine diabétique.”

Ils ont retenu une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle depuis 2001 mais de 70 % dans une activité adaptée depuis 2015, avec des périodes d'incapacités totales pour des raisons psychiatriques. Les limitations fonctionnelles en médecine physique, réadaptation et orthopédie étaient : « Pas de mouvement répétitif des membres supérieurs, pas de travail soutenu au-delà de l'horizontal concernant les membres supérieurs, pas de position en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique debout ou assise prolongée avec changement possible de position chaque 30 minutes, pas de port répété de charge supérieure à 10 kg, pas de marche sur longue distance supérieure à 1 heure, pas d'utilisation fréquente d'escaliers et d'escabeaux. Pas de déplacement sur terrain inégal. Pas de position contraignante pour les pieds et les chevilles telles des positions à genoux ou accroupie ». Les restrictions psychiatriques étaient : « Difficultés dans les interactions sociales, besoin d'étayage. Activité professionnelle dans un environnement bienveillant ». Les limitations fonctionnelles de la médecine interne générale étaient : « Fatigabilité, contrôles réguliers de la glycémie, nécessité de collations et d'injections d'insuline ».

Dans un avis médical du 13 octobre 2023, le SMR a validé l'expertise précitée s'agissant des critères formels de qualité et a suggéré à l'OAI d'interpeller les experts afin d'obtenir des réponses de leur part à trois questions complémentaires.

Le 13 novembre 2023, les experts en médecine interne et en psychiatrie du BL._____ ont établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI dont il ressort ce qui suit (*sic*):

“- *Sur le plan psychiatrique, hormis avec son ex-femme, les interactions sociales décrites dans votre rapport semblent plutôt bonnes tant sur le plan familial qu'avec les personnel soignant ou son assistante sociale. De plus, selon votre rapport, l'assuré ne semble pas rencontrer de difficultés d'intégration à la BD._____. De même, votre rapport ne mentionne pas de conflits majeurs dans ses différents emplois (p38). Dès lors, nous avons des difficultés à comprendre ce qui motive la limitation concernant les « difficultés dans les interactions sociales ». Quelle est la nature de ses difficultés ?*

« Il se dit persécuté par tout le monde, en particulier par son ex-femme. Il peut également trouver que les gens pensent du mal de lui lorsqu'il se promène dans la rue en le jugeant comme ayant raté sa vie professionnelle. Il éprouve alors un sentiment de colère vis-à-vis de la foule. » (Chap. 3.2, p. 36/58) « Il existe un certain degré de vulnérabilité et d'inhibition, ainsi qu'un besoin de soutien et d'attachement... Un certain degré de méfiance est retrouvé, ainsi qu'une culpabilité et une colère refoulée. » (Chap. 4.3, p. 39/58) « Z73.1, accentuation de certains traits de personnalité de type dépendant. » (Chap. 6.3, p. 42/58) « Il a de mauvaises relations avec les autres. Il n'a pas d'activité en groupe. (Chap. 7.2, p. 42/58).

- *Sur le plan psychiatrique, vous reprenez une CT [capacité de travail] exploitable avec « Activité professionnelle dans un environnement bienveillant ».*
Confirmez-vous qu'il s'agit bien d'une CT exploitable dans le premier marché de l'emploi et, non, en milieu protégé ?

Oui, en effet, il s'agit d'une Capacité de Travail exploitable dans le marché de l'emploi et non en milieu protégé.

- *Concernant les périodes d'IT [incapacités de travail] depuis 2025, notre résumé ci-dessous des périodes d'incapacités de travail vous apparaît-il conforme à votre évaluation ?*

<i>Depuis 13.06.15 au 30.09.15 :</i>	<i>IT 30 %</i>
<i>Octobre 2015 - Novembre 2015 :</i>	<i>IT 100%</i>
<i>Décembre 2015 - Septembre 2016 :</i>	<i>IT 50 %</i>
<i>Octobre 2016 - Mars 2017 :</i>	<i>IT 100 %</i>
<i>Avril 2017 - Mars 2022 :</i>	<i>IT 50 %</i>
<i>Avril 2022 - Septembre 2022 :</i>	<i>IT 100%</i>
<i>Depuis octobre 2022 :</i>	<i>IT 30 %</i>

Capacité de travail dans l'activité habituelle de carreur : 0% depuis le 09.11.2001 (chap. 4.6, p. 5/58).

Dans une activité adaptée : capacité de travail à 70% depuis 2015, avec des CT récurrentes et transitoires à 0% (oct.-nov. 2015, oct. 2016, mars 2017, avr. 2022) et de 50% entre ces périodes, puis 70% depuis fin septembre 2022 (Chap. 4.7, p. 6/58).”

Par rapport d'examen du 12 décembre 2023, le SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). En tant que pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, le SMR a tenu compte d'une atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, d'un diabète insulino-requérant depuis 2015, d'une spondylarthrose étagée et d'une coxarthrose débutante. Le début de l'incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle était fixé au 9 novembre 2001. Sa capacité de travail dans une activité adaptée avait fluctué de la manière suivante :

- 70 % depuis juin 2015 ;
- 0 % d'octobre 2015 à novembre 2015 ;
- 50 % de décembre 2015 à septembre 2016 ;
- 0 % d'octobre 2016 à mars 2017 ;
- 50 % d'avril 2017 à mars 2022 ;
- 0 % d'avril 2022 à septembre 2022 ;
- 70 % depuis octobre 2022.

Les limitations fonctionnelles étaient : « Pas de mouvement répétitif des membres supérieurs, pas de travail soutenu au-delà de l'horizontal concernant les membres supérieurs, pas de position en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique debout ou assise prolongée avec changement possible de position chaque 30 minutes, pas de port répété de charge supérieure à 10 kg, pas de marche sur longue distance supérieure à 1 heure, pas d'utilisation fréquente d'escaliers et d'escabeaux. Pas de déplacement sur terrain inégal. Pas de position contraignante pour les pieds et les chevilles telles des positions à genoux ou accroupie. Difficultés dans les interactions sociales. Perte de rendement pour diminution de l'endurance et pour pause pour contrôles

glycémiques et collations ». Le SMR se ralliait aux conclusions des experts du BL._____.

Dans un document intitulé « REA – Rapport final » du 9 février 2024, un spécialiste en réadaptation professionnelle auprès de l'OAI a estimé que selon le rapport d'expertise, l'assuré n'envisageait pas un quelconque retour dans le monde du travail, ni même dans une activité adaptée, mais qu'il souhaitait obtenir une rente d'invalidité si possible complète. En l'absence d'une aptitude subjective à la réadaptation, il était renoncé à lui proposer une aide au placement. Selon les calculs proposés, le degré d'invalidité était de 52,20 % (2022), de 25,65 % (2023) et de 33,09 % (2024). Compte tenu de l'âge et de l'absence de compétences rapidement transférables vers d'autres métiers permettant de meilleures prétentions de gains, l'assuré ne se projetant pas pouvoir retravailler, d'éventuelles mesures professionnelles n'étaient pas susceptibles de réduire son préjudice économique. Les activités adaptées étaient un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, ou comme aide administratif (réception, scannage et autres).

Par projet de décision du 12 mars 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente s'élevant à 52 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2022 au 30 juin 2022 et à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2022. L'OAI a retenu qu'à partir d'octobre 2022, une capacité de travail de 70 % était à nouveau exigible dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvement répétitif des membres supérieurs ; pas de travail soutenu au-delà de l'horizontal concernant les membres supérieurs ; pas de position en porte-à-faux sur le tronc ; pas de position statique debout ou assise prolongée avec changement possible de position chaque trente minutes ; pas de port répété de charge supérieure à dix kilos ; pas de marche sur longue distance supérieure à une heure ; pas d'utilisation fréquente d'escaliers et d'escabeaux ; pas de déplacement sur terrain inégal ; pas de position

contraignante pour les pieds et les chevilles telles des positions à genoux ou accroupie ; perte de rendement pour diminution de l'endurance et pour pause pour les contrôles glycémiques et collations).

L'assuré, agissant alors par Procap, a formulé des observations les 29 avril et 3 juin 2024 à l'appui desquelles il a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 12 avril 2024 du Dr N._____ auquel étaient joints un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 24 janvier 2024, un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 24 janvier 2024 et un rapport d'infiltration de l'épaule droite du 22 février 2024. Ce médecin a fait part d'une contusion de l'épaule gauche le 24 janvier 2024, à l'origine d'une tendinopathie avec rupture partielle presque transfixiante du tendon du muscle sous-scapulaire à l'insertion d'aspect aigu, petite fissure intra-tendineuse du sus-épineux d'aspect plutôt chronique et bursite deltoïdienne, et en janvier [2024] d'omalgies droites sur décompensation arthrosique acromioclaviculaire droite, tendinopathie décompensée sus-épineux et sous-scapulaire avec conflit sous-acromial avec infiltration sous-acromiale droite le 14 février 2024. Un suivi orthopédique de l'assuré s'effectuait auprès de la BP._____ (Hôpital Intercantonal de la R****) à Y****. Le Dr N._____ évaluait la capacité de travail de l'assuré à 25 % (« une activité à très faible contrainte physique, à temps partiel 50 % et avec un rendement de 50 % ») ;

- un rapport du 14 mai 2024 du Dr BC._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, lequel suspectait un syndrome obstructif et un syndrome restrictif. Selon ce médecin, l'assuré subissait une baisse du rendement « plus proche » de 50 % (et non de 30 %, telle qu'évoquée par les experts) dans une activité adaptée. L'assuré déclarait ne pas pouvoir assumer les travaux ménagers (il était incapable notamment de passer l'aspirateur, de faire son lit ou de ranger son appartement). Une reprise par l'assuré d'une activité physique ou professionnelle semblait inimaginable ;

- un rapport du 31 mai 2024 du Dr K._____ qui retenait le même diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon ce médecin, l'expert psychiatre avait vraisemblablement surestimé la résilience de l'assuré, ce qui s'expliquait par le fait qu'il bénéficiait d'un soutien auprès de la BD._____ lors de l'expertise au BL._____. De son côté, le Dr K._____ évaluait désormais la capacité de travail de l'assuré comme nulle sur le premier marché de l'emploi.

Par avis médical du 1^{er} octobre 2024, le SMR a retenu que sur le plan psychiatrique, le Dr K._____ ne faisait pas mention d'un changement de l'état de santé mais qu'il indiquait s'être livré à une appréciation différente du même état de fait. Au plan somatique, le Dr BC._____ fournissait des indices en faveur d'une atteinte objective sur le plan pulmonaire qui n'avait pas été diagnostiquée par le médecin traitant, ni par le pneumologue, et qui était inconnue lors de l'expertise. Le SMR se disait surpris par l'absence d'investigations en regard d'un diagnostic si grave, et a proposé de compléter l'instruction en interrogeant les Drs BC._____ et Z***.

Dans un rapport du 9 octobre 2024, le Dr BC._____ a répondu aux questions de l'OAI. Il a joint des rapports de consultations des 31 août 2022 et 20 mars 2023 avec un prochain contrôle le 27 novembre 2024. Ce médecin a informé avoir constaté une anomalie thoracique lors de la première consultation du 31 août 2022 où l'assuré présentait une cyphose dorsale relativement importante. Lors d'un examen de la sphère respiratoire le 14 mai 2024, le Dr BC._____ avait constaté un *expirium* prolongé, une augmentation du diamètre antéro-postérieur et une amplification symétriquement diminuée. A l'auscultation, les murmures vésiculaires étaient diminués d'intensité et un *weezing* expiratoire était constaté. Aucune investigation n'avait été demandée chez l'assuré qui était suivi par son médecin traitant.

Dans un rapport du 20 janvier 2025, le Dr N._____ a indiqué que l'assuré n'était alors plus suivi pour la problématique des épaules gauche (survenue en janvier 2023) et droite (survenue en janvier 2024).

Lors d'une évaluation du 14 mars 2024, la mobilité des épaules était complète dans les amplitudes et symétrique des deux côtés. Le JOB -5 était peu sensible et le Yocum indolore des deux côtés. Il n'y avait pas de douleur à la palpation des articulations acromio-claviculaires des deux côtés. Selon ce médecin des imageries pulmonaires (CT) datant d'avril 2022 et d'avril 2023 montraient un ganglion lobaire inférieur droit sous-pleural de six millimètres, évocateur d'un ganglion parenchymateux pulmonaire, stable. Un SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil) avec une mauvaise tolérance au masque et une somnolence diurne était également décrit. L'assuré présentait de nombreux épisodes de recrudescence de décompensation somatique (diabète, cervicalgies, lombalgies et podologiques) et psychiatrique (dépression récurrente), si bien qu'il bénéficiait d'un suivi régulier et d'une hospitalisation itérative. La reprise d'une activité professionnelle, même partielle et dans un environnement adapté, était réservée.

Le 2 avril 2025, l'assuré a remis à l'OAI un rapport du 12 mars 2025 d'IRM lombaire effectuée le 10 mars 2025 par la Dre CC._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence chez l'assuré un rétrécissement droit du passage radiculaire en L2-L3 avec arthrose interapophysaire associée, un rétrécissement gauche du passage radiculaire et une hernie discale postéro-latérale droite comprimant l'émergence de la racine L4 en L3-L4, une arthrose interapophysaire sévère rétrécissant le passage radiculaire plus marqué à gauche de L4 en L4-L5, avec protrusion discale postéro-médiane et diamètre canalaire secondairement rétréci. Le niveau L5-S1 montrait un rétrécissement sévère du passage radiculaire en foraminaux de L5 sur arthrose interapophysaire postérieure et débord discal circonferentiel.

Par avis médical du 9 mai 2025, le SMR a fait le point final de la situation en ces termes :

"1- Sur le plan pulmonaire :

- a. Interrogé par nos soins, le Dr BC._____ ne peut pas préciser un diagnostic et il ne produit aucune investigation qui permettrait d'objectiver une atteinte pulmonaire. Selon le Dr

BC._____, cette atteinte aurait été constaté[e] en Aout 2022 et il aurait examiné cette sphère avec plus d'attention en Mai 2024.

- b. Etonnamment, le status de son consilium du 31.08.22 décrit un status pulmonaire assez proche de la norme (p8, RM 16.10.24).
- c. Par ailleurs, concernant le status constaté en Mai 2024, il est superposable au status pulmonaire décrit par l'expert interniste en 2023 : « *augmentation du diamètre antéro-postérieur du thorax. Murmures vésiculaires lointains. Pas de râles de stase, pas de ronchi, ni sibilances. Pas de tachypnée ou dyspnée au repos. Ampliation thoracique diminuée de façon bilatérale. Léger prolongement de l'expirium. A la percussion, pas de matité, ni de tympanisme* » (p15, Expertise 5.10.23).
Seul le *wheezing* expiratoire, qui n'est pas un diagnostic pneumologique, n'était pas retrouvé chez cet assuré fumeur et en surpoids.
- d. Par ailleurs, interrogé fin 2024, le Dr CF._____ mentionne que des imageries pulmonaires (CT) auraient été réalisé[e]s entre Avril 2022 et Avril 2023 pour surveiller une adénopathie thoracique. Aucune atteinte du parenchyme pulmonaire ou des bronches n'est mentionnée (RM 28.1.25).
- e. Enfin, le Dr CF._____, FMH en Médecine Interne, ne rapporte pas d'investigations particulières sur le plan pulmonaire depuis ces derniers examens d'imagerie depuis 2023.
- f. Aussi, le Dr CF._____ ne rapporte pas d'autres atteintes pulmonaires qu'un SAOS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil] avec une mauvaise tolérance au masque et une somnolence diurne. Aussi, l'expert Interniste avait relevé que ce SAOS était connu depuis 2015. Il avait évalué la somnolence diurne avec un score d'Epworth à 4/24 (p11, Expertise 5.10.23).
- g. Aussi, il n'y a pas de nouveau diagnostic sur le plan pneumologique. Il n'y a pas non plus d'éléments qui rendraient plausible une péjoration sur cet axe. Les informations apportées dessinent plutôt une situation inchangée depuis l'expertise au plus tard.

2- Au niveau des épaules :

- a. L'atteinte à l'épaule G [gauche] est bien survenue en Janvier 2023 soit avant l'expertise de Juin 2023.
- b. L'atteinte à l'épaule D [droite] est survenu[e] en Janvier 2024. Toutefois, dans son dernier rapport du 20.01.25, le Dr CF._____ relate un status proche de la norme dès le 14.3.24.

- c. Par ailleurs, depuis cette date, le Dr CF._____ relate l'absence de suivi pour une atteinte au niveau des épaules D ou G. Les rapports de consultation annexés confirment l'évolution sur cet axe (RM 28.1.25).

3- Concernant l'IRM du rachis lombaire du 12.03.25 :

- a. Elle a été réalisée sur une exacerbation des douleurs lombaires qui seraient survenues le 22.02.25. Elle montre essentiellement des troubles dégénératifs.
- b. Le rapport du Dr CF._____ indique que la présence de troubles dégénératifs à ce niveau et des épisodes d'exacerbation de douleurs lombaires sont connues de longue date.
- c. Aussi, ces douleurs et les troubles dégénératifs sont connus depuis la première demande en 2002. Depuis cette date, il est admis que seule une activité épargnant le rachis pourrait être exigée.
- d. Par ailleurs, la dernière expertise de Juin 2023, comprenant un volet Orthopédique et en Médecine Physique-Réadaptation, retenait déjà des atteintes au niveau du rachis et des limitations fonctionnelles (Expertise 5.10.23).

CONCLUSION. Pas de modifications de notre position.

Les rapports produits dans le cadre de l'Audition n'apportent pas d'informations qui montreraient une atteinte à la santé qui aurait été ignorée lors de l'expertise de Juin 2023 ou qui serait survenue depuis. Dans ces conditions, nous ne voyons pas de raisons de nous écarter des conclusions d'une expertise pluridisciplinaire convaincante."

Par décision du 6 juin 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 mars 2024 d'octroi d'une rente s'élevant à 52 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2022 au 30 juin 2022 et d'une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2022.

Le 18 juin 2025, Procap a informé l'OAI de la fin de son mandat et l'a invité à transmettre toute correspondance directement à l'assuré.

F. Par acte du 14 juillet 2025, C._____, alors non assisté, a recouru contre la décision du 6 juin 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que l'OAI lui octroie des prestations. Il a en substance fait valoir que

son état de santé ne lui permettait pas de travailler, mettant en avant la précarité de sa situation et sa fragilité psychique.

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2025, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Désormais au bénéfice de l'assistance judiciaire et représenté par Me Didier Elsig, le recourant a précisé ses conclusions par réplique du 26 septembre 2025, en ce sens principalement qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité et illimitée à compter du 1^{er} février 2022, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire indépendante. Dans la première partie de ses explications, le recourant soutient que son état de santé s'est bel et bien péjoré et ne s'est pas amélioré en octobre 2022. Dans ce cadre, il se prévaut des rapports des 20 avril et 21 octobre 2022 du Dr N._____, et du 20 août 2022 du Dr L._____. Il met en avant les diagnostics retenus par les experts, ainsi que ses limitations fonctionnelles, en notant que c'est le port de charge supérieure à cinq kilos ainsi que le port de charge à hauteur d'épaule supérieur à deux kilos qui sont retenus au chapitre 4.9 de l'évaluation consensuelle, et pas uniquement le port répété de charge supérieure à dix kilos comme retenu par l'intimé. Il relève ensuite que ses ressources externes sont pratiquement inexistantes et que son activité habituelle de magasinier constituait sa seule ressource interne, et que cette activité n'est plus exigible depuis 2001. Il remet en cause également le fait que l'aggravation manifeste de son état de santé se soit miraculeusement résorbée dès octobre 2022 pour atteindre une capacité de travail de 70%. A cet égard, il se réfère au rapport du 12 avril 2024 du Dr N._____, pour lequel une capacité de travail de 25 % au maximum serait envisageable. Il se prévaut encore du rapport du Dr BC._____ du 14 mai 2024, pour qui il n'est pas imaginable que l'assuré, qui n'est pas en mesure d'assumer les activités de son ménage (aspirateur, faire son lit, ranger son appartement) puisse reprendre une activité physique ou professionnelle. Il se prévaut enfin du rapport du Dr K._____ du 31 mai 2024, selon lequel l'expert psychiatre a vraisemblablement surestimé sa

résilience, ce qui s'explique par le fait qu'il bénéficiait d'un soutien auprès de la BD. _____ au moment de l'expertise. A l'inverse de son appréciation du 23 septembre 2015, le Dr K. _____ était désormais d'avis que la capacité de travail était nulle sur le premier marché de l'emploi. Dans la deuxième partie de ses explications, le recourant plaide qu'il ne dispose d'aucune formation certifiante, ni de compétences rapidement transférables vers d'autres métiers, pas plus que de ressources internes ni externes lui permettant d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Il souffre en effet d'un manque d'autonomie considérable, au point que même sa compliance médicamenteuse repose sur l'aide régulière d'un infirmier à domicile. Il est ainsi d'avis que son profil est si restreint que même en tenant compte des emplois de niche, il ne dispose pas de capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré, ce qui doit conduire à reconnaître son incapacité de gain complète, et ce depuis octobre 2016. Il se réfère dans ce contexte à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2022 du 15 juin 2022.

Dans ses déterminations du 29 octobre 2025, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la nouvelle demande d'octroi d'une rente a été déposée le 16 août 2021 par le recourant. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2022, sans limitation dans le temps.

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).

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

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). Si, comme en l'espèce, 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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).

c) 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).

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

7. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 16 août 2021 par le recourant et a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, avec volets en médecine interne générale, chirurgie orthopédique et *trauma*, médecine physique et réadaptation et psychiatrie, laquelle a été confiée au BL._____. La valeur probante du rapport d'expertise du 4 septembre 2023 et de son complément du 13 novembre 2023 est remise en cause par le recourant.

Il convient de constater que le rapport du 4 septembre 2023 remplit *a priori* les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Les experts ont en effet procédé à des examens cliniques minutieux du recourant, après avoir complété les pièces de son dossier, et ont fourni un tableau clinique exhaustif et cohérent de sa situation. Leurs conclusions résultent de leur appréciation consensuelle. Les experts se sont également prononcés sur le cas du recourant à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 7 ci-dessus). Ils ont ainsi retenu une capacité de travail nulle de l'assuré dans son activité habituelle depuis 2001 et une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée depuis 2015, avec des périodes d'incapacités totales récurrentes et transitoires pour des raisons psychiatriques.

Sur le plan de la médecine interne générale, le Dr BG._____ retient les diagnostics d'obésité exogène (E66), de diabète insulino-requérant depuis 2015 (E10), de syndrome d'apnées du sommeil non appareillé depuis 2015 mais le score d'Epworth n'est pas pathologique (G47.3), d'hypertension artérielle traitée (I10), de rétinopathie débutante

d'origine diabétique et de lithiase vésiculaire avec un épisode de cholécystite il y a des années. La capacité de travail de l'assuré est de 70 % (taux de 100 % avec une diminution du rendement de 30 %) depuis 2015, dans le cadre du diabète insulino-requérant avec instabilité, avec nécessité de collations, d'injections d'insuline et de contrôle de la glycémie ainsi que du syndrome d'apnées du sommeil non appareillé qui induit de la fatigue mais sans somnolence diurne.

Sur le plan de la chirurgie orthopédique et *trauma*, le Dr BJ._____ pose les diagnostics de spondylolisthésis L5-S1 avec lyse isthémique (M43.16), de spondylarthrose étagée (M47.9), de status après spondylodèse L5-S1 (Z98.1), de coxarthrose bilatérale débutante (M16.9), d'*hallux valgus* bilatéral (M20.1), de status après cure d'*hallux valgus* bilatéral (Z98.1), d'atteinte de la coiffe des rotateurs épaule gauche (M75.1) et de status après cure de canal carpien bilatéral (G56.0). L'expert souligne qu'au vu des atteintes dégénératives, il en résultera des troubles fonctionnels avec des pertes de capacité. Concernant les ressources, au vu des diverses tentatives de reprise du travail, de la longue durée de l'incapacité et de la présence de signes de non-organicité, un retour de l'expertisé sur le premier marché du travail ne semble pas être possible. L'expert note également un certain isolement, une absence d'intérêt pour toutes activités, ainsi que des antécédents dépressifs qui viennent encore assombrir le pronostic d'une éventuelle reprise d'activité professionnelle ou d'une reconversion. L'activité habituelle de magasinier n'est pas exigible depuis le 9 novembre 2001. Pour le Dr BJ._____, la capacité de travail est de nouveau totale à partir du 10 décembre 2002, nulle du 2 mars 2020 au 31 mars 2022, puis à nouveau de 100 % comme magasinier avec des limitations fonctionnelles (port de charge inférieur à cinq kilos, position statique assise ou debout prolongée, mouvement en porte-à-faux du tronc et mouvement de rotation répétitif du tronc, déplacement sur terrain inégal, déplacement prolongé sur terrain plat, positions contraignantes pour les pieds et les chevilles telles que des positions à genoux ou accroupie, absence de mouvement répétitif avec l'épaule gauche, pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas de port de

charge à hauteur d'épaule supérieur à deux kilos notamment si son contenu est répétitif).

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, le Dr CL._____ retient les diagnostics de lombalgie non déficitaire sur discopathies multi-étagées, antélisthesis de L5 sur S1 de grade I et arthrose facettaire postérieure (M51.3), status après spondylolésie L5 S1 le 20 octobre 2001 pour spondylolyse bilatérale de L5. L'extension des douleurs aux membres inférieurs en postérieur est vraisemblablement en lien avec un raccourcissement des chaînes musculaires postérieures, de tassement vertébral D11 stable, d'allure ancienne (M48.5), de cervicalgie non déficitaire (M50.3) sur arthrose, d'omalgies gauches sur possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs (M75.1) et de douleurs mécaniques des pieds des deux côtés et talalgies droites, sur troubles dégénératifs modérés et *hallux valgus* bilatéral, status après cure d'*hallux valgus* bilatéral et orteils en griffe des deux côtés en 2020 et en 2021. Cet expert indique que la capacité de travail est nulle dans l'activité de magasinier depuis 2001 et que la situation n'a pas significativement évolué au niveau du dos. Un tassement D11 devrait néanmoins être bilanté afin de dépister/traiter une éventuelle ostéoporose. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du rachis dorsolombaire, cervical et des pieds, la capacité de travail a toujours été entière. Les restrictions fonctionnelles du rachis dorsolombaire, cervical et des membres inférieurs sont : pas de mouvement répétitif des membres supérieurs, pas de travail soutenu au-delà de l'horizontal concernant les membres supérieurs, pas de position en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique debout ou assise prolongée avec changement possible de position chaque trente minutes, pas de port répété de charge supérieure à dix kilos, pas de marche sur longue distance supérieure à une heure et pas d'utilisation fréquente d'escaliers et d'escabeaux.

Sur le plan psychiatrique, la Dre BK._____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent

(F10.20). Les pathologies qui influencent l'état de santé sont une accentuation de certains traits de personnalité de type dépendant (Z73.1) et un sujet attendant d'être admis dans un établissement adéquat (Z75.1). En lien avec son estimation, cette experte indique que les capacités de travail de l'assuré ont fluctué selon ses décompensations psychiatriques (incapacités totales en 2010, en 2013, d'octobre à novembre 2015, en octobre 2016 en mars 2017 et en avril 2022 ; capacité de travail entière en septembre 2015 et juin 2016). Entre ces périodes il existe une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Depuis la fin septembre 2022, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée dans un environnement bienveillant où l'assuré n'aurait que peu d'interactions sociales. La Dre BK. _____ expose à satisfaction les éléments ressortant de son examen clinique et des pièces du dossier lui permettant de qualifier de « léger » l'épisode induit par le trouble dépressif récurrent. Elle a au surplus discuté les diagnostics posés par ses confrères en relation avec l'anamnèse et les plaintes du recourant (cf. volet psychiatrique de l'expertise, p. 41). On ajoutera que l'experte psychiatre se prononce en se référant à la grille d'indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 7 supra).

Quant à l'appréciation générale interdisciplinaire, elle permet de se convaincre que les experts ont tenu compte de l'intrication des multiples atteintes à la santé tant physique que psychique dont souffre le recourant, respectivement de leurs répercussions sur la capacité de travail.

b) La Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des constatations et des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 septembre 2023, qui peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant constant que le recourant ne présente plus de capacité de travail dans son activité habituelle de magasinier depuis 2001.

Les rapports médicaux dont se prévaut le recourant (rapports des 20 avril et 21 octobre 2022 du Dr N. _____, du 20 août 2022 du Dr L. _____) ont bien été pris en compte par les experts.

Pour le surplus, les rapports des 12 avril 2024 du Dr N._____, du Dr BC._____, du 14 mai 2024, et du Dr K._____, du 31 mai 2024, ne viennent pas remettre sérieusement en cause l'appréciation des experts, comme l'a relevé avec pertinence le SMR en particulier dans ses avis des 1^{er} octobre 2024 et 9 mai 2025.

Cela étant, on ne comprend effectivement pas pour quelles raisons les experts du BL._____ ont retenu une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique en septembre 2022. Le fait que le recourant ait séjourné à la BD._____ à la fin septembre 2022 ne signifie pas, même si l'intéressé a bénéficié du soutien de soignants en cas d'angoisse la nuit et qu'il a participé aux activités comme le barbecue où il s'est fait quelques amis, que son état de santé psychique se soit amélioré dans une mesure significative depuis lors. Cette hospitalisation n'a pas modifié la situation, du moins les experts ne mettent-ils pas en évidence d'éléments de nature à retenir une telle modification.

Le recourant, comme l'OAI, ne contestent pour le surplus pas le début de l'incapacité de travail durable en 2016.

Enfin, s'agissant des limitations fonctionnelles, comme l'observe le recourant, ce sont en effet conformément au point 4.9 de l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise un port de charge limité à cinq kilos et à hauteur d'épaule limité à deux kilos qui aurait dû être retenu par l'intimé.

9. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variants, la méthode de comparaison en pour-

cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, *in* : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

b) La notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

c) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n. 24 *ad* art. 7 LPG). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_661/2023 précité).

10. a) Il reste à examiner la question de l'exploitabilité de la capacité de travail résiduelle du recourant.

b) A cet égard, selon les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, et complétées par un port de charge limité à cinq kilos et à hauteur d'épaule limité à deux kilos (cf. consid. 8 ci-dessus), le profil d'exigibilité est le suivant : le recourant n'est pas en mesure de faire de mouvement répétitif avec les membres supérieurs, un travail soutenu au-delà de l'horizontal concernant les membres supérieurs, d'être en position en porte-à-faux sur le tronc, en position statique debout ou assise prolongée (changement possible de position chaque trente minutes), de faire un port répété de charge supérieure à cinq kilos (et à hauteur d'épaule de charge supérieure à deux kilos), de marcher sur longue distance supérieure à une heure, d'utiliser fréquemment des escaliers et des escabeaux, de se déplacer sur terrain inégal, et d'être en position contraignante pour les pieds et les chevilles telles des positions à genoux ou accroupie. En raison des difficultés dans les interactions sociales et d'un besoin d'étayage, le recourant doit exercer une activité professionnelle dans un environnement bienveillant. Enfin, en raison de son diabète, il présente une fatigabilité et doit effectuer des contrôles réguliers de la glycémie avec la nécessité de collations et d'injections d'insuline.

Il convient de retenir, comme le soutient le recourant, que le profil en question est tellement limité que, même en tenant compte des emplois de niche (cf. TF 9C_21/2022 consid. 2.3.1), il n'existe plus de capacité de travail exploitable sur le marché du travail équilibré : le recourant est non seulement contraint d'exercer une activité très limitée sur le plan somatique compte tenu de ses atteintes sur ce plan, mais il est également soumis à des restrictions supplémentaires sur le plan psychiatrique, en raison de ses difficultés dans les interactions sociales, d'un besoin d'étayage, et d'une activité devant être exercée dans un environnement professionnel bienveillant. Or à cet égard les activités retenues par le service de réadaptation dans son rapport du 9 février 2024 auquel se réfère l'OAI (travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le

conditionnement léger, ou comme aide administratif [réception, scannage et autres]) ne paraissent pas appropriées sans une concession irréaliste de la part d'un employeur moyen. Au point 4.4 de l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise, il est noté que le recourant a des difficultés à planifier et à structurer les tâches, n'est pas flexible, a du mal à prendre des décisions, n'est pas persévérant, n'arrive pas à s'assumer lui-même, a de mauvaises relations avec les autres, n'a pas d'activités en groupe et des ressources externes pratiquement inexistantes, sa seule ressource interne étant son activité de magasinier qui n'est plus adaptée à son état de santé depuis 2001.

c) Ainsi, en l'absence d'exploitabilité économique de la capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré, il faut reconnaître que le recourant présente une incapacité totale de gain (cf. dans ce sens TF 9C_40/2022 du 15 mars 2023 consid. 5.5 ; TF 9C_21/2022 du 15 juin 2022 consid. 3.2.3 ; TF 9C_766/2019 du 11 septembre 2020 consid. 4.5 et la référence citée).

11. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 6 juin 2025 doit être réformée dans le sens de l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2022 (cf. art. 28b al. 3 LAI), sans limitation dans le temps.

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 de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 17 novembre 2025 par Me Didier Elsig, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et

des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 6 juin 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2022.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :