

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 octobre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Manasseh-Zumbrunnen et M. Despland, assesseurs

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, entré en Suisse en 2001, est marié et père de famille. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé une activité de poseur de sols à 100 % d'avril 2008 à février 2011.

Il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 25 mars 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant rencontrer des problèmes cardiaques, rénaux et pulmonaires.

L'OAI s'est procuré des rapports auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir auprès des Drs H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, M._____, spécialiste en médecine interne et infectiologie, et L._____, spécialiste en chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire thoracique. Ont été mentionnés les diagnostics incapacitants d'une obstruction nasale chronique sévère avec sinusite et écoulement postérieur chronique, polypose nasale bilatérale de stade IV (polypectomie en 2009 et 2010), déviation septale et status post ethmoïdectomie en 2011, ainsi que de meralgie paresthésique gauche sur lésion du nerf fémoro-cutané latéral gauche. Au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, étaient relevés une insuffisance aortique modérée, une restriction du feuillet antérieur à l'ouverture de la valve mitrale, un status post néphrectomie gauche en septembre 2007 pour un rein gauche hydronéphrotique avec pyélonéphrite chronique sur maladie de la jonction pyélo-urétérale, un status post cure de hernie inguinale à droite en 1997, un status post cure d'hydrocèle gauche, un status post urétrite à *microplasma hominis* avec probable épididymite droite en mai 2004 et une probable stéato-hépatite non alcoolique sur prise pondérale. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais théoriquement entière dans une activité adaptée (cf. en particulier : rapport du Dr M._____ du 22 août 2014).

Le 26 janvier 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, soit un remplacement valvulaire aortique par une prothèse, laquelle s'est déroulée sans complication, avant la mise en place d'une rééducation cardiovasculaire ambulatoire (cf. rapports du Dr L. _____ des 26 janvier, 22 et 24 avril 2015). Le 16 juillet 2015, la Dre K. _____, spécialiste en cardiologie, a fait état d'une évolution favorable, la capacité de travail de l'assuré étant considérée comme entière dans une activité dénuée de port de lourdes charges (cf. rapport établi le 16 juillet 2015 sur questions de l'OAI).

Dans l'intervalle, par rapport du 6 juillet 2015, le Dr M. _____ a signalé à l'OAI la survenance d'un état dépressif auprès de l'assuré, responsable, à son avis, d'une incapacité totale de travail dans toutes activités depuis février 2015 (cf. rapport du 6 juillet 2015).

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié à la Dre N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 7 février 2017, l'experte précitée a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Le pronostic quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux pathologies somatiques était qualifié de bon. Aucune incapacité de travail durable n'était prise en compte sur le plan psychique.

Par décision du 21 novembre 2017, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel, au vu d'un degré d'invalidité fixé à 2,96 %. Ce taux était fondé sur une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, exempte d'exposition à des solvants, des colles, des poussières et au froid, sédentaire ou semi-sédentaire, sans stress et sans travaux de force.

B. En date du 20 septembre 2019, B. _____ a introduit une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de

l'OAI, mentionnant des problèmes cardiaques, une hernie ombilicale, des problèmes de vue, une hernie discale et un syndrome d'apnée du sommeil.

Invité à rendre plausible une péjoration de son état de santé, il s'est prévalu d'un rapport du Dr M. _____ du 18 décembre 2019, lequel faisait état de nouveaux diagnostics, à savoir des lombosciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 droite, des douleurs épigastriques sur reflux gastro-œsophagien, des douleurs oculaires sur méibomite dans le cadre d'une rosacée oculaire, des palpitations sur tachycardie, un probable urticaire et un hypogonadisme gonadotrope secondaire d'origine indéterminée. L'assuré présentait toujours une obstruction nasale, entraînant une asthénie et un état dépressif. Selon le médecin précité, l'incapacité de travail était totale depuis mars 2019. Etaient annexés les documents suivants :

- un rapport du Dr X. _____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, du 23 février 2018, lequel avait mis en place un traitement de l'hypogonadisme secondaire ;
- un rapport du Dr T. _____, spécialiste en ophtalmologie, du 9 octobre 2019, lequel avait prescrit un traitement de la méibomite ;
- un rapport de la Dre K. _____ du 27 novembre 2019, laquelle concluait à l'absence de symptômes cardiovasculaires.

L'assuré s'est rendu à la consultation du Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dès le 10 février 2020, sur recommandation de son médecin généraliste traitant. Dans une attestation du 12 mars 2020 à l'OAI, ce spécialiste a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec risque auto-agressif très élevé, des troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'alcool nocive pour la santé, des troubles de la personnalité à traits multiples, notamment émotionnellement labile de type impulsif, et un trouble anxieux sévère dans le contexte d'une anxiété généralisée.

L'incapacité de travail était considérée comme totale, avec une impossibilité de retour sur le marché ordinaire de l'emploi (cf. également : rapport du Dr P. _____ du 4 août 2020).

L'assuré a été hospitalisé au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier C. _____ du 11 au 24 mars 2020, pour mise à l'abri, en raison d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Le Centre hospitalier C. _____ a retenu dans ce contexte les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de trouble organique de la personnalité et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool nocive pour la santé (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier C. _____ du 27 mars 2020).

A la demande du SMR, le Dr P. _____ a communiqué un pronostic sombre quant à la reprise d'une activité lucrative, même adaptée, en présence d'atteintes neurocognitives sévères et d'un trouble de la personnalité d'origine organique, également sévère (cf. rapport du Dr P. _____ du 24 août 2021).

Une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré a été ordonnée par l'OAI sur suggestion du SMR et confiée au Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Aux termes de son rapport du 8 février 2022, le spécialiste précité a fait état du diagnostic incapacitant de troubles dépressifs récurrents, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques entre février et décembre 2020 et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2021. Une dépendance éthylique avec utilisation épisodique depuis 2015 et des traits de personnalité émotionnellement labile et dépendante étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dite capacité était nulle depuis février 2020 et de 50 % depuis janvier 2021 dans une activité adaptée au status somatique, sans confrontation à des boissons alcoolisées. La poursuite d'un suivi psychiatrique et d'un nouveau traitement antidépresseur était préconisée.

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un avis du 1^{er} mars 2022.

Le 20 avril 2022, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré, en recourant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour chiffrer les revenus sans et avec invalidité, lequel était en outre réduit d'un abattement de 5 %. Un taux d'invalidité de 52,5 % était ainsi mis en évidence dans le cas de l'assuré.

Par décisions des 25 août et 14 septembre 2022, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 53 %, à compter du 1^{er} février 2021.

C. B._____ a complété un questionnaire en vue de la révision de son cas le 20 octobre 2022. Il a fait valoir une péjoration de son état de santé du fait de la survenance de crises de podagre récidivantes accompagnées d'arthrite. La dernière crise datait de juin 2022. Était annexé un rapport de consultation rédigé le 11 octobre 2022 par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, lequel mentionnait des crises de podagre depuis octobre 2021 avec hyperuricémie significative. Un traitement et des mesures diététiques étaient instaurés en sus de contrôles de l'uricémie.

L'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré par décision du 25 janvier 2023.

D. Par une troisième demande formelle, déposée le 23 août 2023 auprès de l'OAI, B._____ a sollicité une nouvelle révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, indiquant être suivi depuis mai 2023 au sein du Centre R._____. Était produite une attestation de la Dre F._____, nouvelle médecin généraliste traitante de l'assuré, datée du 14 juillet 2023, laquelle faisait état de l'ensemble des pathologies diagnostiquées dans le cas particulier, soit :

- insuffisance rénale ;
- maladie de la goutte ;
- status post cure d'hydrocèle gauche ;
- hypogonadisme hypogonadotrope d'origine probablement multifactorielle ;
- état dépressif chronique ;
- status post changement de valve aortique mécanique en janvier 2015 ;
- insuffisance mitrale fonctionnelle ;
- hypertension artérielle sous traitement ;
- maladie de reflux ;
- status post néphrectomie du rein gauche ;
- cure de hernie de la ligne médiane et hernie ombilicale en septembre 2018 ;
- rhinite obstructive ;
- méralgie paresthésique gauche chronique ;
- syndrome des apnées du sommeil léger, appareillé en 2019 ;
- syndrome des jambes sans repos ;
- asthme sans composante allergique ;
- polypose nasale ;
- traumatisme crânien en 2016 avec évacuation d'un hématome sous-dural chronique droit et gauche en 2017.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 20 novembre 2023, qu'il a reconsidérée compte tenu de la réception d'un rapport du 28 novembre 2023 de la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre R._____. Cette praticienne relatait une situation demeurée stationnaire auprès de son patient, en dépit de l'adaptation du traitement médicamenteux de l'assuré et de son abstinence à l'alcool selon les recommandations de l'expert Q._____. L'assuré souffrait d'une symptomatologie anxio-dépressive chronique, dont l'intensité était « majoritairement modérée ou sévère », d'un trouble de la personnalité avec des traits multiples, dont une

tendance à l'impulsivité émotionnelle, ainsi que d'un trouble anxieux généralisé. Un bilan neuropsychologique avait été réalisé, lequel avait mis en évidence les éléments suivants :

- un profil cognitif peu fonctionnel tant au niveau du langage que de la mémoire verbale, spatiale, prospective et rétrospective ;
- des difficultés visuo-attentionnelles importantes ;
- des faiblesses au niveau de la flexibilité mentale ;
- des capacités d'apprentissage représentatives du niveau socio-éducatif ;
- la contribution de différentes pathologies chroniques, de facteurs thymiques chroniques, de facteurs associés à la médication quotidienne ou de troubles du sommeil, aux faiblesses cognitives observées.

Un examen neuro-dynamique, une rééducation orthoptique et neurocognitive, ainsi que la poursuite d'une suivi psychothérapeutique étaient recommandés. La capacité de travail était considérée comme nulle en l'état.

Le rapport de l'évaluation neuropsychologique effectuée par le Centre R._____, rédigé le 28 novembre 2023, est parvenu à l'OAI le 16 février 2024. Ce document relevait sur le plan exécutif, une inhibition et une programmation insuffisantes, un raisonnement dans les limites des normes, tandis que les autres aspects cognitifs (perception visuelle, praxies de conception, de production et mélokinétiques, capacités d'apprentissage) étaient essentiellement préservés. Sur le plan thymique, une composante anxio-dépressive était relatée. Certains résultats étaient potentiellement liés à l'allophonie de l'assuré.

Par avis du 8 avril 2024, le SMR a estimé que les atteintes énumérées par la Dre F._____ ne comprenaient pas de nouvelles pathologies somatiques, cette praticienne se limitant à recommander un suivi médical régulier pour éviter une détérioration de l'état de santé de

l'assuré. Sur le plan psychique, la situation était globalement identique à celle évoquée en son temps par le Dr Q._____, sous réserve de l'abstinence éthylique. Le bilan neuropsychologique, sans tests de validation et sans adaptations eu égard à l'allophonie, ne permettait pas de conclure à une aggravation objective du point de vue mnésique, attentionnel et exécutif, les plaintes corrélatives ayant déjà été relevées par l'expert précité. En définitive, le tableau clinique demeurait inchangé, tandis que la capacité de travail de l'assuré était toujours de 50 % dans une activité adaptée aux limitations précédemment énumérées.

Le 26 avril 2024, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à une nouvelle détermination du degré d'invalidité de l'assuré pour tenir compte des nouvelles dispositions réglementaires entrées en vigueur en 2024. Fixant les revenus sans et avec invalidité sur la base de l'ESS, il a effectué une déduction de 20 % sur le revenu d'invalidité, au vu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le taux d'invalidité de l'assuré se montait dès lors à 60 %.

Par projet de décision du 14 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention d'augmenter la rente à 60 % d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2024, au vu des modifications réglementaires, en dépit d'un état de santé demeuré inchangé depuis la précédente décision d'octroi de rente du 25 août 2022.

L'assuré a contesté le projet précité par correspondance du 10 juin 2024, sollicitant une réévaluation complète de sa situation au vu de ses nombreux problèmes de santé somatiques chroniques, ainsi que des diagnostics psychiques (trouble de la personnalité, dépression sévère et anxiété) retenus dans son cas. Il s'est prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport de la Dre G._____, spécialiste en hématologie, du 24 avril 2024, laquelle retenait le diagnostic de thrombopénie isolée chronique probablement périphérique

par destruction hépatique ou splénique avec une hyperplasie médullaire depuis janvier 2023 ; la pathologie était désormais en amélioration sans nécessité d'un traitement subséquent, à la suite d'une saignée thérapeutique ;

- un rapport de la Dre J. _____ du 11 juin 2024, laquelle relatait une symptomatologie dépressive actuelle sévère, accompagnée de fortes angoisses, d'idées suicidaires et de difficultés à gérer le quotidien ; de l'avis de cette spécialiste, la capacité de travail de l'assuré était nulle.

Sur questions du SMR, la Dre G. _____ a précisé, le 28 août 2024, que l'évolution clinique avait été favorable ; la capacité de travail de l'assuré était, à son avis, de 100 %, sans aucune limitation fonctionnelle en lien avec la pathologie hématologique.

Le SMR a maintenu son appréciation du cas dans un avis du 10 février 2025.

En date du 13 février 2025, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une rente d'invalidité de 60 % d'une rente entière, reprenant les termes de son projet de décision du 14 mai 2024.

E. B. _____ a déféré la décision du 13 février 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par écriture de recours du 11 mars 2025. Il a conclu, implicitement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, arguant de son incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle. Il a exposé que son état de santé s'était « considérablement aggravé », se prévalant, sur le plan psychique, du rapport établi le 11 juin 2024 par la Dre J. _____. Il a par ailleurs fourni un nouveau rapport de la Dre F. _____, daté du 13 mars 2025, aux termes duquel celle-ci constatait une détérioration globale de l'état de santé de son patient. Elle relevait le suivi hématologique depuis 2023, une intervention du registre oto-rhino-laryngologique en janvier 2025 et la

survenance d'une chorioretinopathie séreuse centrale du point de vue ophtalmologique.

Ultérieurement, l'assuré a adressé à la Cour de céans une attestation de la Dre F. _____ du 26 mars 2025, relatant une hospitalisation au Centre hospitalier C. _____ du 20 au 24 mars 2025, durant laquelle avaient été détectées de nouvelles pathologies au niveau du rein droit et de l'aorte cardiaque. Étaient annexés à ce document un rapport de la Dre G. _____ du 26 février 2025, indiquant qu'une nouvelle saignée serait pratiquée pour correction de la thrombopénie diagnostiquée depuis 2023, ainsi que l'ordonnance de médicaments et la lettre de sortie du Centre hospitalier C. _____. Le Service de médecine interne du Centre hospitalier C. _____ retenait comme diagnostic principal, ayant justifié l'hospitalisation de l'assuré, une sepsis à point de départ urinaire, accompagnée d'une prostatite à *escherichia coli*. Le Centre hospitalier C. _____ mentionnait notamment, au titre des diagnostics secondaires nouveaux, une coarctation chronique de l'aorte, un hoquet persistant, une lésion nodulaire corticale du pôle supérieur du rein droit (découverte fortuitement, ne contenant pas toutes les caractéristiques d'un kyste simple et nécessitant un suivi), ainsi qu'une chorioretinopathie séreuse.

L'OAI a répondu au recours le 6 mai 2025 et conclu à son rejet, se référant à un avis du SMR du 22 avril 2025. Ce service retenait que les nouveaux éléments médicaux dont se prévalait l'assuré étaient survenus postérieurement à la décision querellée. La chorioretinopathie séreuse n'était par ailleurs pas documentée, tandis que les aspects urologique et cardiologique nécessitaient des investigations complémentaires.

Le 7 mai 2025, la Cour de céans a réceptionné un nouveau rapport médical de la part de l'assuré, lequel avait été établi le 30 avril 2025 par le Dr D. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie. Ce dernier faisait état des diagnostics d'hyperthyroïdie sur thyroïdite, induite probablement par iode, diagnostiquée en avril 2025, et d'hypogonadisme hypogonadotrope, diagnostiqué en 2018. Un traitement médicamenteux était instauré, ainsi qu'un suivi rapproché.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Bien que succinctement motivé, il respecte les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, fixé à 60 % à la suite de sa demande de révision du 23 août 2023.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure

au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) En l'espèce, le recourant a sollicité la révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 23 août 2023, alléguant une péjoration de son état de santé, notamment sur le plan psychique, dès mai 2023, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer le nouveau droit.

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) 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 %.

5. 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).

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).

6. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision formulée par le recourant le 23 août 2023, compte tenu du rapport établi le 28 novembre 2023 par sa nouvelle psychiatre traitante, la Dre J._____. Le recourant a exposé, ultérieurement, être affecté de nouveaux problèmes somatiques, à savoir de problèmes d'ordre hématologique (thrombopénie), ophtalmologique (choriorétinopathie séreuse), urologique (lésion nodulaire corticale du pôle supérieur du rein droit), cardiologique (coarctation chronique de l'aorte) et endocrinologique (hyperthyroïdie sur thyroïdite ; cf. rapports des 24 avril 2024 et 26 février 2025 de la Dre G._____, lettre de sortie non datée à la suite de l'hospitalisation au sein du Centre hospitalier C._____ du 20 au 24 mars 2025 et rapport du 30 avril 2025 du Dr D._____). Il s'est également prévalu du rapport d'évaluation neuropsychologique du 28 novembre 2023 du Centre R._____ parvenu à l'intimé le 16 février 2024.

L'intimé s'est, pour sa part, fondé sur les différents avis émis par le SMR pour considérer que les pièces produites par le recourant ne faisaient pas état d'une péjoration durable de son état de santé, à tout le moins jusqu'à l'hospitalisation au sein du Centre hospitalier C._____, postérieure à la décision querellée (cf. avis du SMR des 10 février et 22 avril 2025).

b) Il convient d'examiner si les nouvelles pièces médicales versées au dossier du recourant justifient de retenir une altération significative de son état de santé depuis la précédente décision au fond, rendue le 25 août 2022, ainsi que, cas échéant, une diminution de sa capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles supplémentaires. On rappellera qu'il est incontesté que le recourant n'est plus en mesure, de longue date, d'exercer son activité lucrative habituelle de poseurs de sols (cf. à cet égard : rapport du Dr M._____, du 22 août 2014 et décision de l'intimé du 21 novembre 2017).

7. a) Pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

8. a) Le volet psychiatrique du cas du recourant a été analysé dans le contexte de deux expertises, la première réalisée en 2017 par la Dre N._____ et la seconde en 2022 par le Dr Q._____. L'intimé s'est basé sur le rapport de ce dernier, daté du 8 février 2022 pour retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. L'expert avait pris en considération les diagnostics incapacitants d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques entre février et décembre 2021, suivi d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2021. Il retenait une capacité de travail restreinte à 50 % dans une activité adaptée, exempte de confrontations avec des boissons alcoolisées et correspondant à l'état de santé somatique (cf. rapport d'expertise du Dr Q._____ du 8 février 2022, p. 50). L'expert avait pris en compte une aggravation plausible depuis février 2020, ce qui avait justifié l'hospitalisation en psychiatrie avec un épisode dépressif sévère. La situation s'était améliorée dès janvier 2021, selon l'anamnèse, au vu de l'examen clinique et des activités possibles durant une journée-type (courses, préparation des repas et vacances). Un état dépressif moyen était constaté depuis lors. L'expert s'étonnait de l'absence de suivi psychiatrique hebdomadaire et d'adaptation du traitement antidépresseur. Il relevait que le recourant décrivait des avantages asséurologiques faute de motivation à reprendre une activité professionnelle après une longue période d'inactivité. L'expert préconisait une nouvelle évaluation à une échéance de six mois avec, notamment, une évaluation

neuropsychologique avec validation des symptômes (cf. ibidem, p. 48 et 51).

b) A l'appui de la révision de son droit à la rente, le recourant s'est prévalu des rapports de sa nouvelle psychiatre traitante, la Dre J._____, des 28 novembre 2023 et 11 juin 2024, ainsi que du rapport d'évaluation neuropsychologique rédigé le 28 novembre 2023 au sein du Centre R._____. La Dre J._____ a fait état de l'absence d'évolution de l'état psychique du recourant, en dépit de la mise en œuvre des recommandations de l'expert Q._____. Le recourant continuait à souffrir de tristesse persistante, de fatigue psychique et physique, d'isolement social, d'une faible estime de soi et d'un sentiment d'échec. Etaient relevées des ruminations anxieuses envahissantes et des difficultés à envisager l'avenir, accompagnées d'un pessimisme constant et d'idées suicidaires occasionnelles, malgré l'abstinence à l'alcool. La symptomatologie anxio-dépressive était qualifiée de « majoritairement modérée ou sévère » (cf. rapport de la Dre J._____ du 28 novembre 2023). Sur le plan neuropsychologique, le rapport d'évaluation corrélatif a permis de conclure à des déficits cognitifs caractérisés au niveau mnésique, exécutif et attentionnel chez un patient très fatigable. Certains résultats pouvaient être en lien avec son allophonie (cf. rapport d'évaluation du Centre R._____ du 28 novembre 2023). Le 11 juin 2024, la Dre J._____ a relevé que le recourant présentait des épisodes dépressifs sévères ; tel était le cas à la date de son rapport, en plus de la présence de fortes angoisses, d'idées suicidaires et de difficultés à gérer le quotidien. L'état de santé psychique s'était récemment détérioré dans le contexte de conflits familiaux (cf. rapport de la Dre J._____ du 11 juin 2024).

c) Quoiqu'il soutienne l'intimé, respectivement le SMR dans ses différents avis, si les diagnostics retenus par la Dre J._____ sont globalement superposables à ceux évoqués en son temps par le Dr G._____, on ne saurait exclure d'emblée une modification du tableau clinique depuis la réalisation de l'expertise de ce dernier. On observe, en l'état, que les recommandations de l'expert n'ont pas eu l'effet bénéfique

escompté, sans toutefois pouvoir déterminer si et depuis quand une aggravation durable de la situation devrait être retenue. Faute d'avis d'expert sur le plan psychique et neuropsychologique, il n'est pas possible pour la Cour de céans de se prononcer sur la survenance d'un motif de révision depuis août 2022 dans ce registre, ni d'en déterminer un éventuel impact en termes de capacité résiduelle de travail et de limitations fonctionnelles.

9. a) Du point de vue somatique, le recourant se prévaut de toute une palette de problèmes de santé, touchant les registres pulmonaire, cardiologique, hématologique, ophtalmologique, urologique et endocrinologique. Une parties de ces problématiques ont été énumérées par la Dre F._____ dans son attestation du 14 juillet 2023. Cela étant, la plupart des atteintes à la santé relatées dans ce document étaient déjà connues de l'intimé à la date de la précédente décision au fond du 25 août 2022, notamment sur les plans pulmonaire, cardiologique et métabolique. Du point de vue des crises de goutte, on retient que le Dr S._____ a relevé leur survenance à compter d'octobre 2021, dans son rapport du 11 octobre 2022. Il n'a toutefois fait état d'aucune incidence de cette problématique en termes de capacité de travail ou de restrictions fonctionnelles, s'étant limité à instaurer un traitement et à recommander des mesures diététiques (cf. rapport du Dr S._____ du 11 octobre 2022).

b) S'agissant de l'aspect hématologique, on retient que le recourant souffre d'une thrombopénie, prise en charge par la Dre G._____, laquelle a mis en œuvre un traitement médicamenteux et des saignées. Cette spécialiste a eu l'occasion de répondre aux questions de l'intimé le 28 août 2024, ne mentionnant aucune restriction de la capacité de travail du recourant, ni aucune limitation fonctionnelle dans sa sphère de compétences (cf. rapport du 24 avril 2024 et réponses du 28 août 2024, communiqués par la Dre G._____). Au stade de la présente procédure, le recourant s'est prévalu d'un rapport subséquent de la Dre G._____, laquelle envisageait une nouvelle saignée pour corriger à nouveau la thrombopénie connue dans son cas (cf. rapport de la Dre

G._____ du 26 février 2025). Quoiqu'il soutienne le recourant dans ce contexte, on ne voit pas que sa situation hématologique se soit altérée durablement. Les mesures thérapeutiques devant être réitérées ont eu par le passé un effet correcteur, de sorte qu'on ne voit aucune raison de douter, en l'état du dossier, de la stabilisation de sa situation grâce à la prise en charge spécialisée assurée par la Dre G._____. Au demeurant, les mesures envisagées à l'issue du rapport du 26 février 2025 sont de toute façon postérieures à la décision querellée.

10. a) De nouvelles atteintes à la santé des registres ophtalmologique, cardiologique et urologique sont documentées au dossier du recourant, à la suite de son hospitalisation au sein du Centre hospitalier C._____ du 20 au 24 mars 2025. En particulier, le Centre hospitalier C._____ a relevé une coarctation chronique de l'aorte, pour laquelle un avis spécialisé de chirurgie était requis. A également été observé une lésion nodulaire du rein droit, nécessitant un suivi. Le Centre hospitalier C._____ a par ailleurs, entre autres diagnostics secondaires, mentionné une chorioretinopathie séreuse (cf. lettre de sortie de cet établissement). On ajoutera qu'une affection endocrinologique (hyperthyroïdie sur thyroïdite) a été relatée et prise en charge par le Dr D._____ selon son rapport du 30 avril 2025.

b) L'intimé, respectivement le SMR dans son avis du 22 avril 2025, a considéré que ces nouveaux diagnostics étaient postérieurs à la décision litigieuse, singulièrement que des précisions médicales faisaient défaut sur ces pathologies. Ces constats ne permettent toutefois pas d'exclure d'emblée tout impact de ces affections antérieurement à la date du 13 février 2025 (décision litigieuse). Faute d'investigations complémentaires, il apparaît ainsi prématuré de considérer que l'état de santé du recourant est demeuré inchangé jusqu'au 13 février 2025. Il n'est donc pas possible de suivre la position communiquée par le SMR, en l'absence de tableau clinique global clair du cas du recourant entre la précédente décision au fond et la décision querellée.

c) Au vu de la constellation de problématiques affectant le recourant, il manque manifestement une évaluation consensuelle spécialisée de son cas, laquelle permettrait de déterminer l'évolution de son état de santé depuis le mois d'août 2022, ainsi que l'incidence des nouvelles atteintes à la santé sur sa capacité de travail résiduelle et sur ses limitations fonctionnelles. Il est donc prématuré de se prononcer sur la réalisation ou non d'un motif de révision à la date de la décision litigieuse.

11. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une

question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera d'actualiser les pièces médicales en sollicitant des rapports auprès de l'ensemble des médecins spécialistes assurant le suivi du recourant. Il s'agira ensuite, pour l'intimé, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire du recourant, conforme aux exigences de l'art. 44 LPGa. Dite expertise sera destinée à clarifier le tableau clinique présenté par le recourant depuis août 2022, à déterminer si une aggravation durable de son état de santé est ou non survenue et à statuer sur sa capacité résiduelle de travail. Les experts devront également procéder, si besoin, à l'actualisation des restrictions fonctionnelles du recourant. Cette expertise comprendra, à tout le moins, des volets cardiologique, urologique et psychiatrique, ainsi qu'au besoin une évaluation hématologique, ophtalmologique et endocrinologique, en fonction des informations fournies par les spécialistes traitants du recourant, étant ici expressément réservée la faculté d'associer toute autre spécialité médicale jugée opportune.

12. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Enfin, n'étant pas représenté par un mandataire professionnel, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGa).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :