

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourant, représenté par Me Lionel Ducret, avocat à
Vevey,

et

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

Art. 87 RAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié et père de deux enfants, titulaire d'un CFC d'employé de commerce, a déposé le 24 février 2021 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon le questionnaire complété par son employeur le 17 mars 2021, l'assuré - engagé en 1987 - avait été employé en qualité d'[...] jusqu'au 31 mars 2021 et travaillait comme [...] depuis le 1^{er} avril 2021, activité qui demandait moins de leadership.

Dans un rapport du 15 juillet 2021, le Dr E._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur persistant moyen depuis 2014, ainsi que de discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7 avec hernies discales et troubles névralgiques.

Le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble neuropsychologique. Il a estimé que la capacité de travail dans une activité d'[...] était de 50 % en janvier 2021, puis de 60 % depuis février 2021, et que ses limitations fonctionnelles étaient liées au ralentissement psychomoteur, aux troubles de la concentration, de l'attention et de mémoire, ainsi qu'à sa capacité d'adaptation limitée. Il a précisé que, pour maintenir son travail, l'assuré avait été obligé de modifier ses tâches professionnelles et de renoncer à son poste d'[...] chef pour occuper un poste d'[...] ordinaire (rapport des 15 juillet 2021, 30 décembre 2021 et 22 avril 2022). Il a transmis un rapport du 8 octobre 2020 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, et du neuropsychologue F._____, qui ont constaté un trouble neuropsychologique léger, correspondant à une incapacité de travail de 10 à 30 %.

Dans un rapport du 26 décembre 2022, le Dr E._____ a mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assuré, avec une fatigabilité, une tendance à l'épuisement rapide, des troubles de la concentration et de la mémorisation. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif chronifié marqué à sévère et de très probable syndrome d'apnée du sommeil, lequel était en investigation. L'assuré présentait en outre une hyperuricémie avec une crise de goutte récente. Le médecin traitant a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, avec la nécessité de se reposer chaque jour.

Dans un courriel du 15 janvier 2023, l'assuré a communiqué à l'OAI qu'il travaillait à 50 % depuis le 2 novembre 2022 avec un rendement de 50 %, ce qui correspondait à un taux de productivité de 25 %.

Dans un rapport du 17 février 2023, le Dr G._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a confirmé l'existence d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyen, lequel ne constituait en principe pas un motif d'incapacité de travail, sauf pour une profession avec des horaires de nuit.

Dans un rapport du 24 février 2023, le Dr C._____ a indiqué que l'évolution était défavorable. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble neuropsychologique, d'épuisement professionnel (burn-out) et d'anxiété généralisée. La capacité de travail de l'assuré était de 50 % depuis le 1^{er} décembre 2022.

La Dre J._____, nouvelle médecin généraliste traitante de l'assuré, a posé, dans son rapport du 9 mars 2023, les diagnostics d'épisode dépressif chronique moyen à sévère, de trouble du sommeil et somnolence diurne, de cervicarthrose et discopathies dégénératives et d'apnée du sommeil de degré moyen. Elle a indiqué que l'assuré travaillait à 50 % de son taux de travail de 50 %. Ses limitations fonctionnelles étaient une grande fatigue générale avec un épuisement professionnel, des troubles de

la concentration et un ralentissement psychomoteur dans un contexte de dépression et d'anxiété majeures, ainsi qu'une somnolence diurne en lien avec une thymie abaissée.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise a été mise en œuvre auprès du L._____ (ci-après : L._____) et confiée aux Drs M._____, spécialiste en médecine interne, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a été complétée par un examen de neuropsychologie réalisé par H._____. Dans leur rapport du 16 octobre 2023, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant d'état dépressif, épisode actuel moyen (F32.1) et les diagnostics non incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1), d'obésité de stade 1 avec index de masse corporelle à 34,15 kg/m², d'hypertension artérielle, de goutte, de syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen appareillé, de rhino-conjonctivite allergique saisonnière, de cervicarthrose et discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7 avec hernies discales et status post-infiltration en 2015, de status post urolithiase droite en 2018 et de status post ablation de matériel d'ostéosynthèse et réduction ouverte et ostéosynthèse après fracture de la malléole externe gauche en 2005. Ils ont considéré que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré avait toujours été de 100 % sur le plan somatique et que, sur le plan psychique, elle avait été nulle de juin 2020 à janvier 2021, de 60 % de février 2021 à novembre 2022, puis de 50 % dès novembre 2022. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % sur le plan somatique et était de 60 % au niveau psychique depuis février 2021, dans une activité simple d'employé de commerce, avec des tâches répétitives, sans stress, avec des pauses régulières et durant maximum 5 heures par jour. Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigue, aux troubles cognitifs et à l'intolérance au stress. Sur le plan de la médecine interne, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en tant que telles, mais le Dr M._____ a évoqué l'éviction d'activités nécessitant des travaux en hauteur ou des ports de charge fréquents, ainsi que l'éviction du travail de nuit, limitations qui étaient respectées dans l'activité habituelle.

Par décisions des 14 mai 2024 et 17 février 2025, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2021, puis une rente d'invalidité de 54 % à partir du 1^{er} juin 2024. Il a retenu que la capacité de travail médicalement exigible de la part du recourant dans son activité d'[...] était de 60 % dès février 2021, puis de 50 % dès novembre 2022. Il a fixé le revenu sans invalidité de l'assuré sur la base du salaire qu'il touchait comme [...] chef, à savoir 108'481 fr. en 2021 selon le rapport de l'employeur du 16 mars 2021, et a calculé le revenu d'invalidité au prorata du salaire fixé pour le poste d'[...] que l'assuré occupait désormais, tel qu'il ressortait de l'avenant au contrat signé le 12 mars 2021, soit 99'547 francs.

Le recours interjeté par l'assuré le 14 juin 2024 contre la décision du 14 mai 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été rejeté par arrêt du 6 mars 2025 (cause ZD24.*** - AI 176/24 - 66/2025). Une pleine valeur probante a été reconnue à l'expertise du L._____ (consid. 6 de l'arrêt) et les calculs du degré d'invalidité ont été confirmés (consid. 7 de l'arrêt).

B. Par courrier du 29 novembre 2024 adressé à l'OAI, le Dr C._____ a fait savoir que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé en raison d'une rechute dépressive avec la nécessité d'un arrêt de travail à 100 % dès le 31 octobre 2024. Il a également mentionné que des investigations effectuées au CHUV (rapport du Dr BB._____ du 10 novembre 2024) avaient mis en évidence des troubles importants du sommeil, qui étaient handicapants dans la vie quotidienne et professionnelle de l'assuré.

Dans un rapport du 22 janvier 2025, le Dr C._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes psychotiques (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble de sommeil avec un trouble respiratoire au cours du sommeil et de trouble neuropsychologique. L'assuré présentait depuis l'automne 2024 une rechute dépressive et une anxiété généralisée. Il se plaignait d'une aggravation des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Le Dr C._____ a fait état d'une humeur dépressive, d'une

anxiété généralisée dès le réveil avec une inhibition psychomotrice, d'une diminution importante de l'intérêt et du plaisir pour toutes les activités sociales avec des moments d'isolement, d'une sensation de fatigue et de perte d'énergie, d'idées de culpabilité, de honte, d'idées de dévalorisation et de ruminations. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % en toutes activités. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« Les limitations sont liées au ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, de l'attention et de mémoire. Il présente des symptômes dépressifs et anxieux. Il est fatigué et n'a pas d'énergie nécessaire pour accomplir des tâches professionnelles et sociales. Il dort beaucoup pendant la nuit et la journée. Son sommeil n'est pas récupérateur. Sa capacité d'adaptation est diminuée. »

Dans le compte rendu de la permanence du 18 mars 2025, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical en faveur d'une aggravation significative et durable de l'état de santé.

Par projet de décision du 21 mars 2025, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement depuis la décision du 14 mai 2024.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 17 avril 2025. Il a fait savoir qu'il dormait jusqu'à 14 heures par nuit et devait, en plus, faire des siestes l'après-midi, que son hypersomnolence récurrente et son trouble respiratoire sévère avaient été confirmés par des examens, que l'appareillage par pression positive continue (ci-après : CPAP) n'avait eu aucun effet sur la qualité de son sommeil et que le Dr BC._____, spécialiste en endocrinologie, avait qualifié ses résultats de catastrophiques. Il a indiqué qu'après huit mois d'observation, son employeur avait considéré qu'il ne répondait plus aux exigences et ne remplissait plus les conditions du cahier des charges, que sa caisse de pension avait reconnu son incapacité de 100 % dès le 1^{er} avril 2025, ce qui avait conduit son employeur à mettre fin aux rapports de travail au 31 mars 2025. Il a transmis une photographie des médicaments qu'il prenait et les résultats liés à sa masse musculaire et grasseuse.

Le 29 avril 2025, l'assuré a transmis à l'OAI le rapport que le Dr C._____ avait adressé à sa caisse de pension le 3 janvier 2025, qui reprenait pour l'essentiel les éléments figurant dans ses rapports des 29 novembre 2024 et 22 janvier 2025. Il a également fait parvenir le rapport du Dr BB._____ du 11 mars 2025, qui recommandait un changement d'appareillage pour le trouble respiratoire du sommeil et envisageait l'introduction d'une médication si la plainte de durée de sommeil trop longue et de somnolence diurne excessive persistait à l'avenir.

Dans un rapport du 13 mai 2025, le Dr G._____ a indiqué que le traitement sur le trouble respiratoire du sommeil était efficace et qu'il appartenait aux spécialistes de la médecine du sommeil de se prononcer sur une incapacité de travail en lien avec les plaintes de somnolence diurne excessive.

Dans un rapport du 23 mai 2025, le Dr C._____ a réitéré que l'assuré présentait une rechute dépressive importante depuis plusieurs mois et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble du sommeil avec trouble respiratoire et de trouble neuropsychologique. Il a indiqué avoir observé continuellement chez l'assuré tous les critères et symptômes de la dépression. Celui-ci était en arrêt de travail à 100 % depuis le 31 octobre 2024 et la fin des rapports de travail avait été prononcée pour le 1^{er} avril 2025. Sur le plan cognitif, l'assuré se plaignait d'une aggravation des troubles de l'attention, de concentration et de mémoire, constatait un ralentissement de ses pensées et oubliait et cherchait ses mots. Il semblait nécessaire au psychiatre traitant que l'assuré puisse obtenir des prestations rentières à 100 % pour améliorer sa condition de vie et sa santé.

Dans un rapport du 30 mai 2025, la Dre J._____ a indiqué que l'assuré n'avait aucune capacité de travail dans un travail adapté au vu de son hypersomnolence péjorée par des troubles cognitifs légers, que la reprise d'une activité lucrative semblait exclue au vu de ses troubles psychiatriques, somatiques et neuropsychologiques, qui étaient handicapants dans sa vie quotidienne personnelle et professionnelle. Elle a

fait savoir que l'introduction d'un traitement médicamenteux pour la fatigue était envisagée et qu'un bilan cardiaque était en cours en raison de douleurs de type angineuses. Outre des rapports figurant déjà au dossier, elle a transmis le rapport du 9 avril 2025 du Dr BC. _____ en lien avec l'obésité et les troubles métaboliques de l'assuré.

Dans un avis du 2 juillet 2025, le SMR a estimé que les éléments médicaux apportés ne rendaient pas plausible une possible aggravation de l'état de santé, étant donné que l'hypersomnolence et les troubles cognitifs étaient connus de longue date et avaient été pris en compte dans la décision du 14 mai 2024. Il a donc proposé, du point de vue médical, de ne pas entrer en matière.

Par décision du 29 juillet 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement.

Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a repris les conclusions du SMR.

C. Par acte de son mandataire du 15 septembre 2025, B. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il est admis que sa situation s'est notablement modifiée depuis la dernière fixation de sa rente, que sa capacité de travail est désormais nulle et qu'il a droit à une rente entière compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, et plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir que son état de santé s'était notablement aggravé sur le plan de la fatigue, au vu de la persistance, malgré l'appareillage dont il bénéficiait, d'une fragmentation du sommeil, d'une hypoxémie nocturne et d'un manque de sommeil profond, comme cela ressortait du rapport du Dr BB. _____ du 11 mars 2025, et que cette fatigue avait influé sur ses difficultés de mémorisation, ses troubles de

concentration et d'attention, relevant également qu'un ralentissement psychomoteur était désormais retenu par ses médecins. Il a indiqué que les rapports mettant en évidence l'hypersomnolence et le trouble respiratoire sévère n'avaient pas pu être pris en considération par les experts du L._____ et que, si le diagnostic d'apnée du sommeil était déjà connu, ses conséquences s'étaient aggravées et avaient péjoré sa capacité de travail. Il a relevé que son trouble dépressif était désormais sévère comme cela ressortait des rapports du Dr C._____ et que l'aggravation de sa dépression pouvait d'ailleurs être mise en lien avec la fin de ses rapports de travail, intervenue en raison de son état de santé le 1^{er} avril 2025, soit postérieurement à la dernière décision rendue par l'OAI. Il s'est prévalu du courriel du 23 mai 2025 du responsable en réinsertion professionnelle qui l'accompagnait, qui indiquait que son état de santé s'était dégradé tout au long de son accompagnement, que l'allègement des responsabilités professionnelles et la réduction de son taux d'activité à 25 % ne lui avaient pas permis de poursuivre son activité dans de bonnes conditions et qu'il avait été constaté que, malgré sa bonne volonté, il ne parvenait plus à répondre aux exigences de l'employeur en termes de productivité, lequel avait sollicité une réévaluation de son cas auprès de la caisse de pension. L'assuré était d'avis que son incapacité de travail était totale en toutes activités. Il a également invoqué qu'il y avait lieu d'entrer en matière sur sa demande au vu des répercussions importantes que son état de santé avait eues sur sa capacité de gain, avec son arrêt à 100 % et l'interruption de tout salaire. A titre subsidiaire, il a considéré qu'on pouvait tout au plus retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % avec une réduction de rendement de 30 % compte tenu de ses pertes de mémoire et difficultés de concentration, lesquelles nécessitaient des pauses régulières, si bien que seul un emploi dans des ateliers protégés semblait envisageable et qu'en tous les cas, son degré d'invalidité était de 75 % et donnait droit à une rente entière, selon le calcul qu'il a mis en avant. Il était d'avis qu'une pleine valeur probante devait être reconnue aux rapports de ses médecins traitants.

Dans sa réponse du 6 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis du SMR du 2 juillet 2025 et a notamment

relevé que le psychiatre traitant indiquait une incapacité de travail de 100 % depuis le 31 octobre 2024, qui était en lien avec la fin du rapport de travail prévue au 1^{er} avril 2025 et non avec une aggravation de l'état de santé.

Par réplique du 13 février 2026, l'assuré a précisé que ce n'était pas l'aggravation des troubles neurocognitifs qui fondait sa nouvelle demande, mais bien celle des troubles psychiatriques et que, si l'hypersomnolence était connue de longue date, les troubles respiratoires du sommeil avaient été mis en évidence en automne 2024. Il a souligné que l'annonce de la fin de son activité était intervenue postérieurement à l'aggravation de son état de santé, de sorte qu'elle ne pouvait en être la cause. Il a exposé que son employeur avait mis fin à son activité en application des dispositions légales applicables, compte tenu de la décision de la caisse de pensions de le mettre au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2025.

Dans sa duplique du 19 mars 2026, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a transmis un avis du SMR du 18 mars 2026, qui maintenait sa position et estimait que le recours n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs, en faisant exclusion des facteurs extra médicaux et des difficultés de l'assuré avec son ancien employeur, avec un sentiment d'injustice.

En droit :

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

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par le recourant le 29 novembre 2024, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de sa situation depuis les décisions des 14 mai 2024 et 17 février 2025, entrées en force. Dans la mesure où le litige ne porte que sur la question de l'entrée en matière sur l'examen de la demande de révision, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente entière sont, à ce stade, irrecevables.

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). Dans la mesure où l'assuré était âgé de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022

et qu'il se prévaut d'une aggravation de son état de santé qui serait intervenue en automne 2024, il convient d'appliquer les dispositions en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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).

Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26bis al. 1 RAI). Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 1 et 2 RAI).

c) 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) (art. 17 al. 1 LPGA).

d) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

e) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

4. a) En l'occurrence, le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé en raison des troubles respiratoires du sommeil mis en évidence en automne 2024. Il apparaît cependant que cette atteinte était connue puisqu'une polygraphie nocturne avait déjà été effectuée fin 2022, laquelle avait montré un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyen, qui ne constituait pas un motif d'incapacité de travail selon

le Dr G._____ (rapport du 17 février 2023). Les experts du L._____ avaient connaissance de cette problématique, ainsi que du fait que l'appareillage mis en place se révélait peu efficace et que le sommeil de l'assuré était de mauvaise qualité (rapport d'expertise pp. 11-12, 19 et 23). Ils ont retenu un diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen appareillé (expertise p. 17) et ont estimé, à l'instar du Dr G._____, que ce trouble n'était pas incapacitant (expertise pp. 7 et 17). On peut encore préciser que le nouvel appareillage mis en place pour le traitement des apnées du sommeil s'est révélé efficace (rapport du Dr G._____ du 13 mai 2025), même s'il n'a pas permis d'atténuer les plaintes de somnolence diurne.

Le recourant présente en effet des problèmes d'hypersomnolence. Il reconnaît, dans sa réplique, que ceux-ci sont connus de longue date. Il ressort à cet égard du rapport du Dr BB._____ du 10 novembre 2024, produit à l'appui de la demande de révision, que l'existence de l'hypersomnolence avait été objectivée en 2023 déjà, soit avant les décisions dont la révision est demandée. Les experts du L._____ en avaient connaissance et ont tenu compte de la fatigue et de l'hypersomnolence de l'assuré dans l'appréciation qu'ils ont faite de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles (expertise pp. 9, 22 et 34).

Le recourant fait en outre valoir une péjoration de son état de santé sur le plan psychique. Le Dr C._____ atteste l'existence d'une rechute dépressive en automne 2024 avec la nécessité d'un arrêt de travail à 100 % dès le 31 octobre 2024 alors qu'il avait estimé, jusque-là, que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % (rapport du 24 février 2023). S'il a, dans un premier temps, maintenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen (rapport du 22 janvier 2025), il a ensuite mentionné l'existence d'un épisode sévère dans son rapport du 23 mai 2025, en relevant qu'il avait observé chez l'assuré tous les critères et symptômes de la dépression. Il a fait état d'une humeur dépressive, d'une anxiété généralisée dès le réveil avec une inhibition psychomotrice, d'une diminution importante de l'intérêt et du plaisir pour toutes les activités

sociales avec des moments d'isolement, d'une sensation de fatigue et de perte d'énergie, d'idées de culpabilité, de honte, d'idées de dévalorisation et de ruminations. Le psychiatre traitant a mentionné en outre que l'assuré se plaignait d'une aggravation des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Il a par ailleurs repris les diagnostics, déjà connus, d'anxiété généralisée, de trouble de sommeil avec un trouble respiratoire au cours du sommeil et de trouble neuropsychologique.

Dans son avis du 2 juillet 2025, le SMR a retenu que les limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant étaient essentiellement d'ordre neuro-cognitives et liées à la fatigue, et que ces éléments avaient été pris en compte par les experts dans la définition de la capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle comprenait une baisse de rendement et était fixée à 60 %. Il a rappelé que l'assuré avait eu plusieurs bilans neuropsychologiques, qui avaient conclu à un trouble de degré léger.

De son côté, la Dre J. _____ a estimé, dans son rapport du 30 mai 2025, que l'assuré n'avait plus aucune capacité de travail dans un travail adapté au vu de son hypersomnolence péjorée par des troubles cognitifs légers et que la reprise d'une activité lucrative semblait exclue au vu de ses troubles psychiatriques, somatiques et neuropsychologiques, qui étaient handicapants dans sa vie quotidienne personnelle et professionnelle.

b) Comme le relève le recourant, le SMR mentionne de manière erronée que l'incapacité de travail de 100 % résulte de la fin des rapports de travail du recourant, ce qui est chronologiquement erroné puisque l'arrêt de travail remonte au 31 octobre 2024 alors que le contrat de travail de l'assuré a été résilié le 3 mars 2025 pour le 31 mars 2025. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un courriel du 23 mai 2025 du responsable en réinsertion professionnelle qui l'avait accompagné. Celui-ci confirme que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé tout au long de son accompagnement et que, malgré toutes les mesures mises en place, aucune solution n'avait permis de lui permettre de poursuivre son activité

dans de bonnes conditions. Cela a eu pour conséquence que son employeur a demandé une réévaluation de sa situation auprès de la caisse de pension, au motif qu'il n'était plus en capacité d'exercer sa fonction, en termes de productivité, malgré sa bonne volonté. Il ressort de la lettre de résiliation au dossier que celle-ci est intervenue, selon les dispositions légales applicables, du fait que la caisse de pension a mis l'assuré, par courrier du 17 février 2025, au bénéfice d'une pension d'invalidité définitive totale à partir du 1^{er} avril 2025.

c) Il est vrai, comme le retient le SMR, que les éléments qui ressortent des rapports du Dr C._____ étaient connus et ont été pris en compte par les experts du L._____, notamment pour ce qui concerne les limitations neuro-cognitives et liées à la fatigue (expertise p. 34). Le Dr C._____ faisait en outre déjà état d'un ralentissement psychomoteur, lequel n'a toutefois pas été retrouvé par l'expert psychiatre du L._____ (expertise p. 31). Cela étant, il ressort des rapports du Dr C._____ que le recourant se plaint d'une aggravation des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, ainsi que d'un ralentissement de ses pensées. Il s'agit, certes, de plaintes subjectives, lesquelles n'ont – en l'état du moins – pas été objectivées, en l'absence de la réalisation d'un nouveau bilan neuropsychologique, le dernier datant de 2023 (rapports du Dr C._____ des 22 janvier et 23 mai 2025). Il convient cependant de relever que le psychiatre traitant, qui suit l'assuré depuis 2020 et qui avait jusque-là toujours conclu à l'existence d'une capacité de travail de l'ordre de 50 à 60 % (rapports des 15 juillet 2021, 30 décembre 2021, 22 avril 2022 et 24 février 2023), atteste désormais d'une capacité de travail nulle dès le 31 octobre 2024 dans le contexte d'une rechute dépressive (rapports des 29 novembre 2024, 22 janvier et 23 mai 2025). A cela s'ajoute que le recourant a montré de plus en plus de difficultés à répondre aux exigences de son poste, malgré sa bonne volonté et les mesures mises en place, ce qui a conduit son employeur à demander une réévaluation de sa situation auprès de la caisse de pension, au motif qu'il n'était plus en capacité d'exercer sa fonction, comme cela est attesté par le conseiller en réinsertion qui l'a suivi (courriel du 23 mai 2025). L'ensemble de ces éléments permet de rendre

plausible une aggravation de l'état santé de l'assuré, bien qu'il s'agisse d'un cas limite.

d) Il convient par ailleurs de souligner que l'intimé, dans ses décisions des 14 mai 2024 et 17 février 2025, a calculé le degré d'invalidité du recourant sur la base du revenu qu'il percevait effectivement dans son poste d'[...]. Or cet emploi a désormais pris fin, ce qui constitue un changement de circonstances propre à fonder une révision, puisque le calcul du degré d'invalidité doit désormais se faire sur la base de valeurs statistiques (ATF 133 V 545 consid. 7.1 ; TF 8C_790/2021 du 7 avril 2022 consid. 2.2 et 4.1 ; TF 8C_80/2014 du 11 juillet 2014 consid. 3.4.1 ; TF 9C_325/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.3). Pour cette raison également, la décision de non-entrée en matière de l'OAI doit être annulée et la cause être renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière et examine la demande de révision du recourant.

5. a) Le recours est par conséquent admis et la décision litigieuse annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour examen de la demande de révision du recourant, puis nouvelle décision au sens des considérants.

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 la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 29 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de révision déposée par B._____, procède à son instruction puis rende une nouvelle décision.
- 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 B._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Lionel Ducret, pour B. _____,
- OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :