

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat, juge, et Mme Hempel-Bruder, asesseure
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à R***, recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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

En fait :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en ***, est marié et père d'un fils adulte. Etabli en Suisse depuis de nombreuses années, cordonnier de formation, l'assuré travaillait depuis le 17 janvier 2005 comme nettoyeur, à plein temps, au service de la société D._____ SA.

Le 14 octobre 2011, l'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ponto-thalamique droit, puis, le 24 avril 2012, d'un épisode neurologique transitoire.

C._____ a déposé, le 29 août 2012, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des séquelles traumatiques de l'AVC.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli le dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré, ainsi que des renseignements auprès des médecins consultés par ce dernier (rapports des 15 février, 13 août et 19 octobre 2012 du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV ; rapport du 16 octobre 2012 du Dr F._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 31 janvier 2013 de la Consultation spécialisée des G._____ CHUV ; rapport du 18 avril 2013 du Dr J._____, spécialiste en neurologie). Ensuite, l'OAI a interpellé le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), lequel a rendu un avis le 22 juillet 2013.

Par décision du 11 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son état de santé s'était amélioré, au point qu'il avait pu reprendre son activité à 65 %, puis au taux contractuel depuis le 2 avril 2013, si bien qu'il ne subissait plus aucun préjudice économique, au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente.

b) Le 3 janvier 2023, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI en faisant valoir une péjoration de son état de santé depuis septembre 2022, en raison de l'aggravation des séquelles de l'AVC subi en 2011.

Dans un rapport du 31 janvier 2023, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a indiqué que son patient avait souffert d'AVC en 2011, 2012 et 2016 dont les séquelles s'étaient aggravées au cours des dernières années (avec une dysarthrie, des troubles de la motricité fine de la main droite, des difficultés d'écriture, une fatigabilité, des troubles de la mémoire, de même que de l'équilibre), justifiant la reprise d'un suivi neurologique. Depuis le mois d'octobre 2022, il présentait également une exacerbation de lombalgies (discopathie L5-S1 avec remaniements inflammatoires et sténose foraminale en conflit de la racine L5 gauche, arthrose facettaire lombaire étagée en L4-L5 gauche et bursites interépineuses étagées) qui limitait fortement la marche, le port de charges, ainsi que toute autre activité dans la profession de concierge. Enfin, l'assuré présentait un épisode dépressif moyen pour lequel il bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychiatrique. L'incapacité de travail était totale mais une récupération partielle de certaines fonctions était espérée.

Le 8 février 2023, l'OAI s'est vu remettre une copie du dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré. Dans un rapport du 19 décembre 2022, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif, de discopathie L5-S1 avec sténose foraminale en conflit de la racine L5 gauche, d'arthrose facettaire lombaire et de bursites (sur la base d'une IRM lombaire du 30 novembre 2022). Ce médecin évaluait l'incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle. L'évolution était incertaine, dans l'attente des résultats d'une infiltration prévue le 17 janvier 2023, d'un rendez-vous avec un psychiatre au mois de mars 2023, et d'un suivi rhumatologique avec physiothérapie spécialisée à organiser.

Dans un rapport du 21 février 2023, la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle suivait l'assuré depuis le 27 janvier 2023, a posé le diagnostic – ayant une incidence sur la capacité de travail – d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1), depuis août 2022, à l'origine d'une incapacité totale de travailler. Selon ce médecin, l'assuré présentait un ralentissement psychomoteur très important, une faible capacité d'adaptation, un risque de péjoration de l'état dépressif (pleurs et incapacité de gestion des émotions) et d'erreurs, avec incapacité de planification, de gestion du temps et des activités.

Dans un rapport du 2 mai 2023, la Dre K._____ a posé les diagnostics d'encéphalopathie d'origine mixte (associée à des lombalgies sur troubles dégénératifs et conflit de la racine L5 gauche) et d'épisode dépressif moyen à sévère. Elle évaluait la capacité de travail comme nulle depuis le 22 septembre 2022 dans toute activité, avec la précision que les séquelles neurologiques étaient probablement irréversibles. Les limitations fonctionnelles concernaient la mobilisation de la force et de l'équilibre, la station debout prolongée ainsi que les capacités cognitives. En annexe à ce rapport, figurait notamment un rapport de consultation du 21 mars 2023 du Dr F._____, spécialiste en neurologie, lequel était d'avis que le tableau clinique évoquait une encéphalopathie surajoutée à l'atteinte cérébrale d'origine vasculaire préexistante.

Dans un rapport du 28 août 2023, le Dr F._____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une pathologie internistique éventuelle, de carence en vitamine B12 (à substituer, diagnostic différentiel : sur gastropathie nouvelle), de troubles de l'équilibre sur atteinte mixte (centrale et périphérique), de très probable polyneuropathie distale des membres inférieurs avec altération proprioceptive, d'origine carencielle/toxique, d'encéphalopathie d'origine mixte très probable, de syndrome d'apnées du sommeil très probable, d'anévrisme du siphon carotidien gauche (pointant vers le bas, de trois millimètres de large), de macro-adénome hypophysaire latéralisé à gauche (de découverte fortuite, asymptomatique), de consommation d'alcool à risque, de stéatose hépatique sur consommation d'alcool à risque (avec hyperferritinémie), de tabagisme actif, de coxarthrose gauche, de discopathie dégénérative L5-S1, de lésion nodulaire

pulmonaire du lobe inférieur gauche (à contrôler), de status post-post colite droite et transverse, iléite terminale (avec syndrome inflammatoire lymphopénie, douleurs abdominales, vomissements et diarrhées), de status post épisode dépressif de degré modéré et de status post addiction aux jeux. Il retenait une encéphalopathie d'origine carencielle sur un manque en vitamine B12, avec composante d'encéphalopathie d'origine toxique, sur consommation d'alcool régulière.

Dans un rapport du 19 septembre 2023, la Dre E._____ a posé les diagnostics d'état dépressif moyen, en rémission (F32.1), et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - dépendance (F10.2). La capacité de travail dans l'activité habituelle restait faible et ne dépassait pas deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité, une hypersensibilité au stress et une faible capacité d'adaptation chez un assuré avec peu de ressources. En annexe à ce rapport, figurait en particulier un rapport d'examen neuropsychologique ambulatoire réalisé le 7 juillet 2023 à l'Hôpital d'U*** qui mettait en évidence des troubles de mémoire antérograde en modalités verbale et visuo-spatiale, des troubles de certaines fonctions exécutives, des difficultés dans certaines praxies gestuelles, des défaillances d'attention sélective simple, une altération du raisonnement opératoire visuo-spatial, une altération du graphisme ainsi qu'une dysarthrie. Depuis un examen datant de 2011, il était constaté une légère baisse de la mémoire épisodique verbale, une baisse de la mémoire immédiate et épisodique visuospatiale, la persistance d'une faible incitation verbale en condition imposée et un ralentissement aux épreuves verbales sous contrainte temporelle. Le tableau cognitif était compatible avec un dysfonctionnement de type vasculaire.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 12 décembre 2023), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, médecine physique et réadaptation, psychiatrie, neuropsychologie et neurologie) au N._____. Dans son rapport du 27 novembre 2024, celui-ci a retenu les diagnostics suivants :

- Trouble des habitudes et des impulsions sous forme de jeux pathologique (F63.0) anamnestique.
- Syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation actuelle de la substance (F10.24).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Status après AVCs récidivants ischémiques ponto-mésencéphaliques et thalamiques droits, actuellement sans traduction neurologique, hormis une dysarthrie (2011 et 2012).
- Lombalgies sans sciatalgies ni souffrance radiculaire associée sur troubles dégénératifs disco-vertébraux lombaires (L4-L5 et L5-S1 surtout).
- Actuellement, pas d'évidence cliniquement significative d'atteinte polyneuropathique et cérébelleuse vermiennne.
- Anévrisme du siphon carotidien gauche asymptomatique.
- Trouble endocrinien en investigation (macro-adénome hypophysaire découvert fortuitement, hypotestostéronémie), non incapacitant.
- Hernies inguinales bilatérales.
- Ostéoporose lombaire traitée.
- Tabagisme (45 UPA min.)
- Troubles neuropsychologiques moyens selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, induisant une diminution du rendement, même dans une activité manuelle simple, la seule qui soit possible du fait des faibles ressources cognitives initiales.

Il a évalué la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans l'activité habituelle depuis le 22 septembre 2022 et de 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charge en rectitude du tronc supérieure à quinze kilos ; pas de port de charge répété en rectitude du tronc supérieure à cinq kilos ; pas de travail en hyperflexion, extension et rotations du tronc ; pas de déplacements importants à pied et notamment de montée/descente régulière d'escaliers ; nécessité d'une activité au mieux simple et répétitive sans apprentissage et sous contrôle régulier d'une tierce personne (assuré ralenti, ayant des difficultés à s'organiser par soi-même, une flexibilité mentale et des capacités d'adaptation pauvres, peinant à mémoriser des informations nouvelles et changeantes) dont il résultait une perte de rendement.

Par avis du 5 décembre 2024, le SMR a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité. Ce faisant, il a retenu que si la capacité de travail était définitivement nulle depuis le 22 septembre 2022 dans l'activité habituelle, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

(pas de port de charge en rectitude du tronc supérieur à quinze kilos, ni port de charge répété en rectitude du tronc supérieur à cinq kilos, pas de travail en hyper flexion, extension, rotations du tronc et activité manuelle simple).

Au terme d'un rapport final du 8 janvier 2025, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé qu'aucune mesure professionnelle simple et adéquate ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assuré, compte tenu du manque de prérequis scolaire, de l'âge et du taux d'activité empêchant de suivre une formation certifiante ; l'assuré pouvait suivre une formation pratique, mais celle-ci ne réduirait pas le préjudice économique.

Par projet de décision du 27 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente s'élevant à 51 % d'une rente entière du 1^{er} septembre 2023 au 31 décembre 2023, puis une rente s'élevant à 56 % d'une rente entière depuis le 1^{er} janvier 2024 ; le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert en l'absence de mesure simple et adéquate susceptible de réduire le préjudice.

Dans un courrier du 5 février 2025 adressé à l'OAI, la Dre K._____ a indiqué que les diverses limitations de son patient (neurologique, psychiatrique, rhumatologique et endocrinologique) semblaient incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle.

A l'appui de ses objections des 25 février, 24 avril et 24 juin 2025 à l'encontre du projet de décision du 27 janvier 2025, l'assuré, agissant par sa protection juridique, a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 28 février 2025, dans lequel la E._____ indiquait que les limitations fonctionnelles, avant tout d'ordre physique et neurologique – avec des douleurs chroniques décrites comme incapacitantes, une dysphasie persistante, ainsi que des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire –, avaient un retentissement psychologique majeur. En raison des restrictions psychiatriques, intimement liées à la

perte d'autonomie, directement provoquées et entretenues par les comorbidités et antécédents somatiques, l'exercice d'une activité professionnelle, y compris à un taux de 50 %, était compromise ;

- un rapport du 21 mars 2025, dans lequel le Dr BB._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, estimait, compte tenu d'une lombosciatalgie chronique avec des caractères de sensibilisation centrale, de troubles de l'équilibre avec risque de chute ainsi que de troubles cognitifs après multiples événements cérébro-vasculaires, que la capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée ;

- un rapport du 10 avril 2025 d'examen neuropsychologique réalisé le 4 avril 2025 à l'Hôpital d'U*** qui se termine comme suit :

CONCLUSION

En regard de l'examen neuropsychologique effectué le 07.07.2023, bien qu'une comparaison terme à terme ne soit possible, on constate chez ce patient âgé de 55 ans, scolarisé durant 6 ans, une évolution hétérogène avec :

- l'aggravation :
 - du **déficit exécutif** sur le plan comportemental (tendance à la précipitation, persévérations, intrusions en rappel libre) et cognitif (incitation verbale, programmation, inhibition),
 - des **troubles attentionnels** (ralentissement des temps de réaction ; fluctuation des temps de réponses et omissions à une épreuve d'attention divisée),
- la persistance :
 - de **troubles mnésiques épisodiques antérogrades en modalité visuo-spatiale** (tâche de reconnaissance),
 - d'une **altération du graphisme** (tremblement),
 - d'une **dysarthrie**,
- la normalisation :
 - de la mémoire épisodique antérograde en modalité verbale,
 - des praxies gestuelles.

Les autres fonctions cognitives investiguées (mémoire à court terme et de travail verbale, mémoire sémantique autobiographique) demeurent en revanche globalement préservées compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient.

Ce tableau cognitif semble s'inscrire dans une étiologie vasculaire (séquelles d'AVC et troubles cognitifs vasculaires). Les troubles neuropsychologiques objectivés sont de degré de gravité moyen, pouvant limiter significativement la capacité fonctionnelle au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. La capacité fonctionnelle est même fortement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

Les troubles cognitifs objectivés sont de nature à contre-indiquer la conduite automobile ;

- un rapport du 10 juin 2025 de la Dre BC._____, spécialiste en rhumatologie, laquelle était d'avis qu'une activité légère était exigible à 50 % au regard de la seule problématique rachidienne, tout en précisant que l'assuré présentait de multiples autres problèmes de santé excluant toute activité professionnelle exigible.

Dans un avis du 24 juillet 2025, le SMR a estimé que ces dernières pièces médicales ne mettaient pas en évidence de péjoration significative ni de nouvelles atteintes incapacitantes depuis l'expertise pluridisciplinaire de 2024. Selon lui, il s'agissait d'une évaluation différente du même état clinique, si bien qu'il maintenait les conclusions figurant dans l'avis du 5 décembre 2024.

Par décision du 4 septembre 2025, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 27 janvier 2025.

B. **a)** Par acte du 4 octobre 2025, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente AI plus élevée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour une « nouvelle décision conforme au droit ». Il reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, dès lors qu'il était incapable de travailler dans un emploi adapté en raison de ses ennuis de santé. A l'appui de son recours, l'assuré a produit plusieurs documents médicaux.

b) Le 14 novembre 2025, l'assuré a produit le rapport du 21 mars 2025 du Dr BB._____ et le rapport du 10 avril 2025 d'examen neuropsychologique réalisé le 4 avril 2025 à l'Hôpital d'U***, ainsi qu'un procès-verbal d'entretien de conseil du 11 novembre 2025 à l'ORP de R***.

c) Dans sa réponse du 27 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de celle-ci, il a produit un rapport du 30 octobre 2025 de la Dre K._____ et

un avis y relatif du SMR du 25 novembre 2025, lequel estimait que ledit rapport n'apportait aucun élément médical nouveau pour la période antérieure à la décision du 4 septembre 2025.

d) Avec sa réplique du 19 décembre 2025, l'assuré a produit un rapport du 12 décembre 2025 de la Dre BF. _____ dont il ressort ce qui suit :

Rapport médical rédigé sur demande du patient et de son épouse, afin de décrire la dégradation de son état de santé et de décrire de manière plus détaillée toutes les limitations présentées par le patient dans son quotidien, impliquant, à mon sens, une incapacité de travail totale, non reconnue par l'Al.

Le patient nécessite l'aide de son épouse pour différents soins de base : pour se laver les membres inférieurs, pour se raser (car sinon il se blaise), pour se couper les ongles des mains et des pieds car il manque de dextérité et manque de sensibilité dans les extrémités. Une planche de bain a été installée pour la douche.

Pour s'habiller et se déshabiller il doit se tenir assis, car il n'arrive pas à maintenir l'équilibre debout, en raison des séquelles d'AVC et de la polyneuropathie des membres inférieurs. En raison d'un manque de dextérité et de sensibilité dans les mains il ne peut pas porter des habits avec des boutons, car n'arrive pas à la fermer, et ne peut pas porter de chaussures à lacets. Pour enfiler les chaussures, il doit s'aider d'un chausse-pieds.

Le patient n'est pas capable non plus de préparer des repas. D'une part en raison du manque de dextérité il n'arrive pas à couper/éplucher des légumes et a des difficultés pour ouvrir ou fermer des bocaux.

D'autre part, en raison des douleurs lombaires, il a des difficultés à rester debout, statique. Et enfin, en raison des troubles de la mémoire il peut laisser des plaques ou le four allumés, avec risque d'incendie. C'est donc son épouse qui prépare tous les repas.

En raison de ces mêmes difficultés, il ne peut assumer ni lessive, ni ménage, ni courses : il n'est en effet pas capable de porter des charges supérieures à 5 kg.

Le patient présente, également suite à ses AVC, des troubles de la mémoire. C'est son épouse qui doit lui rappeler la prise de ses traitements, ses différents rendez-vous médicaux. C'est elle qui doit gérer tout l'administratif de la maison.

Le patient présente également un manque d'initiative et ne fait que peu d'activité seul : il reste assis ou couché sur le canapé, en alternance en raison des douleurs lombaires, et regarde la télévision.

En raison du manque de dextérité et des troubles de mémoire il a également des difficultés à écrire.

En raison des douleurs lombaires, il est limité dans son périmètre de marche.

En raison des douleurs et des troubles de l'équilibre il présente des difficultés pour monter et descendre des escaliers, et est incapable de monter sur une échelle ou un escabot. Il chute régulièrement, ou alors se tappe contre les cadres de porte/les meubles.

L'ergothérapeute a déconseillé un moyen auxiliaire, le patient présentant plus de difficultés en terme de coordination.

Pour les déplacements en transports publics, le patient présente des difficultés dès lors qu'il s'agit d'un trajet différent du trajet habituel. Il n'est pas capable de déterminer quel bus ou train il doit prendre pour une nouvelle destination, et nécessite d'être accompagné.

Le patient est bien sûr incapable de conduire.

Toutes ses limitations sont difficiles à accepter pour le patient, et il a tendance à sous-estimer ses difficultés ou à ne pas oser énoncer ses difficultés, et peut parfois se mettre en danger.

Sur le plan psycho-social, le patient a des difficultés à se sociabiliser. Il présente, suite à ses AVC, des troubles de l'élocution qui le rendent difficile à comprendre, et ceci l'angoisse fortement. Il a donc tendance à rester en retrait.

En conclusion, en raison de toutes ces difficultés et limitations, il me semble impossible de retenir une capacité de travail de 50% chez ce patient : pour moi, l'incapacité de travail est de 100%.

e) Dans sa duplique du 3 février 2026, l'OAI a, sur la base d'un nouvel avis du SMR du même jour, une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

f) Dans des déterminations du 3 mars 2026, l'assuré a fait part d'une évolution défavorable de son état de santé. Il a produit un certificat du 19 janvier 2026 de la Dre K._____ attestant une incapacité de travail de 100 % depuis le 22 septembre 2022 ainsi qu'une décision d'inaptitude au placement du 21 janvier 2026 de la Direction générale de l'emploi et du marché du travail (DGEM).

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des

offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de

cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

4. 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 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).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) Au moment où l'intimé avait rendu sa décision du 11 mars 2014, le recourant présentait une fatigabilité séquellaire d'un AVC ponto-thalamique droit survenu le 14 octobre 2011 et d'un épisode neurologique transitoire survenu le 24 avril 2012. Après avoir présenté des incapacités de travail variant entre 35 à 100 %, le recourant avait été en mesure de reprendre son activité habituelle à 65 %, puis au taux contractuel à compter du 2 avril 2013.

b) Au vu des différents rapports médicaux établis par les médecins traitants du recourant, il sied de relever que c'est à juste titre que l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant, ceux-ci mettant en évidence une péjoration de l'état de santé, avec notamment des lombalgies sur troubles dégénératifs, associées à une encéphalopathie d'origine mixte, un épisode dépressif moyen (en rémission) et des troubles mentaux et du comportement.

c) Dans ce contexte, l'intimé a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de neurologie, de psychiatrie (y compris bilan neuropsychologique), et rhumatologie et de médecine interne.

aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise établi par N. _____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet

la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6b supra). S'ouvrant dans chaque discipline évaluée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les cinq experts de la totalité du dossier médical mis à leur disposition). Il relate les plaintes exprimées, le status, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond également de manière ciblée aux questions de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail a été appréciée sur la base d'éléments objectifs, conduisant à une discussion médicale nuancée, pertinente, et circonstanciée du cas.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr BK._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic incapacitant, mais uniquement un trouble des habitudes et des impulsions sous forme de jeux pathologique (F63.0) anamnestique, un syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation actuelle de la substance (F10.24), ainsi que des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), et estimé la capacité de travail comme entière depuis toujours. Lors de l'examen, la symptomatologie dépressive était insuffisante pour retenir un diagnostic de trouble de l'adaptation et les critères pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant faisaient défaut. Sur la base d'une appréciation de la situation effectuée selon la procédure probatoire structurée des affections psychiques, psychosomatiques et des syndromes de dépendance à des substances psychotropes (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées), il n'était pas retenu une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, ni une diminution de rendement et des limitations fonctionnelles. Selon l'expert, une abstinence de l'alcool était susceptible d'améliorer la cognition en sorte qu'il convenait de travailler la motivation du recourant. Une exigibilité semblait cependant difficile à mettre en pratique compte tenu des troubles neuropsychologiques déjà importants.

cc) Sur le plan de la neuropsychologie, le psychologue spécialisé en neuropsychologie et psychothérapie (FSP) BL._____ a retenu des troubles neuropsychologiques moyens, selon la classification de

l'Association suisse des neuropsychologues, affectant les fonctions exécutives (avec également un ralentissement attentionnel) et la mémoire épisodique. Cet expert a estimé la capacité de travail à 100 %, avec une diminution de rendement de 50 %, dans une activité manuelle simple, telle que l'activité habituelle, avec la précision que la capacité de travail s'était dégradée depuis fin septembre 2022, probablement de manière progressive. A l'examen, il était retrouvé un profil de troubles cognitifs mnésiques, attentionnels (ralentissement essentiellement), exécutifs et moteurs (y compris la dysarthrie), compatibles avec une atteinte vasculaire, possiblement aggravés depuis un an en raison de la consommation d'alcool, apparemment importante, chronique et de longue date. Si l'abstinence était susceptible d'améliorer les troubles, une poursuite de la consommation d'alcool pourrait provoquer une dégradation cognitive supplémentaire. Un suivi neuropsychologique ne se justifiait pas vraiment, faute d'apporter une amélioration probable de la capacité de travail.

dd) Sur le plan de la neurologie, le Dr I._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de status après AVCs récidivants ischémiques ponto-mésencéphaliques et thalamiques droits, actuellement sans traduction neurologique, hormis une dysarthrie (2011 et 2012), de lombalgies sans sciatalgies ni souffrance radiculaire associée sur troubles dégénératifs disco-vertébraux lombaires, de probables troubles neuropsychologiques diffus, d'anévrisme du siphon carotidien gauche asymptomatique et de macro-adénome hypophysaire asymptomatique ; il n'y avait en revanche pas d'évidence cliniquement significative d'atteinte polyneuropathique et cérébelleuse vermienne. Sans prendre en compte la situation neuropsychologique et les problèmes locomoteurs au niveau lombaire, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était complète ; l'incapacité de travail consécutive aux différents AVC était redevenue probablement entière à la date de la reprise antérieure de l'activité professionnelle. Alors que les plaintes exprimées étaient importantes (persistance de lombalgies sans irradiations dans les membres inférieurs, apparemment sans troubles sensitivo-moteurs significatifs, de troubles de l'équilibre avec tendance à chuter plutôt sur la gauche, de troubles de la mémoire et de l'orientation, de troubles du langage avec

dysarthrie et manque du mot, entre autres), l'examen clinique était plutôt rassurant. A la nuque et au rachis dorso-lombaire, il était relevé une limitation modérée de la mobilité du rachis cervical, une limitation douloureuse de la mobilité du rachis lombaire mais sans franc syndrome lombo-vertébral (points de Valleix et manœuvre de BM._____ bilatéralement négatifs). Les épreuves de marche effectuées avec hésitation ne montraient ni instabilité, ni latéralisation significatives. L'auscultation des carotides était physiologique et l'examen des paires crâniennes était normal, sans trouble de l'oculomotricité ni diplopie. L'examen des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs était dans les normes, en particulier sans signe de latéralisation secondairement aux AVC. Il n'était en outre pas objectivé de signes d'irritation/déficit radiculaire, d'atteinte polyneuropathique et cérébelleuse vermiennne évidente, même s'il existait probablement, comme évoqué par le Dr F._____, une discrète atteinte cérébello-vermiennne et possiblement neuropathique expliquant une partie des troubles. La seule anomalie objectivée clairement à l'examen neurologique était une dysarthrie et des troubles mnésiques à apprécier plus précisément par l'expert en neuropsychologie. Quant aux troubles de l'équilibre attribués préalablement à une atteinte polyneuropathique et cérébelleuse, il n'y avait pas d'élément permettant de conclure que ces troubles étaient responsables d'une incapacité de travail significative. L'anévrisme carotidien gauche, le macro-adénome hypophysaire et les lombalgies ne représentaient quant à eux pas une cause d'incapacité de travail. Du point de vue strictement neurologique, il n'existait pas d'indication à une reconversion professionnelle. Sur le plan thérapeutique, il convenait de poursuivre le traitement en y ajoutant des mesures d'hygiène de vie (arrêt du tabac et de l'alcool, meilleur contrôle de l'hyperlipidémie).

ee) Sur le plan de la médecine interne, le Dr BN._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics – sans répercussion sur la capacité de travail – de trouble endocrinien en investigation (macro-adénome hypophysaire découvert fortuitement, hypotestotéronémie), de hernies inguinales bilatérales, d'ostéoporose lombaire traitée et de tabagisme (45 UPA min.) ; la capacité de travail était

entière depuis toujours dans toute activité. En raison des hernies inguinales, le port de charge répété de plus de cinq kilos était néanmoins déconseillé. Selon l'expert, l'amélioration de l'hygiène de vie améliorerait le pronostic à moyen et long terme. Une exigibilité semblait cependant difficile à mettre en pratique compte tenu des troubles neuropsychologiques déjà importants.

ff) Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, le Dr BP._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur lésions dégénératives facettaires étagées, associées à une discopathie inflammatoire L5-S1, et a estimé la capacité de travail comme nulle dans l'activité habituelle depuis le 22 septembre 2022 et à 100 % depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charge en rectitude du tronc supérieure à quinze kilos, pas de porte de charge répété en rectitude du tronc supérieure à cinq kilos, et pas de travail en hyperflexion, extension rotations du tronc). Au jour de l'examen clinique, dans un contexte un peu démonstratif et majorant, il était retrouvé une limitation modérée de la mobilité cervicale en inflexion et en rotation, laquelle déclenchait une douleur cervicale gauche qui n'était pas retrouvée à la palpation. La mobilité lombaire était très limitée en flexion, en latéroflexion et rotation, ainsi que douloureuse dans les amplitudes extrêmes. Concernant les membres inférieurs, la mobilité des hanches était modérément limitée en flexion/rotation, essentiellement en raison de déclenchement de douleurs lombaires basses, mais aussi au niveau de la face latérale et ventrale de la hanche droite lors des mouvements de flexion passive. La palpation était douloureuse au niveau de l'insertion du moyen fessier droit sur le gros trochanter, suggérant l'existence d'une tendinopathie sans expression clinique. Un bilan radiologique du 3 octobre 2024 ne montrait pas de coxarthrose et il était retenu un angle VCE droit légèrement inférieur à la norme mais sans pouvoir parler de dysplasie.

d) La Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expertise de N._____, selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge en rectitude du tronc supérieure à quinze kilos ; pas de port de charge répété en rectitude du tronc supérieure à cinq kilos ; pas de travail en hyperflexion, extension ou rotation du tronc et activité manuelle simple). Il sied de souligner que ces conclusions résultent d'une analyse exhaustive et pluridisciplinaire de la situation médicale du recourant qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. Il convient tout particulièrement de mettre en évidence que l'ensemble des atteintes présentées par le recourant, qu'elles soient d'ordre neurologique, neuropsychologique, rhumatologique ou psychiatrique, ont été abordées et discutées par les experts.

e) Pour le reste, le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions de cette expertise. En effet, les rapports médicaux produits postérieurement à l'expertise ne contiennent – sous réserve de la divergence relative à la capacité résiduelle de travail – aucune critique précise du travail des experts.

Dans un rapport du 5 février 2025, la Dre K._____ a retenu, en tant que source de limitations fonctionnelles, incompatibles avec une activité professionnelle, un trouble neurologique vasculaire sur les AVC, un trouble psychiatrique dépressif, des lombalgies liées à des troubles dégénératifs du rachis et conflit radiculaire ainsi qu'un macro-adénome hypophysaire avec panhypopituitarisme, atteintes qui étaient à l'origine de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'équilibre ainsi que de difficultés de la mobilité, soit autant d'éléments dont les experts ont tenu compte dans le cadre de leurs examens.

Dans un rapport du 28 février 2025, la Dre E._____ a principalement fait état d'une perte d'autonomie dans le quotidien, principalement causée par l'état de santé physique et neurologique du recourant. Les limitations engendrées avaient un retentissement psychologique majeur, qui de son point de vue, rendait inexigible l'exercice

d'une activité professionnelle. Ce faisant, la Dre E._____ ne met pas en évidence d'éléments propres à remettre en cause le raisonnement pluridisciplinaire des experts.

Dans un rapport du 21 mars 2025, le Dr BB._____ fait état d'éléments déjà connus et analysés par les experts. Tout en retenant une incapacité totale de travailler, ce médecin retient des limitations fonctionnelles sensiblement similaires à celles retenues par les experts et explique que les troubles cognitifs devaient être confirmés par un bilan neuropsychologique. Or le bilan réalisé dans le cadre de l'expertise a démontré que les troubles cognitifs autorisaient l'exercice d'une activité à 50 %.

Un rapport du 10 avril 2025 relatif à un bilan neuropsychologique réalisé le 4 avril 2025 retenait une aggravation du déficit exécutif et des troubles attentionnels, tout en constatant une normalisation de la mémoire épisodique en modalité verbale uniquement et des praxies gestuelles, une persistance des altérations du graphisme ainsi qu'une dysarthrie. Si les troubles objectivés étaient qualifiés de moyen, ils pouvaient limiter significativement la capacité fonctionnelle au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles, ce dont les experts ont convenu puisqu'ils ont admis une diminution de la capacité de travail de 50 %.

Dans un rapport du 10 juin 2025, la Dre BC._____, spécialiste en rhumatologie, estimait, eu égard à la problématique rachidienne, la capacité de travail à 50 % dans une activité permettant une position alternée assise/debout et les déplacements, sans port de charge répétitif au-delà de dix kilos. Cette appréciation, qui diffère de celle des experts, ne repose pas sur des constatations médicales nouvelles ou divergentes, ce médecin soulignant au contraire que l'examen clinique demeurerait rassurant.

Dans un rapport du 30 octobre 2025, la Dre K._____ a, pour l'essentiel, confirmé les diagnostics retenus dans l'expertise

(encéphalopathie d'origine vasculaire sur accidents vasculaire cérébraux ischémiques récidivants [2011-2012] d'origine microangiopathique ; lombalgies sur troubles dégénératifs et conflit L5 gauche ; épisode dépressif moyen/sévère), décrit des limitations fonctionnelles sensiblement identiques à celles prises en compte par les experts (limitation de la marche, de la mobilisation, de la concentration et des capacités d'apprentissage, travaux légers non physiques uniquement et alternance des postures) et estimé que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Dans un rapport du 12 décembre 2025, ce même médecin fait état de nouvelles limitations fonctionnelles. Elle décrivait des difficultés pour effectuer les soins de base, pour s'habiller/se déshabiller, pour écrire, pour préparer les repas, et pour prendre les médicaments (en raison d'un manque de dextérité dans les doigts et de troubles de mémoire). De plus, les douleurs lombaires limitaient le périmètre de marche. Le recourant présentait également des troubles de l'équilibre, sources de difficulté à se tenir debout, monter/descendre des escaliers, monter sur une échelle/un escabeau. La conduite automobile était impossible et il existait des difficultés pour l'utilisation des transports publics. Sur le plan social, il était relevé un manque d'initiative et un retrait social du recourant. Cela étant, il convient de s'étonner des différences notables entre les avis exprimés les 30 octobre et 12 décembre 2025, alors même qu'il n'est pas fait mention d'une évolution récente de la situation, et d'apprécier avec réserve les avis exprimés par ce médecin, au vu de la relation de confiance et de proximité qui le lie à son patient.

7. Il reste à examiner le degré d'invalidité du recourant.

a) aa) En l'occurrence, le recourant ne revient pas sur la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité, ni sur les chiffres retenus à titre de revenus avec et sans invalidité.

bb) Selon l'expertise, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 22 septembre 2022. A l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 22 septembre 2023, une

capacité de travail de 50 % était raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

cc) Comme l'a fait l'office intimé, il se justifie en l'espèce de raisonner en deux temps, à savoir pour la période de septembre 2023 (moment d'ouverture éventuelle du droit éventuel à la rente) à décembre 2023, puis pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2024, en raison de la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI à cette date, qui prévoit en particulier que si du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée, sans qu'aucune déduction supplémentaire ne soit possible.

aaa) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 60'996 fr. avec un revenu d'invalidé, après déduction de 10 %, de 30'189 fr. aboutit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente s'élevant à 51 pour cent d'une rente entière du 1^{er} septembre 2023 au 31 décembre 2023.

bbb) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 61'667 fr. avec un revenu d'invalidé, après déduction de 20 %, de 27'130 fr., aboutit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente s'élevant à 56 pour cent d'une rentière dès le 1^{er} janvier 2024.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 4 septembre 2025 par l'intimé confirmée.

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 mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- 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 :