COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Chaboudez

*****

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant,

et

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

_____

Art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Le 6 novembre 2000, B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en *** et travaillant comme chauffeur-livreur, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annonçant qu'il était en incapacité totale de travailler depuis septembre 1999 en raison d'un cancer du rhinopharynx.

Dans leur rapport d'examen du 7 juillet 2003, les Drs D._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), de trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques, décompensé, de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires, de discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, de probable instabilité de l'épaule gauche, de fracture de stress de la diaphyse tibiale droite, ainsi que de status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome peu différencié lympho-épithélial du rhinopharynx gauche de stade T3 en 1999 et 2000. Les spécialistes ont conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis l'automne 1999, ce en raison de la problématique psychiatrique, qui représentait le lit du trouble somatoforme douloureux.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2000, par décisions du 7 octobre 2003.

b) A l'issue de la procédure de révision d'office initiée en novembre 2011, l'OAI a, par décision du 19 mai 2017, prononcé la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 1er jour du deuxième mois suivant la notification.

Le recours interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales a été rejeté par arrêt du 25 juin 2018 (ZD17.***). Cet arrêt a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral, qui a été déclaré irrecevable (TF 9C_587/2018 du 27 septembre 2018).

B. Le 16 septembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, annonçant qu'il présentait des complications de santé à la suite de son cancer de la gorge. Il a produit de nombreux rapports médicaux, en particulier du Dr F._____, médecin généraliste traitant, du Centre Z._____, ainsi que des Drs G._____ et I._____, tous deux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

A l'initiative du SMR (avis du 30 mars 2021), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, avec des volets de médecine interne, rhumatologie, oto-rhino-laryngologie et psychiatrie. Elle a été attribuée à J._____ SA. Dans leur rapport du 17 mai 2022, les Drs K._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), H._____, spécialiste en psychiatrie, et M._____, spécialiste en rhumatologie, ont pris les conclusions suivantes :

> « **4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations**
> - Carcinome lympho-épithélial du cavum, en 1999, C11.9
> - Sialadénite chronique, K11.2, avec troubles de la sécrétion salivaire, K11.7
> - Chéilite commissurale, K13.0
> - Radiodermite chronique, L58.1
> - Cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie et fibrose myofasciale post-radiothérapie, M54.2 et T66
> - Hypoesthésie non systématisée et sans cause retrouvée de l'hémicorps gauche
> - Trouble anxieux phobique, sans précision, F40.9
> - Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4
> - Hypertension artérielle insuffisamment traitée, I10
> - Hypothyroïdie post-actinique traitée, E03
> - Malaises de type vasovagal
>
> *Limitations ORL* : la xérostomie, la dysarthrie, la dysphagie, l'odynophagie, le jetage nasal, les fausses routes, la dysphonie, sans oublier les conséquences d'ordre musculosquelettique avec trismus, atteinte de la fonction musculo-articulaire cervicale, respectivement cervico-scapulaire, avec douleurs locorégionales fluctuantes entravant significativement les fonctions d'alimentation, de communication et la capacité physique.

> *Limitations psychiatriques* : activité répétitive, sans prise de décision immédiate, sans traitement simultané d'informations multiples.
> *Limitations rhumatologiques* : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, port de charge proche du corps limité à 10 kg ; pas de porte-à-faux du rachis cervical, ni de rotation répétée du rachis cervical. »

Par décisions des 13 mars et 6 avril 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1er mars 2021. Il a retenu l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis le 30 novembre 2018, avec l'existence d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée dès cette date. Le droit à la rente ne prenait naissance que le 1er mars 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, qui était tardive.

Le recours interjeté contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales a été rejeté par arrêt du 23 juillet 2024 (ZD23.***), lequel est entré en force.

C. Dans un rapport du 18 septembre 2024, le Dr F._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, du point de vue neurologique et ORL. Il a transmis un rapport du 10 septembre 2024 des Drs N._____, spécialiste en neurologie, et P._____, qui ont indiqué que l'assuré avait séjourné au S._____ du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) du 29 août au 6 septembre 2024 et qui ont posé comme diagnostic principal une suspicion clinique de lésions médullaires cervicales post-radiques avec surcharge fonctionnelle surajoutée et, comme diagnostics secondaires, une sténose bilatérale carotidienne d'origine athéromateuse et post-radique, de 70 % à droite et 50 % à gauche, asymptomatique, une lésion punctiforme paramédiane gauche de la moelle spinale entre C7 et T1 sur une micro-hémorragie avec un diagnostic différentiel de cavernome possiblement radio-induit, une insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale, résolue après réhydratation *per os*, et une sténose de 50 % V4 de l'artère vertébrale gauche.

Le 24 novembre 2024, l'assuré a sollicité la révision de son droit à la rente, indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis août 2024

et qu'il avait dû être hospitalisé au CHUV du 29 août au 6 septembre 2024. Outre de très nombreux documents médicaux antérieurs aux décisions de l'OAI de 2023, l'assuré a produit :

- un rapport d'IRM cérébro-cervicale du 14 juillet 2023 qui montrait un rétrécissement des trous de conjugaison en C5-C6 bilatéralement ;
- un rapport du 29 novembre 2023 de la Dre T._____ confirmant l'absence de signe de récidive loco-régionale du carcinome et faisant état d'une stabilité des troubles (dysphonie, sécheresse buccale, dysphagie chronique) ;
- un rapport d'IRM cérébro-cervicale du 30 août 2024 qui montrait une sténose significative à l'origine des carotides internes des deux côtés, de 70 % à droite et de 50 % à gauche ;
- un rapport d'IRM cérébro-cervicale du 6 septembre 2024 qui a mis en évidence une lésion punctiforme, paramédiane gauche, de la moelle spinale à hauteur de C7-T1 de caractérisation difficile en raison de sa petite taille avec un diagnostic différentiel de micro-hémorragie ou micro-cavernome ;
- un rapport du 19 novembre 2024 de la Dre V._____, nouvelle médecin généraliste traitante, qui mentionnait que l'assuré présentait des problèmes vasculaires et neurologiques avec une parésie de la corde vocale affectant la parole et qui estimait que son état de santé était incompatible avec une reprise professionnelle ;
- un rapport du 21 novembre 2024 du Dr W._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui considérait que, même si l'on pouvait tout au plus imaginer l'exercice d'une activité sédentaire, restreinte, de type gestion de stock, à 50 % au maximum, la reprise d'une activité si adaptée et réduite à un âge de 60 ans était difficilement imaginable, précisant que l'assuré présentait des douleurs résiduelles, invalidantes et non calmées par les diverses mesures mises en place ;
- un rapport du 2 décembre 2024 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dre Y._____, du Z._____, qui ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de personnalité narcissique (F60.8), lesquels entraînaient une totale incapacité de travail en toute activité, avec comme limitations

fonctionnelles une fatigue, une irritabilité, des problèmes de concentration et de mémoire, des insomnies et de l'anxiété.

Dans un avis du 27 janvier 2025, le SMR a relevé, en lien avec le rapport d'hospitalisation au CHUV, que l'assuré avait été investigué pour des symptômes neurologiques similaires en 2018 (paresthésies du membre supérieur droit), que les investigations avaient écarté un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une atteinte neurologique organique sévère à l'époque, que les éléments constatés lors de l'hospitalisation de 2024 apparaissaient comme majoritairement chroniques et compatibles avec une surcharge fonctionnelle et que les anomalies neurologiques constatées, bien que partiellement nouvelles dans leur description, ne suffisaient pas à conclure à une aggravation durable objective et que l'hypothèse de troubles fonctionnels restait prépondérante. Le SMR a estimé que les conclusions du Dr W._____ reposaient sur une appréciation subjective des douleurs rapportées par l'assuré, sans éléments nouveaux permettant d'objectiver une aggravation. Il a constaté que la situation décrite dans le rapport des Z._____ était similaire à celle du précédent rapport du 16 mars 2021, que les diagnostics étaient identiques et les plaintes superposables, et que l'évaluation de la capacité de travail se basait sur les déclarations subjectives de l'assuré. Au final, le SMR a considéré que l'analyse des éléments transmis ne permettait pas de retenir une aggravation objective et durable de l'état de santé et qu'il n'y avait pas d'élément médical suffisant justifiant d'entrer en matière sur la demande de révision.

Par projet de décision du 7 février 2025, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations.

Par courriers des 7 et 8 mars 2025, l'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision. Il a allégué qu'il présentait de nouveaux symptômes neurologiques sévères, que les diagnostics récents posés par le CHUV prouvaient une aggravation sur le plan médical et son besoin de soins continus, qu'il souffrait de séquelles cumulées et irréversibles avec une perte d'autonomie majeure, que son état de santé s'était continuellement

dégradé et allait continuer à se détériorer au vu de son âge. Il a transmis des documents figurant déjà à son dossier.

Par décision du 20 mars 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assuré au motif qu'il n'avait pas rendu plausible, par des documents adéquats, que sa situation s'était notablement modifiée depuis l'octroi, le 13 mars 2023, d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2021.

Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a retenu que les rapports du CHUV, du Dr W._____ et du Z._____ ne permettaient pas d'objectiver une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré et que les documents plus anciens avaient déjà été pris en compte lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité.

Dans un rapport du 21 mars 2025, le Dr BC._____, médecin au Service de neurologie du CHUV, a repris les mêmes diagnostics que dans le rapport du 10 septembre 2024. Il a constaté chez l'assuré une baisse thymique et un stress surajouté dans le contexte des procédures assécurologiques d'invalidité en cours. Il a fait état d'une stabilité globale sur le plan clinique et a précisé que l'assuré ne rapportait aucun événement intercurrent sur le plan neurologique, ce qui plaidait en faveur de sténoses carotidiennes. Le Dr BC._____ a estimé qu'une reprise de l'emploi précédent en tant que chauffeur apparaissait impossible et que la perspective d'une réinsertion dans une activité adaptée semblait peu probable en raison des séquelles cervicales importantes, ainsi que des troubles de la déglutition, qui nécessitaient une adaptation de la texture des repas et limitaient l'efficacité des apports nutritionnels, ce qui pouvait majorer la fatigue. Il a relevé que l'absence d'activité professionnelle depuis 1999 réduisait aussi significativement les perspectives de réintégration dans le monde du travail.

D. Par acte du 4 mai 2025, B._____ a recouru contre la décision de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande de

révision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a en substance fait valoir que son état de santé justifiait l'octroi d'une rente entière depuis son cancer en 1999 et que les décisions de l'OAI étaient incohérentes, qu'il était faux de dire que les nombreux documents transmis avaient déjà été pris en compte puisqu'ils n'avaient été produits qu'en 2024, que son état de santé s'était à nouveau aggravé en 2024, qu'il avait dû être hospitalisé et que de nouvelles lésions avaient été attestées. Il estimait qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du rapport du CHUV de mars 2025, selon lesquelles il n'était clairement pas apte à retravailler. Il a produit des documents médicaux figurant déjà dans son dossier, ainsi que des articles de presse au sujet des expertises en assurance-invalidité.

Dans sa réponse du 12 août 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'avis du SMR du 27 janvier 2025. Il a précisé que les rapports transmis par l'assuré le 7 mars 2025 avaient déjà été pris en compte par le SMR dans l'avis précité et que le rapport établi le 21 mars 2025 par le CHUV, soit postérieurement à la décision attaquée, pourrait le cas échéant être examiné dans le cadre d'une nouvelle demande qu'il était loisible à l'assuré de déposer.

Par courrier du 15 octobre 2025, l'assuré a transmis le rapport du scanner cardiaque effectué le 1er septembre 2025, qui a conclu à une plaque calcifiée non sténosante en distalité du tronc commun, à plusieurs plaques essentiellement calcifiées de l'IVA (artère interventriculaire antérieure) proximale avec une sténose estimée à 50-60 % pouvant être significative, à une lame d'épanchement péricardique inférieur de 6 mm d'épaisseur et à de discrets signes de bronchite ou d'asthme. Il a également produit le rapport de coronarographie du 7 octobre 2025 qui n'a pas montré de lésion actuellement significative des artères épicardiques, mais uniquement une athérosclérose diffuse discrète.

Dans sa réplique du 1er décembre 2025, l'assuré a réitéré qu'il aurait dû être reconnu invalide à 100 % depuis 2017. Il s'est prévalu des rapports du Dr F._____, de la Dre V._____, des Drs I._____ et W._____, du Z._____ et du CHUV qui attestaient que son incapacité de

travail était totale. Il a fait remarquer que l'expertise du J._____ avait conclu à l'existence d'une capacité de travail limitée à 50 % depuis 2017 et que la décision de l'OAI de 2017, qui le déclarait apte à travailler à 100 %, était incomplète et erronée, comme l'avait reconnu le SMR dans son avis du 12 août 2022. Il était d'avis que ses atteintes, prises dans leur ensemble, entraînaient une totale incapacité de travail et qu'il n'existait aucun poste concret pour lui compte tenu de son âge, de ses limitations, de sa fatigue, des risques médicaux et de sa longue absence du marché du travail. Il a conclu à la reconsidération de la décision de l'OAI du 19 mai 2017 – qui était manifestement erronée dès lors qu'il existait une incapacité de travail d'au moins 50 % sur le plan ORL et de 100 % compte tenu de l'ensemble de ses atteintes – et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière avec effet rétroactif au 1er juillet 2017 au minimum, subsidiairement au 1er septembre 2000. Il a également conclu à ce qu'il soit constaté que le refus d'entrer en matière du 20 mars 2025 était infondé au vu des rapports produits. L'assuré a demandé à ce que les arguments développés dans le recours rédigé le 24 avril 2023 par son ancien mandataire soient repris, recours qu'il a produit en annexe. Il a transmis plusieurs documents médicaux :

- un rapport du 25 novembre 2024 du Dr BD._____ du Département de chirurgie orale et maxillo-faciale du CHUV, consulté en raison d'une limitation de l'ouverture buccale et d'une xérostomie ;
- un rapport du 5 décembre 2024 du Dr O._____ du Service d'oto-rhino-laryngologie du CHUV mentionnant l'absence de signe de récidive loco-régionale de la maladie oncologique ;
- des rapports des 1er juillet et 8 septembre 2025 de la Dre Q._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, concluant à une évolution favorable du point de vue cardio-vasculaire et prévoyant la réalisation d'une coronarographie ;
- un rapport du 24 novembre 2025 de la Dre V._____ qui faisait état d'une aggravation sur le plan neurologique, vasculaire et ORL durant les dernières années, avec des cervicalgies, une importante xérostomie, une sténose carotidienne et un syndrome anxiodépressif ;

- un rapport du 26 novembre 2025 du Dr W._____ qui affirmait que les séquelles somatiques et psychologiques de la radiothérapie rendaient toute reprise d'une activité professionnelle inenvisageable.

Par duplique du 23 décembre 2025, l'OAI a relevé que ses décisions des 19 mai 2017 et 13 mars 2023 avaient été confirmées par des arrêts de la Cour des assurances sociales, qui étaient devenus définitifs et exécutoires. Il a rappelé que les rapports reçus postérieurement à la décision attaquée pourraient être examinés dans le cadre d'une nouvelle demande.

Dans ses déterminations du 6 janvier 2025 (recte : 2026), l'assuré a estimé que les rapports du CHUV de 2024 et 2025, les résultats d'imagerie et le nouveau rapport de son médecin traitant apportaient des éléments médicaux nouveaux et importants justifiant la révision des décisions de 2017 et 2023 et, en outre, que ces décisions étaient manifestement erronées au vu des rapports au dossier et de l'impossibilité pour lui d'exploiter sa capacité résiduelle de travail compte tenu de son âge, son éloignement du marché du travail et ses limitations fonctionnelles. Il a mentionné que les rapports récents du CHUV et de sa médecin de famille ne décrivaient pas de nouveau problème survenu après 2023, mais confirmaient que les séquelles existant depuis de nombreuses années avaient été sous-évaluées et que son incapacité de travail était totale.

L'OAI a maintenu sa position dans ses déterminations du 5 février 2026.

E n d r o i t :

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

le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. **a)** 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, les conclusions du recourant tendant à la reconsidération des décisions rendues par l'OAI les 19 mai 2017 et 13 mars 2023, respectivement à leur révision sur la base de l'art. 53 LPGA sont irrecevables. L'objet de la contestation est en effet limité par la décision attaquée, à savoir le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'assuré, fondée sur l'art. 17 LPGA. Pour la même raison, la conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité est irrecevable, puisque dans la décision litigieuse, l'OAI ne s'est pas prononcé sur le droit à la rente du recourant, estimant que ce dernier n'avait pas rendu plausible une modification des circonstances.

Par conséquent, seul doit être examiné en l'occurrence si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par le recourant le 24 novembre 2024.

3. **a)** 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).

b) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). 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).

c) 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).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il

se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. **a)** En l'occurrence, la dernière décision lors de laquelle l'OAI a procédé à un examen matériel du droit aux prestations du recourant est celle du 13 mars 2023, complétée le 6 avril 2023, décisions qui ont été prises sur la base de l'expertise de J._____ SA. Ces décisions ont été confirmées sur recours par arrêt de la Cour des assurances sociales du 23 juillet 2024. Il y a lieu de déterminer si les documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de sa demande de révision rendent plausible une modification significative de la situation depuis ces décisions.

b) Dans leur rapport du 10 septembre 2024, les Drs N._____ et P._____ retiennent une suspicion clinique de lésions médullaires cervicales post-radiques en raison d'une hyperréflexie généralisée avec spasticité du membre inférieur gauche, d'une hypoesthésie thermo-algique brachio-crurale gauche, ainsi que d'une sensation de faiblesse brachio-crurale gauche s'étant installée sur une heure. Il s'agit d'un nouveau diagnostic qui n'avait pas été évoqué jusque-là. L'IRM réalisée le 4 septembre 2024 n'a toutefois montré qu'une lésion punctiforme paramédiane gauche entre C7 et T1, suspecte de microhémorragie ou de cavernome, potentiellement post radique. Lors de leur examen, ces médecins ont également constaté une sténose bilatérale carotidienne d'origine athéromateuse et post-radique, de 70 % à droite et 50 % à gauche, laquelle était toutefois asymptomatique, ainsi qu'une sténose de 50 % V4 de l'artère vertébrale gauche. Les Drs N._____ et P._____ avaient, sur cette base, prévu d'organiser une IRM de suivi à trois pour préciser la cinétique d'évolution radiologique éventuelle.

Dans son avis du 27 janvier 2025, le SMR a rappelé que l'assuré avait déjà été investigué pour des symptômes neurologiques similaires en

2018 (paresthésies du membre supérieur droit) et que les investigations avaient écarté un AVC ou une atteinte neurologique organique sévère à l'époque. Il ressort en effet des rapports de la R._____ du 8 août 2017 que l'assuré présentait un probable trouble de la sensibilité atypique mal systématisé avec un examen neurologique rassurant. Le diagnostic différentiel d'AVC évoqué avait pu être écarté lors de la réalisation d'une IRM cérébrale, comme cela ressort du rapport du 21 juillet 2018 de la R._____, qui posait dès lors le diagnostic de dysesthésies aux membres supérieur et inférieur droits d'origine indéterminée. Il faut constater que ces paresthésies étaient connues des experts du J._____, qui les ont mentionnées dans leur rapport d'expertise (pp. 26 et 30).

Le SMR relève en outre que les éléments constatés lors de l'hospitalisation de 2024 apparaissent comme majoritairement chroniques et compatibles avec une surcharge fonctionnelle et que les anomalies neurologiques constatées, bien que partiellement nouvelles dans leur description, ne suffisent pas à conclure à une aggravation durable objective et que l'hypothèse de troubles fonctionnels reste prépondérante. Les Drs N._____ et P._____ notent en effet l'existence d'une surcharge de troubles neurologiques fonctionnels surajoutée.

Un nouveau contrôle a été effectué par le Dr BC._____ le 4 mars 2025. Le rapport établi à la suite de cette consultation est daté du 21 mars 2025, postérieurement à la décision litigieuse, et a été produit quelques jours après cette dernière, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte pour déterminer si l'OAI était tenu ou non d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assuré (cf. consid. 3d *supra*). Dans la mesure où ce rapport fait état d'éléments médicaux observés lors de la consultation du 4 mars 2025, avant que l'OAI ne rende sa décision, on peut tout au plus relever que le Dr BC._____ a constaté une stabilité globale sur le plan clinique, relevant notamment que l'assuré ne rapportait aucun événement intercurrent sur le plan neurologique, ce qui plaidait en faveur de sténoses carotidiennes asymptomatiques, et qu'il ne prévoyait pas de suivi ultérieur.

On peut également relever que l'insuffisance rénale aiguë constatée en septembre 2024 n'était pas liée aux reins et qu'elle a pu être traitée grâce à une réhydratation *per os* (rapport du 10 septembre 2024).

Au vu de ce qui précède, il se justifie de suivre le SMR en tant qu'il retient que les nouveaux éléments mis en évidence en septembre 2024 n'entraînent aucune conséquence significative sur l'état de santé de l'assuré et ne permettent par conséquent pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

c) L'existence d'une parésie de la corde vocale relevée par le Dr F._____ dans son rapport du 18 septembre 2024 n'est pas nouvelle et était déjà connue au moment où l'OAI a rendu ses décisions en 2023. L'expert ORL du J._____ l'a d'ailleurs mentionnée (rapport d'expertise pp. 14-15).

d) Dans son rapport du 19 novembre 2024, la Dre V._____ ne fait que se référer à d'autres documents et mentionner des problématiques connues sans amener d'élément médical nouveau.

e) Le Dr W._____ n'apporte pas non plus de nouvel élément médical objectivant une aggravation dans son rapport du 21 novembre 2024, comme constaté par le SMR dans son avis du 27 janvier 2025. Les douleurs résiduelles invalidantes et non calmées par les diverses mesures mises en place dont il fait état se fondent non seulement sur les seules plaintes subjectives de l'assuré, mais ont en outre été prises en compte par les experts du J._____, qui ont notamment retenu, parmi les limitations fonctionnelles ORL, l'existence de douleurs loco-régionales fluctuantes (évaluation consensuelle du rapport d'expertise pp. 3-4).

f) L'existence d'un rétrécissement des trous de conjugaison en C5-C6 bilatéralement mise en évidence lors de l'IRM cérébro-cervicale du 14 juillet 2023 ne constitue pas non plus une modification significative de l'état de santé. Les experts du J._____ avaient par ailleurs déjà tenu

compte des troubles présentés par le recourant au niveau de la colonne cervicale (évaluation consensuelle du rapport d'expertise p. 3).

g) Quant au rapport du 29 novembre 2023 de la Dre T._____, il confirme l'absence de signe de récidive loco-régionale du carcinome et fait état d'une stabilité des troubles (dysphonie, sécheresse buccale, dysphagie chronique), ne mettant par conséquent aucune aggravation de la situation en avant.

h) Sur le plan psychiatrique, le Dr X._____ retient, dans son rapport du 2 décembre 2024, les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de personnalité narcissique (F60.8) et estime que ceux-ci entraînent une totale incapacité de travail en toute activité, avec comme limitations fonctionnelles une fatigue, une irritabilité, des problèmes de concentration et de mémoire, des insomnies et de l'anxiété. Force est de constater, à l'instar du SMR, que ce rapport est similaire à celui du 16 mars 2021, qui comportait des diagnostics identiques et des plaintes superposables. Il ressort en outre du rapport du 2 décembre 2024 que les séances de consultation ont été espacées, n'ayant lieu plus qu'une fois par mois, ce qui ne plaide pas non plus en faveur d'une aggravation de la situation. Le seul fait que le psychiatre traitant conclut désormais à l'existence d'une totale incapacité de travail ne permet pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé au vu des éléments susmentionnés et du fait que son évaluation de la capacité de travail tient compte notamment des problématiques somatiques, par ailleurs relatées par l'assuré.

i) Quant aux rapports médicaux produits par le recourant au stade du recours, ceux-ci n'ont pas à être pris en considération dans la mesure où le présent litige porte uniquement sur la question de savoir si l'OAI était fondé de refuser à entrer en matière sur la base des pièces déposées devant lui (cf. consid. 3d *supra*).

j) Il résulte de ce qui précède qu'il n'y a pas d'élément objectif rendant plausible une modification de la situation de santé du recourant. Il

n’est pas déterminant, dans le cadre du présent litige, que les médecins traitants du recourant estiment que celui-ci ne serait plus en mesure d’exercer une activité lucrative, y compris dans une activité adaptée. La situation médicale et assécurologique du recourant a en effet fait l’objet d’un examen détaillé lors de l’expertise de J._____ SA, dont la valeur probante a été reconnue (arrêt CASSO du 23 juillet 2024 consid. 5a) et sur la base de laquelle les décisions de l’OAI de 2023 ont été rendues. Cela étant, le seul fait que les médecins traitants du recourant concluent à l’existence d’une totale incapacité de travail en toute activité demeure sans incidence, en l’absence d’élément médical nouveau rendant plausible une aggravation de son état de santé et permettant une entrée en matière sur sa demande de révision.

L’OAI était par conséquent fondé à refuser d’entrer en matière sur la demande de révision déposée par le recourant.

5. **a)** Le recours doit par conséquent être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision litigieuse confirmée.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens à la partie recourante, qui n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales

p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

II. La décision rendue le 20 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- M. 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 :