COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2026

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Coquoz, assesseure
Greffière : Mme Lopez

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à V***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, titulaire d'un diplôme d'études commerciales obtenu en 1985 et du [***] délivré en 1988, a travaillé en tant qu'analyste stratégique pour R._____ depuis le 1er novembre 2002. Le 12 janvier 2017, il 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), de laquelle il ressort qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le 28 avril 2015 en raison de crises d'angoisse et d'une dépression, dans un contexte de harcèlement psychologique à la place de travail.

Dans un rapport du 2 juillet 2017, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 25 février 2015, à la suite d'une hospitalisation pour une crise liée à une dépression, à des symptômes anxieux et à des troubles du sommeil. Depuis lors, l'état de santé de son patient s'était lentement amélioré et une capacité de travail entière avait pu être attestée au printemps 2017, avant une nette détérioration survenue par la suite. Lors de la dernière consultation du 3 juin 2017, l'assuré présentait des troubles de la concentration et de l'élan vital, la pensée était légèrement ralentie, l'humeur était fluctuante et des pensées suicidaires apparaissaient de manière intermittente. Le Dr D._____ était d'avis que la capacité de travail était alors de 60-80 % dans une activité impliquant des tâches administratives moyennes avec toutefois une baisse de rendement fluctuante prévisible au cours des premières semaines.

A compter de janvier 2018, l'assuré a été mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel octroyées par l'OAI, notamment des mesures d'entraînement progressif du 17 avril 2018 au 18 janvier 2019 avec augmentation progressive du taux d'activité de 40 à 70 % (cf. communications de l'OAI des 9 janvier, 1er mai, 31 juillet et 27 novembre 2018), une formation de spécialiste de la sécurité au travail et de la protection de la santé du 1er mars 2019 au 31 octobre 2020 (cf. communications de l'OAI des 16 avril 2019 et 9 mars 2020) et de divers

stages en entreprise au taux de 50 % en parallèle à cette formation (cf. communications des 23 avril 2019, 22 juillet 2019 et 12 décembre 2019). Des indemnités journalières de l'assurance-invalidité ont été versées à l'assuré durant ces mesures.

Après avoir obtenu le brevet fédéral de spécialiste de la sécurité au travail et de la protection de la santé le 27 octobre 2020, l'assuré a été engagé par V._____ en qualité de répondant sécurité auxiliaire, au bénéfice d'un contrat de droit privé pour personnel auxiliaire de durée déterminée du 4 novembre 2020 au 30 avril 2021, au taux de 50 %, période durant laquelle les indemnités journalières d'attente ont été maintenues ainsi qu'une mesure de soutien à la recherche de stage (cf. communications de l'OAI des 10 et 25 novembre 2020 et décision concernant les indemnités journalières du 12 novembre 2020). Le contrat d'auxiliaire a été prolongé de trois mois, aux mêmes conditions, avec poursuite des indemnités journalières (cf. communication de l'OAI du 27 avril 2021 et décision concernant les indemnités journalières du 28 avril 2021).

Le 3 mai 2021, la Dre F._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitante de l'assuré, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel elle a posé les diagnostics de dépression unipolaire diagnostiquée en 1996 et de trouble de l'adaptation sur mobbing, harcèlement et burnout en 2015. Selon elle, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée et elle retenait les limitations fonctionnelles suivantes : ruminations d'intensité variable, résistance au stress diminuée, concentration et mémoire altérées, symptômes anxieux/crises d'angoisse, hypersensibilité émotionnelle.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de G._____ SA. Dans ce cadre, l'assuré a été vu le 18 janvier 2022 par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 30 mars 2022. L'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec un syndrome somatique, et de trouble de la personnalité anankastique. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient liées au trouble de la

personnalité qui favorisait les décompensations dépressives du recourant, avec fatigabilité psychique, trouble de la concentration, lenteur, trouble relationnel, irritabilité, difficultés émotionnelles, faible endurance, perfectionnisme, et difficultés aux changements et aux situations de stress. Il a conclu que l'activité exercée initialement par l'assuré auprès de R._____ n'était plus envisageable au vu du climat anxiogène, mais que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80 % depuis janvier 2016 dans une activité adaptée.

Le 30 août 2022, se déterminant sur le rapport d'expertise du Dr J._____, la Dre F._____ a indiqué ne pas partager les conclusions de l'expert relatives à une capacité de travail de 80 %.

Dans un rapport du 25 août 2022, le Dr K._____, nouveau psychiatre traitant de l'assuré, s'est lui aussi déterminé sur le rapport d'expertise du Dr J._____, en concluant qu'un taux d'activité de 50 % était plus adapté afin d'éviter notamment des rechutes dépressives.

Dans un avis du 14 septembre 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que les rapports précités n'apportaient aucun élément permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr J._____.

Par décision du 3 novembre 2022, l'OAI a octroyé au recourant un quart de rente d'invalidité, d'un montant de 598 fr., à compter du 1er décembre 2022. La décision précisait qu'une décision pour la période antérieure serait rendue ultérieurement.

Par décision du 22 décembre 2022, l'OAI a octroyé trois quart de rente d'invalidité d'un montant de 1'763 fr. du 1er juillet 2017 au 30 avril 2018 et un quart de rente d'invalidité d'un montant de 598 fr. du 1er août 2021 au 30 novembre 2022.

Statuant le 26 septembre 2023 sur le recours contre la décision du 3 novembre 2022 et sur la demande de restitution du délai de recours

formés le 7 juillet 2023 par l'assuré, la Cour de céans a rejeté la demande de restitution de délai et déclaré le recours irrecevable pour cause de tardiveté (CASSO arrêt n° AI 211/23 – 259/2023). Le recours formé contre cet arrêt par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt du 29 janvier 2024 (TF 9C_689/2023 du 29 janvier 2024).

B. **a)** Entre-temps, l'assuré a transmis le 28 décembre 2022 à l'OAI un formulaire de révision de la rente, en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis l'été 2022. Il a joint à son envoi un rapport du 23 décembre 2022 du Dr K._____, confirmant que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis le début de l'été 2022 et qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 15 juillet 2022. Selon le psychiatre traitant, l'assuré présentait des crises d'angoisses plus violentes et plus régulières, qui se manifestaient également par une accélération du rythme cardiaque, des sensations de frissons, des éruptions cutanées et de la sécheresse buccale. Il y avait également une péjoration au niveau dépressif, avec des ruminations anxieuses envahissantes, un état de mal-être perpétuel, des pensées suicidaires, une labilité émotionnelle, une irritabilité, une faible estime de soi, une résistance diminuée au stress et à la frustration, une aboulie et des troubles du sommeil et de la concentration. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés à gérer des situations imprévues ou stressantes, des difficultés relationnelles, des difficultés d'organisation et de gestion des tâches, y compris dans le ménage et les tâches administratives, des difficultés de concentration, des troubles attentionnels, une fatigabilité accrue et une diminution du rendement.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de révision de la rente, l'OAI a recueilli un rapport du 14 novembre 2023 du Dr K._____ signalant que l'état de santé de l'assuré s'était encore détérioré depuis son précédent rapport. Comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, il a mentionné des troubles mixtes de la personnalité (avec traits anxieux évitants et anankastiques), associés à un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une anxiété généralisée. Au status, il observait un ralentissement psychomoteur avec bradypsychie sur le plan des pensées et le débit verbal, ainsi qu'une rigidité sur le plan des

pensées avec des idées obsessionnelles impliquant un fonctionnement très méfiant et des préoccupations excessives pour la perfection et l'ordre dans son quotidien, ce qui provoquait beaucoup d'irritabilité et des relations interpersonnelles difficiles, conduisant à l'isolement social. L'assuré présentait aussi des crises d'angoisse qui étaient plus violentes et plus régulières. Il se sentait angoissé en permanence et tout lui faisait peur, même s'il réalisait qu'il n'était pas en danger immédiat. Il présentait des ruminations anxieuses envahissantes avec la crainte de devenir fou. Il se sentait en sécurité uniquement chez lui et vivait un retrait social important, sans contact avec son entourage à l'exception de sa sœur. Le Dr K._____ notait aussi la présence d'idées noires et suicidaires sans scénario de passage à l'acte, un appétit instable, un sommeil perturbé et une grande fatigue était exprimée et objectivable lors des consultations. Des troubles de concentration et de l'attention avaient été révélés lors des tâches thérapeutiques, provoquant un épuisement mental et émotionnel. Le Dr K._____ a précisé que des hospitalisations avaient pu être évitées avec un renforcement du suivi ambulatoire et un rajustement du traitement médicamenteux. Il estimait que la capacité de travail était nulle avec une perte totale des capacités cognitives et sociales.

Le Dr K._____ a joint un rapport du 14 août 2023 de l'ergothérapeute L._____ concluant que la reprise d'une activité professionnelle ne semblait pour le moment pas possible et que seule une activité de loisirs ou de bénévolat pouvait être envisagée, à condition qu'elle réponde aux critères suivants : autonomie, flexibilité au niveau des horaires, limitée à 2h00 d'activité, environnement agréable, relations interpersonnelles non conflictuelles et sujets légers.

b) Le 28 décembre 2023, l'assuré a déposé une demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022, en faisant valoir que cette décision était viciée car elle reposait sur l'expertise du Dr J._____ lequel n'avait pas d'autorisation de pratiquer ni de titre FMH à la date de l'expertise. Ces irrégularités d'ordre formel, qui entachaient la fiabilité du rapport d'expertise et devaient conduire à l'annulation de la décision du 3 novembre 2022, lui avaient été communiquées le 27

novembre 2023 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lorsque ce dernier avait été sollicité pour un avis médical. L'assuré a notamment joint à sa demande un courriel du 27 novembre 2023 du Dr M._____ préconisant une contre-expertise, en observant notamment que la décision de l'OAI était complètement erronée, que l'expertise de G._____ SA n'avait aucune valeur probante, qu'elle avait été réalisée par le Dr J._____ sans aucune attestation d'expert et sans autorisation de pratiquer à N*** au moment de la réalisation de l'expertise, et que l'expertise ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles sévères de l'assuré, ni des conséquences négatives importantes de l'apnée du sommeil sur les capacités cognitives du prénommé.

Le 5 mars 2024, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'expertise privée du 15 janvier 2024 du Dr M._____ et a fait valoir que ce dernier concluait que l'expertise du Dr J._____ était dénuée de toute valeur probante et ne pouvait pas servir de base d'appréciation fiable de son état de santé. Le Dr M._____ retenait des diagnostics différents et supplémentaires, ainsi que des limitations fonctionnelles majeures incompatibles, depuis un bon moment, avec une quelconque activité lucrative, même à temps partiel. Par ailleurs, le Dr M._____ observait que le Dr J._____ ne semblait pas remplir les critères formels pour endosser un mandat d'expertise, raison pour laquelle une demande de révision procédurale avait été déposée. L'assuré a sollicité la prise en charge des frais d'expertise du Dr M._____, en alléguant que ce document était indispensable pour l'appréciation du cas car il permettait non seulement de mettre en exergue le fait que l'expertise du Dr J._____ ne pouvait pas servir de base d'appréciation car dénuée de valeur probante, et permettait également d'évaluer de façon très précise ses atteintes à la santé et les répercussions de celles-ci sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. L'assuré a produit une facture du 15 janvier 2024 du Dr M._____ relative à ce rapport d'un montant de 6'900 francs.

Dans le rapport précité du 15 janvier 2024, le Dr M._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis au moins 2014, trouble

d’anxiété généralisée avec des attaques de panique depuis au moins 2014, agoraphobie depuis au moins 2014, syndrome des jambes sans repos depuis au moins 2018, hypothyroïdie traitée sur thyroïdite auto-immune depuis au moins 2014, et hypovitaminose D depuis au moins février 2022. Concernant la capacité de travail, il a conclu que l’on pouvait « admettre avec des preuves que Monsieur B._____ a été en incapacité de travail de minimum 70 % de 2015 à juillet 2018 et de 50 % entre août 2018 et juillet 2021 ; depuis avec une incapacité de travail d’au moins 70 % jusqu’à présent ». Le Dr M._____ a mentionné que des évaluations neuropsychologiques avaient été effectuées en 2023 et confirmaient les troubles cognitifs de l’assuré. Il a cité un rapport du Centre Q._____ du 13 juin 2023 et un rapport du 31 août 2023 du Centre R._____ (R._____).

Le 18 mars 2024, faisant suite à une demande de précisions du SMR, le Dr K._____ a indiqué que son rapport du 25 août 2022 avait été adressé au conseil de l’assuré pour relever les incohérences de l’expertise du Dr J._____ et ne portait pas sur l’état de santé de son patient au 25 août 2022. Il a ajouté que son rapport de décembre 2022 expliquait très bien l'évolution clinique de l’assuré dont l’état de santé s’était péjoré sur le plan psychique.

Dans un avis du 23 mai 2024, le SMR a retenu que l’expertise du Dr M._____ n’abordait pas la question de l’aggravation de l’état de santé de l’assuré et qu’il exprimait uniquement une appréciation différente du même état de fait que celui prévalant lors de l’expertise du Dr J._____.

Dans un rapport du 25 juin 2024, le Dr K._____ a signalé une dégradation de l’état de santé psychique de l’assuré depuis deux mois, précisant notamment une rechute anxieuse dépressive importante ayant nécessité une augmentation du traitement anxiolytique. La capacité de travail était toujours nulle selon le psychiatre traitant qui a émis un mauvais pronostic.

Le 19 septembre 2024, faisant suite à une demande d’informations de l’OAI concernant le Dr J._____, G._____ SA a répondu

que ce dernier était au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans le canton de N*** lors de l'expertise de l'assuré et qu'il avait le titre FMH en psychiatrie et psychothérapie depuis 2017, à la suite d'une procédure de reconnaissance de ses diplômes étrangers. G._____ SA a conclu que le Dr J._____ possédait les compétences et satisfaisait en 2022 toutes les conditions légales pour réaliser des expertises médicales de qualité. G._____ SA a joint à son courrier une copie de l'autorisation de pratique dans le canton de N*** délivrée le 20 décembre 2021 au Dr J._____ et un extrait internet de la Plateforme des professions de la santé MedReg concernant le prénommé.

Le 22 octobre 2024, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr M._____ du 21 octobre 2024 se déterminant sur l'avis du SMR du 23 mai 2024 et a sollicité la prise en charge des coûts relatifs à l'établissement de ce rapport. Dans ce document, le Dr M._____ a observé que si l'expertise du Dr J._____ manquait de validité et de cohérence, comme il le démontrait très clairement dans ses conclusions, cela signifiait que la décision de l'OAI du 3 novembre 2022 était erronée et devait être rediscutée. Si le SMR admettait en revanche que l'expertise du Dr J._____ était probante, il devrait alors admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré puisque l'expert J._____ ne mentionnait pas le déficit cognitif significatif constaté ultérieurement par des équipes différentes de spécialistes en neuropsychologie, ni la pathologie anxieuse sévère retenue par la suite par le Dr K._____ et lui-même.

Dans un avis du 5 novembre 2024, le SMR a conclu que l'assuré n'amenait pas d'éléments objectifs permettant d'évoquer une aggravation de son état de santé susceptible de modifier sa capacité de travail. Il a notamment observé que les mesures médicales restaient proches, voire similaires, malgré l'aggravation alléguée de juillet 2022 et celle d'avril 2024. Par ailleurs, le psychiatre traitant décrivait un assuré isolé avec des troubles de la concentration et de la fatigue, soit des éléments déjà mentionnés dans l'expertise de 2022. Quant au rapport du Dr M._____, il mentionnait un déficit cognitif constaté ultérieurement à l'expertise par deux équipes de spécialistes en neuropsychologie. Le SMR regrettait de ne pas avoir obtenu

ces pièces, mais notait que selon le rapport du Dr M._____ le bilan neuropsychologique réalisé au Centre Q._____ mettait en évidence des difficultés principalement mnésiques et exécutives avec de légères difficultés attentionnelles, soit des difficultés mentionnées dans le rapport d'expertise du Dr J._____.

c) Par décision incidente du 10 décembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge des frais de l'expertise du 15 janvier 2024 du Dr M._____ et de son rapport complémentaire du 21 octobre 2024, au motif que ces documents médicaux n'étaient pas nécessaires pour se déterminer sur la demande de révision de rente du 28 décembre 2022 ni sur la demande de révision procédurale du 28 décembre 2023.

Dans un projet de décision du 10 décembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022, ainsi que sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité.

Dans un courrier du 17 janvier 2025, l'assuré a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. En substance, il a fait valoir que les rapports médicaux concordants établis par des spécialistes en psychiatrie démontraient une aggravation significative de son état de santé et qu'il n'était plus en mesure de travailler, en contradiction avec l'avis du SMR. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière dès le 28 décembre 2022 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 31 janvier 2025, l'assuré a demandé l'enregistrement sonore de l'expertise du Dr J._____. L'OAI a donné suite à cette demande le 7 février 2025.

Par décision du 11 mars 2025, l'OAI a confirmé le rejet de la demande d'augmentation de la rente d'invalidité et de la demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022.

C. Par acte de son conseil du 17 janvier 2025, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision incidente du 10 décembre 2024, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est condamné à prendre en charge les frais des rapports médicaux du Dr M._____ des 15 janvier et 21 octobre 2024 pour un montant total de 7'500 fr., et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Le recourant a en particulier soutenu que l'expertise du Dr M._____ du 15 janvier 2024 démontrait les insuffisances graves dans l'évaluation initiale de la rente et que le rapport complémentaire du 21 octobre 2024 clarifiait l'évolution clinique du recourant, notamment une détérioration significative depuis juillet 2022. Avec son recours, il a notamment produit une facture du 21 octobre 2024 du Dr M._____ relative à son rapport médical du même jour d'un montant de 600 francs. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause AI 10/25 (ZD25.***).

Dans sa réponse du 24 mars 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 8 avril 2025, le recourant a confirmé ses conclusions, en faisant valoir que le SMR avait examiné en détail les rapports médicaux du Dr M._____ pour s'en distancier et émettre un avis défavorable à la reconnaissance d'une aggravation de son état de santé et d'un manquement dans l'instruction initiale, de sorte que les rapports du Dr M._____ étaient indispensables à l'évaluation du cas et devaient être pris en charge par l'intimé.

D. Par acte de son conseil du 7 avril 2025, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 mars 2025 rejetant sa demande d'augmentation de rente ainsi que sa requête de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022. Il a pris les conclusions suivantes :

« I. Entrer en matière sur le présent recours.

Principalement

II. Admettre le présent recours, annuler la décision du 11 mars 2025, et réformer la décision du 3 novembre 2022 de l'Office de l'assurance-invalidité, en ce sens que B._____ a droit à une rente d'invalidité, soit trois quarts de rente du 1er juillet 2017 au 31 juillet 2021, et à une rente entière dès le 1er août 2021.

Subsidiairement

III. Admettre le présent recours et annuler les décisions du 3 novembre 2022 et du 11 mars 2025 de l'Office de l'assurance-invalidité, et renvoyer la cause à cette autorité pour nouvelle décision.

Plus subsidiairement

IV. Admettre le présent recours et réformer la décision du 11 mars 2025 de l'Office de l'assurance-invalidité, en ce sens que B._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2022.

Encore plus subsidiairement

V. Admettre le présent recours et annuler la décision du 11 mars 2025 de l'Office de l'assurance-invalidité, et renvoyer la cause à cette autorité pour nouvelle décision.

En tout état de cause

VI. Joindre les causes relatives aux décisions rendues par l'Office AI en dates des 10 décembre 2024 et 11 mars 2025.

VII. Condamner l'Office de l'assurance-invalidité à prendre en charge les frais du rapport expertise psychiatrique du 15 janvier 2024 et du rapport médical du 21 octobre 2024 du Dr M._____, pour un montant total de CHF 7'500.-.

VIII. Le tout, avec suite de frais et dépens. »

Concernant la révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022, le recourant a en substance soutenu que cette décision reposait sur un fondement médical vicié, ce qu'il avait découvert avec le rapport d'expertise privée du Dr M._____ et l'enregistrement sonore de l'entretien expertal du Dr J._____ transmis par l'OAI le 11 février 2025. Selon le recourant, il s'agissait d'éléments nouveaux qui démontraient les déficiences factuelles et méthodologiques majeures de l'expertise du Dr J._____ qui avaient conduit à une erreur manifeste dans l'établissement de l'état de fait déterminant pour la décision du 3 novembre 2022 de l'OAI. S'agissant de sa demande de révision de rente d'invalidité, il a fait valoir que les rapports du Dr K._____, confortés par les rapports du Dr

M._____, démontraient que son état de santé s'était aggravé depuis l'été 2022. Le tableau clinique actuel n'était pas superposable à celui de 2022 car sa symptomatologie avait évolué et de nouvelles pathologies avaient été diagnostiquées. Il a aussi allégué que le rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre S._____ d'août 2023 mettait en évidence des déficits attentionnels et exécutifs qui impactaient sa capacité de travail au-delà d'une simple baisse de rendement de 20 %. Le recourant a requis la tenue d'une audience de débats publics et la jonction de la cause avec celle relative à la décision incidente du 10 décembre 2024. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause AI 99/25 (ZD25.***).

Dans sa réponse du 26 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 19 août 2025, le recourant a développé ses moyens et confirmé ses conclusions. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire incluant des volets de psychiatrie, neuropsychologie et, cas échéant, de médecine interne.

L'intimé a maintenu sa position par duplique du 27 octobre 2025.

Le recourant a fait de même dans une écriture du 12 novembre 2025.

E. Par ordonnance du 27 avril 2026, la juge instructrice a joint les deux causes, pour qu'elles fassent l'objet d'une instruction et d'un jugement communs, précisant que la procédure se poursuivrait sous la référence AI 99/25 (ZD25.***).

F. Une audience de débats publics a eu lieu le 3 septembre 2026, lors de laquelle le conseil du recourant a plaidé la cause de l'intéressé.

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 du 7 avril 2025 contre la décision du 11 mars 2025 rejetant la demande de révision procédurale et la demande d'augmentation de la rente d'invalidité du recourant est recevable.

c) En revanche, le recours du 17 janvier 2025 contre la décision incidente de l'OAI du 10 décembre 2024 refusant la prise en charge des rapports médicaux du Dr M._____ est irrecevable.

En effet, selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent. La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1). Si le recours n'est pas recevable ou n'a pas été utilisé, les décisions incidentes en question peuvent être attaquées avec la décision finale dans la mesure où elles

influent sur le contenu de celle-ci (art. 46 al. 2 PA). Un préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA peut être de nature factuelle ou juridique. Il doit avoir sa cause dans la décision incidente attaquée et son caractère irréparable tient généralement au désavantage que subirait l'administré s'il devait attendre la décision finale pour recourir contre la mesure prise ou refusée par décision incidente ; l'administré doit rendre vraisemblable le risque d'un tel préjudice en démontrant son intérêt digne de protection à l'annulation ou à la modification immédiate de la décision incidente (ATF 131 V 362 consid. 3.1 ; 126 V 244 consid. 2a).

En l'espèce, le recourant n'allègue aucun intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée. Dans le cadre de son recours contre la décision du 11 mars 2025, il a du reste pris des conclusions tendant à ce que l'intimé soit condamné à prendre en charge les frais des rapports médicaux du Dr M._____. Le recours interjeté le 17 janvier 2025 contre la décision incidente du 10 décembre 2024 doit par conséquent être déclaré irrecevable, la question litigieuse de la prise en charge des frais des rapports médicaux devant être examinée dans le cadre du recours interjeté contre la décision du 11 mars 2025.

2. Le litige porte sur le rejet de la demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022, sur le droit du recourant à une augmentation de son quart de rente d'invalidité à la suite de sa demande de révision de rente du 28 décembre 2022, et enfin sur la prise en charge des frais des rapports médicaux des 15 janvier et 21 octobre 2024 du Dr M._____.

3. 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 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1er janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette

dernière date (let. c des dispositions transitoires de la novelle du 1er janvier 2022).

Dans la mesure où le recourant a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis le 1er avril 2017 et qu'il était âgé de plus de 55 ans au 1er janvier 2022, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables en l'espèce.

4. **a)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs.

Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

c) La demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dont le requérant souhaite la révision dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours (art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.020] par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; ATF 143 V 105 consid. 2.1).

5. **a)** Dans sa demande de révision du 28 décembre 2023, le recourant s'est prévalu d'un courriel du 27 novembre 2023 du Dr M._____ pour soutenir que le Dr J._____ ne disposait pas des autorisations et qualifications nécessaires à la réalisation de l'expertise psychiatrique réalisée en 2022 sur laquelle s'était fondé l'intimé pour rendre la décision du 3 novembre 2022.

Le motif de révision tiré de l'absence d'autorisations et qualifications de l'expert psychiatre de G._____ SA apparaît infondé ; il n'est du reste pas soulevé dans le recours, mais a été plaidé en audience. Par ailleurs, le courriel précité du Dr M._____ consiste essentiellement en une appréciation extrêmement sommaire de l'expertise du Dr J._____ sans apporter de constatations médicales nouvelles et ne constitue manifestement pas un nouveau moyen de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

b) Par la suite, le recourant s'est prévalu du rapport d'expertise privée du 15 janvier 2024 du Dr M._____. Dans la mesure où ce document est postérieur à sa demande de révision du 28 décembre 2023, on peut se demander s'il peut effectivement fonder cette dernière ou si le recourant n'aurait pas dû déposer une nouvelle demande de révision. Quoi qu'il en soit, si ce rapport est certes postérieur à la décision de l'OAI du 3 novembre 2022, il n'apporte aucun élément de faits nouveau propre à remplir les conditions d'une révision procédurale. Dans ce document, le Dr M._____

livre une analyse diagnostique et une évaluation de la capacité de travail du recourant différentes de celles de l'expert psychiatre de G._____ SA sur la base d'éléments médicaux qui étaient déjà connus à la date du rapport d'expertise du Dr J._____ en mars 2022 et de la décision de l'OAI du 3 novembre 2022. Il relève d'ailleurs que les diagnostics posés par lui existaient déjà à la date de l'expertise du Dr J._____. A cet égard, il peut être observé que si l'expert psychiatre de G._____ SA n'a pas retenu les diagnostics d'anxiété généralisée et d'agoraphobie évoqués par le Dr M._____, les comportements d'évitement et les symptômes anxieux du recourant sont mentionnés dans son rapport d'expertise du 30 mars 2022 et ses annexes, et ont été pris en compte par l'expert dans son analyse, le Dr J._____ expliquant notamment comment le trouble de la personnalité de type anankastique influait sur l'humeur anxieuse et dépressive du recourant (cf. notamment p. 8, 10, 11 du rapport d'expertise et annexe 3). Sur le plan somatique, le Dr M._____ mentionne un syndrome de jambes sans repos, qui n'est pas un élément nouveau puisqu'il observe qu'il existe depuis au moins 2018 sur la base d'un rapport du Dr I._____ du Centre hospitalier universitaire vaudois du 26 février 2018 lequel est également cité par le Dr J._____ dans son rapport d'expertise. Le Dr M._____ estime que ce syndrome, incapacitant, est en relation avec les troubles du sommeil du recourant. Or les troubles du sommeil étaient eux aussi déjà présents lors de l'expertise du Dr J._____ et ont été pris en compte par ce dernier dans son appréciation (cf. notamment p. 5, 10 et 11 du rapport d'expertise et annexe 1). Sur le plan somatique, le Dr M._____ pose encore le diagnostic incapacitant d'hypothyroïdie traitée, présent selon lui depuis au moins 2014, et qui est également mentionné dans l'expertise du Dr J._____ (cf. notamment p. 5 et 11). Le Dr M._____ reproche ensuite au Dr J._____ de ne pas avoir pris en compte l'hypovitaminose D alors que ce déficit chronique en vitamine D aurait une incidence sur la capacité de travail du recourant. Le Dr M._____ ne mentionne pas le rapport sur lequel il se base pour affirmer que l'hypovitaminose D existe depuis « au moins février 2022 ». Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'hypovitaminose D aurait déjà été présente à la date de la décision de l'OAI du 3 novembre 2022, cet élément ne saurait être un fait nouveau important au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, c'est-à-dire

un élément de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 245 consid. 5.2). En effet, aucune incapacité de travail due à l'hypovitaminose D n'est attestée par les médecins ayant examiné le recourant. On ne discerne pas en quoi cette carence, qui peut être corrigée par une supplémentation en vitamine D, pourrait entraîner une incapacité de travail durable. L'expertise du Dr M._____ ne fournit d'ailleurs aucune indication concernant une éventuelle incidence de cette carence en vitamine sur la capacité de travail du recourant, ce médecin évoquant l'hypovitaminose D comme un facteur favorisant les dépressions. Pour le surplus, le Dr M._____ donne son avis sur la valeur probante de l'expertise du Dr J._____, sur le déroulement de celle-ci et sur les qualifications professionnelles de l'expert, sans fournir d'éléments factuels méconnus à la date de la décision du 3 novembre 2022. Le rapport du Dr M._____ n'est manifestement pas un moyen de preuve nouveau, mais une nouvelle appréciation médicale d'un même état de fait. Il ne peut pas être pris en considération pour reconnaître l'existence d'un motif de révision procédurale. Précisons encore que les évaluations neuropsychologiques mentionnées par le Dr M._____ ont été effectuées en 2023, soit postérieurement à la décision précitée, de sorte que les résultats de ces tests ne sont pas des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

c) C'est ensuite en vain que le recourant se prévaut au stade du recours de l'enregistrement sonore de l'expertise réalisée en février 2022 par le Dr J._____. Indépendamment de la question de la recevabilité de ce moyen soulevé pour la première fois au stade du recours, l'enregistrement en question n'est manifestement pas un moyen de preuve nouveau et le recourant aurait pu le requérir et s'en prévaloir bien avant que l'OAI ne rende la décision du 3 novembre 2022.

d) En conclusion, le recourant n'apporte aucun fait nouveau ni aucun nouveau moyen de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il apparaît bien plutôt qu'il cherche, au travers de sa demande de révision, à contester la décision du 3 novembre 2022 dont il a laissé échapper le délai de recours

et qu'il a attaqué tardivement sans succès auprès de la Cour de céans. La décision de l'OAI de rejeter la demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022 peut être confirmée.

6. **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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande,

révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son

contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. Il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est notablement modifié depuis la décision du 3 novembre 2022, par laquelle il a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1er décembre 2022 sur la base essentiellement du rapport d'expertise du Dr J._____ du 30 mars 2022. Celui-ci avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode alors léger avec syndrome somatique, et de trouble de la personnalité anankastique, qui limitaient la capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient liées au trouble de la personnalité qui favorisait les décompensations dépressives du recourant et entraînaient de la fatigabilité psychique, des troubles de la concentration, une lenteur, un trouble relationnel, de l'irritabilité, des difficultés émotionnelles, une endurance faible, un perfectionnisme, et des difficultés aux changements et aux situations de stress. L'expert était d'avis que la dernière activité professionnelle réalisée dans le domaine de la sécurité et santé au travail, à la suite des mesures de réadaptation de l'OAI, était adaptée.

En décembre 2022, le recourant a annoncé une aggravation de son état de santé depuis l'expertise du Dr J._____ et a produit un rapport du 23 décembre 2022 du Dr K._____ confirmant une dégradation de l'état psychique de son patient depuis le début de l'été 2022, avec une rechute dépressive importante et une recrudescence des crises d'angoisse qui étaient plus violentes et plus régulières. Alors que ce médecin estimait précédemment que son patient avait une capacité de travail partielle de 50 % dans une activité adaptée, il était désormais d'avis que la capacité de travail était nulle depuis le 15 juillet 2022. La péjoration de l'état de santé du recourant avait conduit le Dr K._____ à adapter le traitement médicamenteux. La comparaison des médicaments mentionnés dans le rapport d'expertise du Dr J._____ et ceux mentionnés par le Dr K._____ en décembre 2022 met en évidence une augmentation du dosage de la médication du recourant, le traitement de Dalmadorm étant désormais prescrit à 30 mg, contre 15 mg lors de l'expertise réalisée par le Dr

J._____, le Venlafaxin à une dose de 225 mg contre 150 mg en janvier 2022, le Remeron à 25 mg contre 15 mg lors de l'expertise du Dr J._____ et le Temesta 1 mg était désormais prescrit à raison de 2 à 3 comprimés par jour alors que ce médicament était en réserve lors de l'expertise. Par ailleurs, en décembre 2022, le Dr K._____ mentionnait la prescription d'Atarax, qui n'est pas mentionné dans le rapport d'expertise du Dr J._____. Le 14 novembre 2023, le Dr K._____ a signalé une dégradation de l'état de santé du recourant depuis son précédent rapport. Outre le trouble dépressif récurrent, qui était alors d'intensité sévère, il a posé les diagnostics incapacitants de troubles mixtes de la personnalité et d'anxiété généralisée. Le recourant était suivi à raison d'une consultation tous les dix jours avec une intensification du suivi en cas de crises. Le status décrit par le psychiatre tend à corroborer l'aggravation de l'état de santé du recourant. Si le Dr K._____ mentionne un grand nombre de symptômes et difficultés déjà présents lors de l'expertise du Dr J._____, ces derniers semblent s'être intensifiés depuis lors. Or le SMR écarte l'appréciation du psychiatre traitant sans réelle motivation. Il ne se prononce notamment pas sur le trouble d'anxiété généralisée posé par le psychiatre traitant, ni sur l'épisode dépressif qualifié de sévère par ce dernier, alors que l'épisode dépressif était léger en janvier 2022 lors de l'expertise psychiatrique de G._____ SA. Contrairement à ce qu'indique le SMR dans son rapport du 5 novembre 2024, le psychiatre traitant ne décrit pas seulement un patient isolé avec des troubles de la concentration et de la fatigue, mais fait état d'autres constatations médicales qui parlent en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé du recourant et qui auraient dû faire l'objet d'une analyse. L'intimé ne pouvait dès lors pas se fonder sur l'avis très sommaire du SMR pour nier une aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

Cela étant, si les rapports du Dr K._____ rendent vraisemblable une péjoration de l'état de santé du recourant, ils sont insuffisamment étayés, de sorte que son appréciation diagnostique et son évaluation de la capacité de travail ne peuvent pas être confirmées.

Par ailleurs, les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas non plus de statuer sur la question de savoir si l'état de santé du recourant et sa capacité de travail ont subi une modification depuis la précédente décision de l'intimé. Il en va ainsi notamment du rapport d'expertise du Dr M._____ du 15 janvier 2024 qui retient des troubles psychiatriques présents depuis « au moins 2014 », soit bien antérieurement à l'expertise du Dr J._____, ainsi que des troubles somatiques incapacitants qui, selon lui, seraient tous apparus avant mars 2022. La lecture du rapport d'expertise privée du Dr M._____ donne l'image d'une situation inchangée, avec des diagnostics identiques depuis plusieurs années, et une incapacité de travail « d'au moins 70 % » depuis août 2021. Dans son rapport complémentaire du 21 octobre 2024, il n'apporte aucun élément rendant vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'expertise du Dr J._____. Au contraire, il se limite à prétendre que la formulation d'une « incapacité d'au moins 70 % » contenue dans son rapport du 15 janvier 2024 laisserait la place à des possibles fluctuations et il ne répond pas à la question de savoir si la capacité de travail du recourant a effectivement fluctué, respectivement dans quelle proportion exacte.

L'instruction de l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant apparaît lacunaire. On peut par ailleurs déplorer que l'intimé n'ait pas sollicité les rapports des évaluations neuropsychologiques effectuées après la décision du 3 novembre 2022 et que le recourant n'ait pas jugé utile de les produire spontanément bien qu'il s'en soit prévalu dans ses écritures.

Au vu de ce qui précède, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision sur la demande de révision de la rente d'invalidité. Il incombera ainsi à l'intimé de solliciter en particulier les rapports d'évaluation neuropsychologique précités, puis de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, le cas échéant avec une

évaluation neuropsychologique si l'expert le juge nécessaire, conformément à l'art. 44 LPGA.

8. Il reste à examiner la question de la prise en charge des frais des rapports médicaux des 15 janvier et 21 octobre 2024 du Dr M._____.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63).

b) En l'espèce, comme vu précédemment, les rapports médicaux du Dr M._____ ne sont pas de nature à fonder une demande de révision procédurale. Ils ne sont non plus d'aucune utilité pour l'examen de l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant à l'appui de sa demande d'augmentation de rente. Le simple fait que l'intimé a examiné les rapports du Dr M._____ avant de statuer sur l'aggravation de l'état de santé et sur la demande de révision procédurale ne donne pas le droit à la prise en charge des frais y relatifs par l'assureur en application de l'art. 45 LPGA. Par conséquent, l'intimé était légitimé à refuser de prendre en charge les frais en question.

9. **a)** En définitive, le recours contre la décision incidente rendue le 10 décembre 2024 doit être déclaré irrecevable. Quant au recours contre la décision du 11 mars 2025, il doit être rejeté en tant qu'il porte sur la demande de révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022 et doit être admis en tant qu'il porte sur la demande de révision de la rente, la décision étant annulée sur ce point et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 800 fr. et de les mettre en partie à la charge de la partie intimée, à hauteur de 300 fr., et en partie à la charge du recourant, à hauteur de 500 fr., vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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 du 17 janvier 2025 contre la décision incidente du 10 décembre 2024 est irrecevable.

II. Le recours du 7 avril 2025 contre la décision du 11 mars 2025 est admis en ce qui concerne la révision de la rente d'invalidité et il est rejeté s'agissant de la révision procédurale de la décision du 3 novembre 2022.

III. La décision rendue le 11 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur la demande de révision de la rente d'invalidité, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant. Elle est confirmée pour le surplus.

IV. La conclusion tendant au remboursement des frais d'expertise privée du Dr M._____ est rejetée.

V. Les frais judiciaires, arrêtés à 800 fr. (huit cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 500 fr. (cinq cents francs) à la charge de B._____.

VI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité 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 :