COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Vulliamy

*****

Cause pendante entre :

B._____, à H***, recourant, représenté par Me Boris Heinzer, avocat à Lausanne,

et

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

_____

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant I*** d'origine ***, né en ***, sans formation certifiée, marié à deux reprises, a travaillé comme professeur de sport de 1984 à 1985, puis réparateur de vélo de 1988 à 1989 dans son pays d'origine. Arrivé en Suisse en 1997 en qualité de requérant d'asile, il a obtenu le statut de réfugié, avant d'être mis au bénéfice d'une autorisation d'établissement. En Suisse, il a notamment travaillé dans la restauration, puis en tant que vendeur sur les marchés de 2004 à 2007.

Le 25 février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a réceptionné une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), datée du 5 septembre 2007, déposée par l'assuré en raison de lombalgies chroniques consécutives à un traumatisme subi dans son pays d'origine. Il a plus particulièrement indiqué qu'il avait été emprisonné et torturé par la police I*** et que ces événements lui avaient laissé des séquelles physiques et psychologiques.

Par rapport du 2 avril 2008 à l'OAI, la Dre F._____, médecin praticienne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif sévère, ainsi que de lombalgies et cruralgies chroniques et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de cure de hernie inguinale droite en septembre 2007. Elle a observé que l'assuré n'avait travaillé que ponctuellement depuis son arrivée en Suisse, que l'activité exercée n'était actuellement pas exigible et qu'il était trop tôt – vu l'état psychique et physique de l'intéressé – pour savoir quels travaux pouvaient encore être envisagés dans le cadre d'une activité adaptée.

Aux termes d'un rapport du 16 avril 2008 à l'OAI, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) depuis 1994 et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) depuis 2000. Elle a indiqué que l'assuré

n’exerçait pas d’activité pour le moment et qu’il n’y avait pas lieu de s’attendre à une reprise de l’activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Dans une annexe à son rapport, elle a en particulier noté l’absence de signes florides de la lignée psychotique et signalé que l’assuré se plaignait d’importants troubles du sommeil, de l’appétit et de la concentration, d’une nervosité (« se sent constamment sur la brèche ») et d’une irritabilité. Il décrivait en outre une anhédonie, une aboulie, un sentiment de vide, une difficulté à sortir de chez lui et un retrait social alors qu’il se sentait très angoissé lorsqu’il devait rester seul à son domicile. Il se plaignait également d’idées de concernement lorsqu’il se trouvait à l’extérieur et de ruminations à caractère obsessionnel sur ce qu’il avait vécu en prison, n’arrivant pas à se projeter dans l’avenir et à trouver un peu d’espoir.

Dans un compte-rendu du 28 mai 2008 à l’OAI, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics incapacitants de hernie inguinale droite remontant à plusieurs années et de douleurs testiculaires droites sur traumatisme direct (coups et blessures) depuis treize ans.

Le 20 août 2008, l’OAI a reçu les rapports suivants :

- un rapport d’examen radiologique de la colonne lombaire du 23 août 2002 concluant à des signes radiographiques de discopathie modérée L5-S1, sans autre anomalie mise en évidence sur le plan radiographique ;

- un rapport relatif à une CT lombaire du 14 août 2003, observant, d’une part, une protrusion discale postéro-médiane peu sténosante en L4-L5 dans un canal lombaire, dont les dimensions étaient dans les limites inférieures de la norme, rétréci par une hypertrophie des ligaments jaunes, susceptible de produire une compression du fourreau dural, et, d’autre part, une protrusion discale postéro-médiane paramédiane droite modérément sténosante en L5-S1, pouvant irriter la racine S1 droite à son émergence ;

- un rapport relatif à une CT cervicale du 5 septembre 2003, concluant à l'absence de hernie, de protrusion discale ou de sténose du canal rachidien ;

- un rapport de consultation du 28 novembre 2005 du Dr E._____, spécialiste en neurologie, dont il ressort que l'assuré présentait une douleur lombo-sacrée irradiant dans la cuisse droite, sans net substrat neurologique sous-jacent, qu'il s'agissait – de l'avis de ce médecin – d'une symptomatologie à forte composante fonctionnelle et qu'un traitement anti-dépresseur était indiqué.

Selon un rapport du 22 septembre 2008, le Dr K._____, médecin psychiatre, a signalé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (F33) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a attesté une incapacité de travail de 50 % d'avril 2005 à mars 2008 et de 100 % depuis mars 2008. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 29 janvier 2009, la Dre F._____ a précisé que l'assuré souffrait d'un état de mal-être global en relation avec une incarcération en I*** en 1996/1997, qu'il présentait une symptomatologie douloureuse intense et que les différents examens effectués avaient conclu à une problématique à connotation plutôt fonctionnelle. Elle a ajouté que l'intéressé souffrait sans doute d'une dépression sévère, que cette symptomatologie évoluait dans un contexte social totalement déstructuré et qu'une réhabilitation au travail ou une recherche d'emploi seraient dénuées de sens.

Faisant suite à un avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR) du 19 décembre 2008 préconisant la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, l'OAI a mandaté le L._____ (ci-après : le L._____), qui a rendu son rapport le 27 mars 2009. Dans ce rapport, les Drs M._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé

le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis environ 2008 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) depuis 1994, de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), de syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, utilisation épisodique (F12.26) depuis 1997 et de douleurs chroniques au niveau du testicule droit à la suite de séances de torture (N50.8) depuis 1997. Ils ont attesté une incapacité de travail, sur le plan psychique, de 100 % de début 2008 à l'automne 2008, puis une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques suivantes : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social.

Dans un rapport d'oeso-gastro-duodénoscopie du 17 avril 2009, le Dr P._____, spécialiste en gastroentérologie, a diagnostiqué une œsophagite stade Los Angeles A, avec suspicion d'une gastrite congestive. Il a relevé qu'un traitement d'épreuve aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) avait eu un effet bénéfique sur la symptomatologie et préconisé dès lors la poursuite de ce traitement tout d'abord pendant un mois, puis, selon besoin, à la dose minimale nécessaire, l'assuré s'étant par ailleurs vu communiquer des mesures d'hygiène de vie.

Par avis médical du 10 juin 2009, le SMR a, en se basant essentiellement sur les conclusions de l'expertise du L._____, retenu ce qui suit (*sic*) :

> « **Diagnostic influençant la capacité de travail**
> - Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 depuis 2008
>
> **Diagnostics sans influence sur la capacité de travail**
> - Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe en 1994
> - Douleurs du testicule droit
> - Syndrome de dépendance au cannabis
>
> Limitations fonctionnelles : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social. Aucune limitation fonctionnelle somatique.

> Le contrôle plasmatique de trimipramine et métabolites effectué le 25 mars 2009 objective une concentration plasmatique de médicament non-détectable. L'assuré ne bénéficie pas du traitement médicamenteux prescrit. Au vu de la thymie moyennement abaissée l'expert estime que le traitement antidépresseur est justifié et exigible avec dosages sériques en fonction de la clinique (page 21).
>
> Incapacité de travail : 100% dès le début de 2008 ; 50% à l'automne 2008 (soit dès le 22 septembre 2008).
>
> Il n'est pas possible actuellement de dire que l'atteinte à la santé psychique persiste après la mise en place des traitements exigibles. »

Par décisions des 18 mai et 12 juillet 2010, confirmant un projet de décision du 24 septembre 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1er janvier 2009. L'assuré n'a pas déposé de recours contre ces décisions.

B. **a)** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente ordonnée d'office par l'OAI, l'assuré a, le 18 mai 2010, complété un questionnaire, dans lequel il a signalé que son état de santé s'était dégradé depuis février-mars 2009, singulièrement qu'il présentait des problèmes aux mains depuis décembre 2008 et à l'estomac depuis mars 2009. Il a également précisé qu'en fonction de son état de santé, il avait besoin de l'aide d'autrui pour s'occuper de ses affaires administratives et qu'il allait bientôt être opéré des deux mains.

Par rapport du 27 mai 2010 à l'OAI, la Dre G._____ a retenu les diagnostics incapacitants « F33.3 + F62.0 (CIM-10) » depuis 1994, respectivement 2000. S'agissant de l'évolution de ces atteintes, elle s'est référée à son constat du 16 avril 2008 et a observé qu'il n'y avait pas de changement, si ce n'était une aggravation de la symptomatologie dépressive. Elle a, par ailleurs, fait état d'une incapacité de travail de 100 % ininterrompue depuis le 15 février 2008, en précisant que l'assuré n'avait jamais travaillé depuis qu'elle le connaissait.

Aux termes d'un rapport du 18 juin 2010 à l'OAI, le Dr O._____, nouveau médecin traitant, a exposé que l'assuré souffrait de gastrite chronique et statut après éradication de Helicobacter Pylori, de lombalgie non spécifique, d'hypercholestéromie sous régime alimentaire,

d'intolérance partielle au lactose, de tabagisme chronique et de status après opération d'une hernie inguinale. Il a, par ailleurs, évoqué un suivi psychiatrique pour état dépressif. Il a considéré que l'intéressé ne présentait actuellement aucune pathologie somatique nécessitant des prestations de l'AI et a corrélativement fait état d'une pleine capacité de travail sur le plan physique. Il a, pour le surplus, renvoyé à l'appréciation de la Dre G._____, psychiatre traitante, et annexé diverses pièces à son compte-rendu, dont notamment les documents suivants :

- le compte-rendu susmentionné d'oseo-gastro-duodénoscopie du 17 avril 2009 du Dr P._____ ;

- un rapport du 14 mai 2009 relatif à une radiographie du thorax de face, dans lequel la radiologue constatait un index cardiothoracique dans les limites de la norme, ainsi que l'absence de toute pathologie cardiovasculaire, pleuro-parenchymateuse, médiastinale ou hilaire ;

- un rapport du 16 juin 2010 du Dr E._____ observant que l'assuré mentionnait depuis plus d'une année une douleur mécanique intéressant la face antérieure du poignet droit et irradiant jusqu'au coude, qu'il n'y avait aucune anomalie significative sur le plan neurologique, que les examens pratiqués avaient permis d'exclure un syndrome du tunnel carpien significatif ou une neuropathie ulnaire et que le tableau évoquait en premier lieu un problème de tendinite au niveau du poignet droit ;

- un rapport du 17 juin 2010 du Dr R._____, spécialiste en urologie, exposant qu'il avait suivi l'assuré dès le 22 juin 2009, que le patient s'était initialement plaint de douleurs au scrotum à la suite de tortures subies en I***, d'une dysurie et d'une latence mictionnelle remontant à deux ou trois ans, qu'une mictiographique avait montré qu'il n'y avait pas de dysurie et qu'une échographie scrotale du 15 juillet 2009 s'était révélée normale ; ce médecin a précisé qu'après avoir manqué une consultation le 16 septembre 2009, l'intéressé ne l'avait plus jamais consulté.

Dans un rapport du 18 juin 2010, le Dr J._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il a indiqué que ce dernier souffrait de douleurs au niveau du membre supérieur droit consécutives à une luxation récidivante de l'épaule, d'une tendinite à l'avant-bras droit (un éventuel syndrome du tunnel carpien ayant été exclu), d'un status après cure de hernie inguinale à droite en 2007, ainsi que de douleurs testiculaires droites résultant de l'interrogatoire subi dans son pays natal. Il a signalé des limitations fonctionnelles en lien avec la tendinite de l'avant-bras droit et la luxation récidivante de l'épaule droite, à faire évaluer par un spécialiste en orthopédie traumatologique. Quant à la capacité de travail exigible, le Dr J._____ a considéré qu'il y avait là aussi lieu de requérir l'avis d'un orthopédiste.

Par avis du 1er décembre 2010, le SMR a observé que, sur le plan somatique, le Dr O._____ avait confirmé le 18 juin 2010 que la capacité de travail de l'assuré demeurait entière. S'agissant des troubles psychiques, le compte-rendu du 27 mai 2010 de la Dre G._____ n'apportait aucun élément nouveau prouvant l'aggravation de l'état de santé de l'intéressé. En particulier, la psychiatre faisait état d'une détérioration de l'état de santé sans détailler les éléments constitutifs de cette péjoration. Elle retenait, en outre, une incapacité totale de travail depuis le 15 février 2008, alors même que l'expertise du 27 mars 2009 du L._____ avait fixé la capacité de travail à 50 %. Cela étant, le SMR a considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions de l'expertise fixant la capacité de travail à 50 % avec des limitations fonctionnelles sous forme d'anhédonie, d'insomnie, de diminution de l'énergie vitale, de ruminations, de fatigabilité et de retrait social.

Par décision du 10 février 2011, confirmant un projet de décision du 6 décembre 2010, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité de l'assuré. Pour l'essentiel, l'OAI a retenu que les éléments apportés ne permettaient pas de démontrer une aggravation durable de l'état de santé de l'intéressé entraînant une diminution de sa capacité de travail. L'OAI a considéré que, dans ces conditions, l'assuré devait continuer à bénéficier d'une demi-rente AI basée sur un degré d'invalidité de 50 %.

b) Par acte du 14 mars 2011, l'assuré, alors représenté par Me Jean-Marc Courvoisier, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme et à ce que l'OAI entre en matière sur la demande d'augmentation de rente qu'il avait déposée, en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2009. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du 25 janvier 2011 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, selon lequel il souffrait toujours de douleurs cervico-dorso-lombaires, du testicule droit et d'un important état anxio-dépressif.

Lors de l'échange d'écritures, l'assuré a notamment produit un rapport du 4 juillet 2011 de la Dre G._____ retenant les diagnostics de troubles panique (F41.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et attestant une capacité de travail nulle depuis le 15 février 2008, date de la première consultation. L'OAI a produit un avis du 18 juillet 2011 du SMR, selon lequel une lecture attentive du rapport précité de la Dre G._____ permettait de conclure que l'état de santé de l'assuré correspondait parfaitement au tableau de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et qu'il n'existait ainsi pas, dans le status actuel de l'intéressé, d'éléments nouveaux qui démontraient une aggravation de son état de santé.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 13 mars 2013 (*** – ***), rejeté le recours et confirmé la décision attaquée en retenant que c'était à juste titre que l'OAI avait maintenu une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques de l'assuré en l'absence d'une modification significative de l'état de santé de ce dernier.

C. Répondant le 4 décembre 2013 à un questionnaire pour la révision de la rente, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis un an.

Instruisant la question de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et d'un éventuel droit à une allocation pour impotent, l'OAI a recueilli des rapports des 18 décembre 2013, 9 et 29 avril 2014 des Drs G._____ et S._____ et procédé à une enquête au domicile de l'assuré le 2 février 2015.

Par décision du 8 octobre 2015, confirmant un projet du 12 août 2015, l'OAI a alloué une allocation pour impotent de degré faible à l'assuré dès le 1er mars 2013. Ce droit a ensuite été confirmé les 2 avril 2019 et 18 juillet 2023.

Par décision du 26 octobre 2015, confirmant un projet de décision du 14 septembre 2015, l'OAI a refusé d'augmenter la rente AI au motif que les diagnostics posés par les Drs S._____ et G._____ dans leurs rapports des 9 et 29 avril 2014 restaient inchangés depuis leurs derniers rapports de 2011, tout comme les informations cliniques amenées.

D. Le 14 décembre 2016, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait subi une opération cardiaque et lui a transmis les cordonnées de ces différents médecins traitants afin que des rapports puissent leur être demandés « sur son état de santé très dégradé ».

Selon un rapport du 30 décembre 2016 de la Dre G._____, la situation de l'assuré était lentement mais sûrement en aggravation, avec une symptomatologie dépressive et somatisation, ainsi qu'un pronostic très défavorable.

Répondant à un questionnaire pour la révision de la rente le 4 janvier 2017, l'assuré a mentionné des problèmes cardiaques et pulmonaires et une dyspnée, en plus de ses maladies chroniques et psychiatriques, depuis mars 2016.

Le 9 janvier 2017, le Dr T._____, spécialiste en cardiologie, a adressé un rapport à l'OAI, avec, comme annexe, son rapport du 28 novembre 2016, selon lequel une coronographie avait mis en évidence une lésion significative juste à la jonction entre l'IVA [interventriculaire antérieure (réseau coronaire gauche)] I et II, qui avait nécessité une angioplastie et la pose de stent le 23 novembre 2016.

Par rapport du 2 octobre 2017 à l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique et pneumologie, a retenu les diagnostics d'état anxieux, de troubles de la diffusion sans emphysème documenté, de cardiopathie ischémique, de tabagisme actif et de déconditionnement musculaire.

Par avis du 15 mai 2018, le SMR a estimé qu'une capacité de travail de 50 %, qui n'avait pas évolué depuis 2009, était toujours possible et que la situation était stable et inchangée.

Par décision du 4 septembre 2018, confirmant un projet du 21 juin 2018, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, dès lors que le taux d'invalidité restait fixé à 50 %. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

E. Le 18 mars 2025, l'assuré a demandé une réévaluation de sa rente, en raison de ses « grands problèmes de santé » et transmis différents rapports, dont notamment :

- un rapport du 7 mai 2024 de la Clinique W._____ posant les diagnostics de status après STEMI (infarctus du myocarde avec élévation de segment ST) sur subocclusion thrombotique de l'IVA moyenne traitée par PTCA (Angioplastie coronarienne transluminale percutanée) et un stent actif le 7 décembre 2023, coronographie le 7 décembre 2023, ETT (échocardiographie transthoracique) le 8 décembre 2023, de status après PTCA et stent actif sur l'IVA en 2016 avec sept coronographies itératives, nouveau stent le 3 novembre 2021, ainsi que les diagnostics de

tempérament anxieux et de SAOS (Syndrome d'apnée obstructive du sommeil) ;

- un rapport du 3 octobre 2024 du Dr T._____ en lien avec une évaluation et un suivi tensionnel ;

- un rapport du 17 mars 2025 du Dr Y._____, médecin praticien et médecin traitant, mentionnant que l'assuré présentait une pathologie cardiaque extrêmement lourde avec des répercussions psychologiques importantes.

Le 13 juin 2025, le Dr T._____ a répondu à un questionnaire de l'OAI, dans lequel il a indiqué qu'un temps de présence de 50 % pouvait être assuré par l'assuré, tout en retenant le diagnostic de probable vasospasme coronarien, et transmis une attestation, dont on extrait ce qui suit (*sic*) :

> « Le médecin soussigné atteste suivre **Monsieur B._____ –*****
> depuis 2016, en raison d'une cardiopathie ischémique. En effet, le patient présentait un angor typique pour lequel les examens ont mis en évidence une lésion significative sur l'IVA proximale et moyenne, nécessitant la mise en place d'un stent.
>
> Par la suite, le patient a perpétuellement présenté des symptomatologies thoraciques, en partie attribuées à des spasmes coronariens et récidives de coronaropathie en 2017 et 2018 traitées par angioplasties. Par ailleurs, en 2023, le patient présente un infarctus sur lésion thrombotique, ayant nécessité une nouvelle angioplastie et pose de stent. Depuis, il a présenté une récidive de cardiopathie ischémique avec une nouvelle procédure d'angioplastie intrastent en mai 2024.
>
> **Actuellement,** la situation objective reste plutôt stabilisée avec un dernier bilan par IRM de stress négative. L'évolution et le suivi dépendront de sa situation coronarienne et la prise en charge très stricte des FRCV dont un arrêt de son tabagisme.
>
> **Son traitement actuel** consiste en Aspirine cardio 100, Effient 10 lx/jour, Blopress 16 plus 1 x/jour, Blopress 8 mg 1 cpr le soir, Dilzem retard 90 mg 1 cpr 2x/j, Cardura CR 4 1 x/j, Ranexa 375 mg 1 cpr 2x/j, Procoralan 5 mg V2 cpr matin et soir, Dancor 10 mg 1 cpr Pantozol 20 mg 1 cpr/j, QQ*** 10/40 mg 1 cpr le soir, Temesta Expidet en réserve, Isoket spray en réserve, Vitamine D gouttes 1 x/mois, Vitamine B 12 lx/jour. »

Le 23 juin 2025, l'OAI a réceptionné un rapport du Dr BF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort ce qui suit (*sic*) :

> **« 1. La personne assurée exerce-t-elle une activité lucrative (à temps partiel) ?**
> Non
>
> **2. Une augmentation est-elle possible et exigible par le biais des mesures professionnelles progressives ?**
> Non
>
> **3. Quel temps de présence (heures par jour) peut-elle assurer ou peut-on exiger d'elle ?**
> 0 heure. Aucune activité professionnelle n'est envisageable actuellement.
>
> **4. A quelles conditions la tentative d'augmenter le temps de présence a-t-elle des chances de succès ou autrement dit, quels sont les éléments particuliers à prendre en compte dans ce contexte ?**
> La fragilité somatique et psychique marquée, ainsi que l'isolement social et les troubles anxieux chroniques contre-indiquent une telle tentative à ce jour.
>
> **5. Avez-vous connaissance d'intérêts ou d'aptitudes de la personne assurée qui pourraient être déterminants pour son intégration professionnelle ?**
> La personne assurée a démontré par le passé un intérêt pour l'activité physique (fitness), mais ses limitations actuelles somatiques et psychiques ne permettent pas d'envisager une intégration.
>
> **6. Quelle stratégie ou quelles ressources la personne assurée utilise-t-elle en situation de stress/sous la pression ?**
> Les stratégies actuelles sont limitées. Il existe une tendance au repli, à la rumination anxieuse et à la plainte somatique. Le soutien institutionnel est recherché (CMS, aide administrative).
>
> **7. La personne assurée présente-t-elle une dépendance à des psychotropes qui annihile ou réduit les chances de succès de mesures de réadaptation ?**
> Non
>
> **8. Évolution et modifications de l'état de santé depuis l'octroi de la rente ?**
> L'état de santé s'est globalement péjoré sur le plan somatique (syndrome coronarien aigu en 12/2023, pose de stents, instabilité tensionnelle) et psychique (anxiété persistante, isolement accru).
>
> **8a. En cas de modifications, quelles ont été les incapacités de travail attestées ?**
> Sans objet (non documentées précisément en pourcentages)
>
> **9. Symptômes actuels/état de santé actuel**

Troubles anxieux persistants, insomnie, repli social marqué, inquiétudes somatiques chroniques, douleurs multiples, état dépressif résiduel.

10. Indications subjectives de la personne assurée
La personne se plaint d'un épuisement, d'une anxiété constante, d'un sentiment d'isolement et de difficultés à sortir de chez elle.

11. Diagnostics objectifs

- **6B43.1 – Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive persistante**, en lien avec les limitations chroniques de santé somatique, les deuils migratoires, l'isolement social et les facteurs de précarité.

- **6B41 – Trouble de stress post-traumatique persistant (forme chronique)**, avec reviviscences somatiques (hypervigilance, ruminations, tension corporelle), symptômes d'évitement, et sentiment d'impuissance récurrent, sans reconstitution complète des souvenirs. L'intensité et la chronicité des troubles justifient une prise en charge médicamenteuse (ISRS) et psychothérapeutique. Cependant, le tableau n'atteint pas les critères complets du **PTSD complexe (6B41.1)**, notamment en l'absence de dysrégulation affective majeure ou de troubles marqués de l'identité ou des relations interpersonnelles.

- **6D10.Z – Trouble de la personnalité spécifié autrement (traits anxieux-évitatifs et dépendants)** : on observe des éléments de retrait social, d'évitement des situations perçues comme éprouvantes, une faible affirmation de soi, et une grande passivité dans les démarches, sans toutefois constituer un trouble de la personnalité autonome pleinement structuré. Ces éléments sont plutôt à comprendre comme une vulnérabilité préexistante, renforcée par les facteurs traumatiques et somatiques.

- Maladie coronarienne avec pose de 6 stents (suivi cardiologique)

12. Quelle est la capacité de travail exigible ? a) dans l'activité habituelle : 0% depuis plusieurs années

12. b) dans une activité adaptée ?
0% depuis plusieurs années

13. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
Limitations physiques importantes à l'effort ; instabilité tensionnelle ; troubles anxieux envahissants ; fatigabilité ; difficultés d'adaptation ; absence de rythme régulier ; isolement relationnel.

14. Nature et portée du traitement actuel
Prise en charge psychiatrique et sociale, introduction d'un ISRS (escitalopram 5 mg/j), refus de benzodiazépines par le médecin traitant en raison de pathologies somatiques.

15. Médication actuelle (avec indication de la dose)

CO-CANDESARTAN Spirig 16/12.5 mg : 1 comp. le matin

DILZEM Retard 90 mg : 1 comp. le matin

DOXAZOSIN Cimex 4 mg : 1 comp. le soir

PRASUGREL Mepha Lactab 10 mg : 1 comp. le matin

PROCORALAN 5 mg : 1 comp. le soir

ASPIRINE CARDIO 100 mg : 1 comp. le matin

RANEXA 500 mg : 1 comp. matin et soir

CANDESARTAN 8 mg : 1 comp. le soir

ROSUVASTATIN 20 mg : 1 comp. le soir

PANTOPRAZOLE 20 mg : 1 comp. le matin

EZETIMIB ROSUVAST : 1 comp. le soir

ISOKET spray 15 ml : 1 pulvérisation en réserve

DAFALGAN 1 g : 1 comp. au besoin

NOVALGIN 500 mg : 1 comp. au besoin (réserve)

ASPEGIC 500 mg : 1 sachet au besoin (réserve)

ESCITALOPRAM 10 mg : 1 comp. le matin

16. La thérapie/le traitement/la médication devraient-ils être adaptés en cas de mesure de réadaptation ?
Non

17. Pronostic
Pronostic réservé. L'évolution globale reste défavorable sur le plan de l'insertion
professionnelle, en raison des troubles anxieux persistants, de l'isolement social, et des comorbidités somatiques graves.

18. Autres remarques
Un accompagnement soutenu est recommandé, dans une visée de maintien de stabilité psychique et d'accès aux soins somatiques. Aucun projet professionnel ne peut être envisagé à ce jour. »

Le 25 juin 2025, l'OAI a réceptionné différents rapports de la part du Dr Y._____, dont notamment :

- un rapport du 30 mai 2023 relatif à une IRM lombaire et sacro-iliaque concluant à une arthrose interfacettaire bilatérale étagée de L3-L4-L5-S1 avec capsulite en L4-L5 et L5-S1 bilatérale, kyste arthrosynovial

postérieur de 6 mm de L4-L5 droit, à un bombement discal circonférentiel en L4-L5-L6-S1, sans protrusion, ni extrusion et à l'absence de conflit radiculaire ;

- un rapport du 6 juin 2025 du Dr T._____, dont il ressort qu'il avait organisé un bilan fonctionnel complémentaire par IRM de stress, qui restait exempte de toute ischémie ;

- un rapport du 22 juin 2025 du Dr Y._____ posant les diagnostics de souffle court et fatigue, d'emphysème, de status post infarctus en 2023, de lombosciatalgies sur arthrose et hernie discale (protrusion), de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), de PTSD (post traumatic stress disorder) et d'infections urinaires à répétition et attestant une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité.

Par avis du 20 août 2025, le SMR a retenu ce qui suit (*sic*) :

« Date de la demande : 18.03.2025

Nouvelle demande

Assuré de *** ans, au bénéfice d'une ½ rente, CT de 50% reconnue dans toute activité en raison de troubles psychiques.

Dans l'axe psychiatrique : RM Dr BF._____ du 23.06.2025 : aucun élément clinique objectif ne vient évoquer une modification significative de l'état de santé ; l'IT est considérée comme nulle depuis des années, l'appréciation mêle atteinte somatique et psychiatrique.

Dans l'axe cardiaque : le Dr T._____, RM du 06.06.2025 et 03.10.2024, atteste d'une situation stable et rassurante avec un bilan fonctionnelle exempt d'ischémie. CT de 50%, dépendant de la situation psychique, effort modéré.

Le Dr Y._____, généraliste fait état d'une situation stationnaire dans son RM du 22.06.2025.

Une IRM lombaire du 30.05.2023 est rassurante avec quelques signes d'arthrose parfaitement compatible avec l'âge de l'assuré.

Conclusion : situation inchangée »

Suivant cet avis, l'OAI a, par décision et prise de position du 3 octobre 2025, confirmant un projet du 22 août 2025, refusé d'augmenter la

rente d'invalidité de l'assuré, motif pris qu'il ressortait de l'instruction de la procédure de révision qu'aucune aggravation objective de son état de santé n'était rendue plausible et que sa capacité de travail de 50 % demeurait inchangée.

F. Par acte du 16 octobre 2025, B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 3 octobre 2025, concluant implicitement à son annulation, ainsi qu'à la poursuite des investigations et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Aux termes d'une décision du 24 novembre 2025, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 novembre 2025 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Boris Heinzer, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 18 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse en renvoyant à l'avis SMR du 20 août 2025, ainsi qu'à sa prise de position du 3 octobre 2025.

Répliquant le 25 mars 2026, sous la plume de son mandataire, l'assuré a conclu principalement à la réforme de la décision du 3 octobre 2025, en ce sens qu'il était reconnu en incapacité totale de travail et qu'il avait droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a relevé que le rapport du 23 juin 2025 du Dr BF._____ était loin d'être une appréciation vague mêlant somatique et psychiatrique, comme le prétendait le SMR dans son avis du 20 août 2025, mais était au contraire une évaluation détaillée et codée, selon la classification CIM-11, qui établissait clairement que l'incapacité de travail était totale et permanente dans tous les domaines d'activité. Il a ensuite fait valoir que l'interprétation faite par le SMR du rapport du Dr T._____ du 13 juin 2025 ne rendait absolument pas compte de ce que ce médecin avait réellement écrit. En effet, en tant que spécialiste en cardiologie, il

s'était seulement prononcé sur le volet cardiaque de la capacité de travail et renvoyait expressément au psychiatre pour une appréciation globale. Quant à l'appréciation du rapport du 22 juin 2025 du Dr Y._____, le SMR n'en avait retenu que la mention « stationnaire » à la question de l'évolution et de la modification de l'état de santé, en omettant le fait que ce médecin avait attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité. En outre, l'OAI n'avait jamais procédé à une évaluation de l'effet cumulatif des différentes atteintes dont il souffrait sur sa capacité fonctionnelle globale. En définitive, il existait des doutes considérables quant à l'appréciation de sa capacité de travail et l'avis du SMR, qui constituait le seul fondement médical de la décision attaquée et contredisait les conclusions unanimes des médecins traitants. A titre de mesure d'instruction, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en vue d'apprécier son incapacité de travail, respectivement son invalidité. A l'appui de son écriture, le recourant a produit une attestation du 23 mai 2025 du Dr Y._____ mentionnant une totale incapacité de travail et un certificat du 10 juillet 2025 du Dr BF._____, ainsi qu'un courriel du 20 mars 2026 du Dr AA._____, spécialiste en cardiologie, commentant un rapport de Holter ECG du 5 février 2026 et indiquant que son état cardiovasculaire apparaissait incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, en raison du risque vital inhérent à son trouble du rythme.

Par réplique du 16 avril 2026, l'OAI a produit un avis SMR du 7 avril 2026, dont il ressort que seul le courrier du cardiologue du 20 mars 2026 rendait vraisemblable une aggravation de l'état de santé. Or la modification était attestée postérieurement à la date de la décision litigieuse, qui devait ainsi être confirmée, dès lors qu'on ignorait comment la situation avait évolué depuis, à la suite de la réévaluation du traitement cardiaque.

Dupliquant le 20 mai 2026, le recourant a allégué que le rapport du 20 mars 2026 du Dr AA._____ n'était ni un fait nouveau, ni un constat *ex nihilo* et ne faisait que confirmer une situation préexistante, déjà documentée par le Dr T._____ en juin 2025. Il pouvait dès lors être pris en compte par la Cour des assurances sociales et servir de fondement à la

réforme de la décision attaquée. En outre, le caractère prétendument « postérieur » de ce rapport n'était qu'une conséquence directe du défaut d'instruction de l'intimé, qui ne saurait dès lors se prévaloir de son propre manquement pour écarter cette évaluation cardiologique. Enfin, il a relevé que l'évolution cardiologique avait déjà été rendue plausible antérieurement à la décision attaquée et que l'OAI aurait dû instruire plus avant au lieu de figer la situation sur une lecture sélective du dossier.

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)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est péjoré au point de modifier son droit à la rente depuis la décision du 4 septembre 2018 maintenant le droit à une demi-rente d'invalidité.

b) 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). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de

moins de 55 ans au 1er janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88*a* RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la décision litigieuse du 3 octobre 2025 fait suite à la demande de révision déposée le 18 mars 2025 par le recourant. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022 trouve donc application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'éventuelle augmentation de la rente ne peut intervenir au plus tôt qu'à partir du mois où cette demande a été présentée.

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.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022), 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). 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).

c) Conformément à l'art. 88*a* al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. **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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les

placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) Fondés sur les art. 54*a* LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5. 1 et les références). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et les références ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

e) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la

décision attaquée a été rendue (TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

5. **a)** En l'espèce, le recourant s'est vu octroyer une demi-rente d'invalidité, par décisions des 18 mai et 12 juillet 2010, dès le 1er janvier 2009. Ces décisions se fondaient essentiellement sur le rapport d'expertise du 27 mars 2009 du L._____, attestant une capacité de travail nulle dès le début de l'année 2008, puis une capacité de travail de 50 % à partir de l'automne 2008 pour des motifs psychiques. Dans le cadre d'une procédure de révision ordonnée d'office par l'OAI en mai 2010, cet office a rendu une décision le 10 février 2011 refusant d'augmenter la demi-rente d'invalidité de l'assuré, qui a été confirmée par la Cour des assurances sociales dans son arrêt rendu le 13 mars 2013 (*** – ***). Le 4 décembre 2013, le recourant a fait part à l'OAI d'une aggravation de son état de santé depuis une année, sans que les rapports produits dans le cadre de l'instruction de cette demande n'aient permis de démontrer une telle aggravation (cf. rapports des 18 décembre 2013, 9 et 29 avril 2014 des Drs G._____ et S._____), ce qui a conduit à un refus de la part de l'OAI d'augmenter la rente d'invalidité du recourant (cf. décision du 26 octobre 2015). Dès 2016, l'intéressé a connu des problèmes d'ordre cardiaque, ayant notamment dû subir, le 23 novembre 2016, une angioplastie et la pose de stent (cf. rapport du 28 novembre 2016 du Dr T._____), ce qui n'a toutefois pas justifié l'augmentation de la rente d'invalidité du recourant, dès lors qu'il conservait une capacité de travail de 50 % selon un avis SMR du 15 mai 2018 (cf. décision de l'OAI du 4 septembre 2018).

Dans le cadre de sa demande de réévaluation du 18 mars 2025, le recourant a fait valoir de « grands problèmes de santé » en s'appuyant sur un rapport du 7 mai 2024 de la Clinique W._____ et des rapports des 3 octobre 2024 et 17 mars, 6, 13, 22, 23 juin 2025 des Drs T._____, BF._____ et Y._____. Suivant l'avis du SMR du 20 août 2025, selon

lequel la situation était restée inchangée, l'OAI a refusé d'augmenter la rente du recourant (cf. décision du 3 octobre 2025). Or l'avis du SMR est peu étayé et comporte des erreurs dans l'analyse des rapports produits par le recourant, comme cela sera développé ci-dessous.

b) aa) Selon le recourant, le SMR a procédé à une lecture tronquée et simpliste du rapport du 13 juin 2025 du Dr T._____, en déduisant qu'il attestait une situation stable et rassurante, avec un bilan fonctionnel exempt d'ischémie et une capacité de travail de 50 %, dépendante de la situation psychique, avec un effort modéré. En réalité, le Dr T._____ a attesté une incapacité de travail de 50 % pour les seules atteintes cardiaques, en réservant l'appréciation des autres médecins concernant l'incapacité résultant d'atteintes ne relevant pas de sa spécialité. En effet, le cardiologue a indiqué, à la question 12, que la capacité de travail « dépend[ait] de sa situation psychologique, à voir avec son psychiatre » et, à la question 6, qu'il fallait voir avec le psychiatre traitant et le médecin traitant pour la question de la stratégie et des ressources du recourant. En outre, le Dr T._____ a mentionné une évolution coronarienne défavorable, le rapport documentant une cardiopathie ischémique évolutive et un pronostic conditionné à l'évolution de la coronaropathie, ce qui rendait nécessaire des investigations complémentaires, notamment rythmologiques, qui ont précisément été réalisées par la suite.

bb) Quant au rapport du 22 juin 2025 du Dr Y._____, le SMR en a retenu que l'évolution de l'état de santé était stationnaire. Or ce rapport doit être lu en parallèle avec celui du 17 mars 2025 de ce médecin, selon lequel le recourant présentait une pathologie cardiaque extrêmement lourde avec des répercussions psychologiques importantes et qu'il n'était pas en capacité de travailler. En mai 2025, le Dr Y._____ faisait déjà état de l'existence de multiples pathologies incompatibles avec un travail et du fait que le recourant était « 100% inapte au travail quel qu'il soit » (cf. attestation du 23 mai 2025). Dans son rapport du 22 juin 2025, le Dr Y._____ a attesté une capacité de travail nulle dans tous les domaines d'activité et procédé à une évaluation de l'ensemble des pathologies du

recourant, à savoir un souffle court, de la fatigue, de l'emphysème, un statut post infarctus en 2023, des lombosciatalgies, un BPCO, un PTSD et des infections urinaires à répétition (cf. question 10), pour retenir une aggravation significative de son état de santé. Ainsi, on ne saurait retenir que la situation stationnaire, à laquelle s'est référé le SMR dans son avis du 20 août 2025, se rapporterait à une situation où le recourant disposerait d'une capacité de travail de 50 %.

cc) S'agissant du rapport du 23 juin 2025 du Dr BF._____, le SMR a relevé qu'aucun élément clinique objectif ne venait évoquer une modification significative de l'état de santé, l'incapacité de travail étant considérée comme nulle depuis des années, et que l'appréciation mêlait atteinte somatique et psychiatrique. Or, contrairement à ce que mentionne le SMR, ce rapport rappelle que l'état de santé du recourant s'est globalement péjoré sur les plans somatique (syndrome coronarien aigu en décembre 2023, pose de stents et instabilité tensionnelle) et psychique (anxiété persistante, isolement accru), ainsi que l'interaction entre ces différentes atteintes. Il a encore répondu à différentes questions relatives à l'évolution et à la modification de l'état de santé du recourant, à ses symptômes, aux limitations fonctionnelles, à la nature et à la portée du traitement, ainsi qu'au pronostic. Ainsi, le fait que le Dr BF._____ mentionne les comorbidités somatiques ne signifie nullement que son évaluation psychiatrique manquerait d'objectivité. Il est au contraire médicalement indispensable d'intégrer l'ensemble des atteintes pour apprécier la capacité fonctionnelle globale d'un patient.

Le Dr BF._____ a encore attesté une capacité de travail de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, tout en précisant un temps de présence de 0 heure et qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable, ce qu'il a confirmé dans un certificat du 10 juillet 2025, selon lequel l'incapacité de travail du recourant pouvait être qualifiée de totale et permanente dans tous les domaines d'activité professionnelle, tant en raison des limitations psychiatriques que des limitations somatiques. A cet égard, on relèvera que le SMR a, dans son avis du 20 août 2025, mentionné que le Dr BF._____ considérait l'incapacité

de travail comme nulle depuis des années, faisant une confusion entre capacité et incapacité de travail.

dd) Au vu de ce qui précède, le SMR ne pouvait pas retenir que la situation du recourant était inchangée.

c) Postérieurement à la décision attaquée du 3 octobre 2025 et à la réponse de l'intimé du 18 décembre 2025, le recourant a effectué un examen Holter ECG de 24 heures le 5 février 2026 auprès du Dr AA._____, qui a notamment révélé 284 extrasystoles ventriculaires (ESV), 24 paires ventriculaires (V-Pairs), un rythme idioventriculaire accéléré (RIVA) et des anomalies de repolarisation avec sous-décalage du segment ST de - 2.9 mm. Dans son rapport du 20 mars 2026, le Dr AA._____ a conclu à la présence d'un « substrat arythmogène instable, exposant le patient à un risque accru d'arythmie ventriculaire maligne, notamment de tachycardie ou fibrillation ventriculaire ». Selon le spécialiste, le risque de mort subite par arrêt cardiaque devait être considéré comme élevé, en particulier lors de situations de stress ou d'effort physique. Il a préconisé une réévaluation thérapeutique, une adaptation du traitement du recourant, ainsi qu'une surveillance cardiologique accrue. Enfin, il a conclu que l'état cardiovasculaire du recourant apparaissait incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, en raison du risque vital inhérent à son trouble du rythme.

Ces constatations, fondées sur un examen objectif réalisé postérieurement à la décision attaquée, infirment directement l'appréciation du SMR, qui n'a pas examiné le recourant (cf. consid. 4d *supra*), selon laquelle la situation cardiaque était stable, exempte d'ischémie et inchangée.

d) Au vu des rapports recueillis par l'OAI dans le cadre de la procédure de révision et de ceux produits lors de la procédure de recours, ainsi que de l'examen Holter ECG du 5 février 2026 et du rapport du Dr AA._____ du 20 mars 2026, l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant convergent vers le constat d'une aggravation de l'état de santé.

e) aa) Si le SMR a mentionné, dans son avis du 7 avril 2026, qu'une aggravation était vraisemblable dans l'axe cardiaque dès février 2026, l'OAI a retenu, dans sa réplique du 16 avril 2026, que le courrier du cardiologue du 20 mars 2026, qui se rapportait à l'enregistrement cardiaque de février 2026, rendait vraisemblable une aggravation de l'état de santé, qui était toutefois postérieure à la décision litigieuse du 3 octobre 2025.

bb) En l'occurrence, l'autorité intimée ne saurait être suivie. En effet, le rapport Holter ECG du 5 février 2026 et le rapport du 20 mars 2026 du Dr AA._____ ne décrivent pas une pathologie nouvelle soudainement apparue après la décision du 3 octobre 2025, mais objectivent au contraire un substrat arythmogène ventriculaire, qui est en lien avec la cardiopathie ischémique dont souffre le recourant depuis 2016. Or cette cardiopathie est documentée au dossier de l'intimé bien avant la décision attaquée. En effet, en 2016 déjà, le recourant a subi une angioplastie et la pose de stent (cf. rapport du 28 novembre 2016 du Dr T._____). En 2017, le Dr V._____ a posé le diagnostic de cardiopathie ischémique (cf. rapport du 2 octobre 2017). En 2017 et 2018, le recourant a présenté des symptomatologies thoraciques et des récidives de coronopathies en 2017 et 2018 (cf. rapport du 13 juin 2025 du Dr T._____). Un nouveau stent a été posé le 3 novembre 2021, puis le recourant a été victime d'un infarctus du myocarde sur lésion thrombotique traité par angioplastie et stent le 7 décembre 2023 (cf. rapport du 7 mai 2024 de la Clinique W._____ et 23 juin 2025 du Dr BF._____). A cet égard, le Dr BF._____ a relevé, dans son rapport du 10 juillet 2025, une maladie coronarienne grave, avec antécédent de syndrome coronarien aigu en décembre 2023 et la pose de six stents, nécessitant un traitement cardiovasculaire intensif et une surveillance rapprochée. Le recourant a ensuite présenté une récidive de cardiopathie ischémique avec une nouvelle procédure d'angioplastie intrastent en mai 2024 (cf. rapport du 13 juin 2025 du Dr T._____). En octobre 2024, le Dr T._____ mentionnait une situation limite avec une pré-HTA systolique diurne et un abaissement nycthéméral insuffisant nécessitant un rendez-vous de contrôle en fin d'année. On notera encore que le recourant suit un traitement comportant plus d'une quinzaine de médicaments (cf. rapport

des 13 et 23 juin 2025 des Drs T._____ et BF._____). Certes, le 6 juin 2025, le Dr T._____ a constaté que le bilan fonctionnel par IRM de stress était exempt d'ischémie et que les symptômes dont souffrait le recourant étaient probablement d'origine spastique, avec une réponse aux dérivés nitrés sublinguaux. Cela ne signifie toutefois pas encore que ces symptômes, notamment des sensations de brûlures, n'allaient pas être investigués et que la situation cardiaque était stable.

Au vu de ce qui précède, il ne fait pas de doute que l'aggravation de l'état du recourant sur le plan cardiaque est antérieure à la décision du 3 octobre 2025. Ainsi, le rapport d'examen du 5 février 2025 et le courriel du 20 mars 2026 du Dr AA._____ peuvent être pris en compte, dès lors qu'ils ont trait à la situation du recourant telle qu'elle se présentait avant la décision attaquée (cf. consid. 4e *supra*). On notera encore qu'on ignore l'incidence de cette aggravation sur les pathologies psychiatriques, ainsi que les interactions entre les différentes pathologies rencontrées par le recourant. En effet, celui-ci souffre, en plus de ses problèmes cardiaques, d'un PTSD chronique, d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et d'un trouble de la personnalité lié à la torture subie en I***, sur le plan psychiatrique (cf. rapports des 16 avril 2008, 27 mai 2010, 4 juillet 2011, 18 décembre 2013 et 29 avril 2014 de la Dre G._____ et rapport du 22 septembre 2008 du Dr K._____) ; sur le plan pneumologique, d'un emphysème pulmonaire et d'un BPCO (cf. rapport du 22 juin 2025 du Dr Y._____) ; sur le plan rhumatologique, de discopathie modérée L5-S1 et d'arthrose L3-S1 avec protrusion discale (cf. rapport d'examen radiologique du 23 août 2002 et rapport relatif à une CT lombaire du 14 août 2003) et, sur le plan urologique, de douleurs chroniques liées aux sévices subis (cf. rapports des 28 mai 2008 du Dr J._____, 17 juin 2010 du Dr R._____ et 9 avril 2014 du Dr S._____). Or, on constate, à l'instar du recourant, que l'OAI n'a jamais procédé à une évaluation de l'effet cumulatif de ces atteintes sur sa capacité fonctionnelle globale.

f) Au vu de ce qui précède, le recourant a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé sur le plan cardiaque antérieurement à la décision litigieuse. En outre, l'instruction de l'intimé s'avère lacunaire dès

lors qu'elle ne permet pas de se déterminer sur l'état de santé global du recourant depuis la dernière décision du 4 septembre 2018.

6. **a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

7. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur les plans cardiaque et psychiatrique à tout le moins, le cas échéant en mettant en œuvre une expertise, et 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 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 3 octobre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Boris Heinzer (pour B._____),
- 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 :