

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Wiedler, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure  
Greffière : Mme Lopez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à U\*\*\*, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, plâtrier peintre, a déposé, le 13 mai 2013, une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale et une arthrose du genou existant depuis octobre 2012.

Dans le cadre de cette demande, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'OAI auprès du C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_). Les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont chacun examiné l'assuré et rédigé un rapport médical le 31 juillet 2018. Ils ont également procédé à une évaluation consensuelle de l'assuré, selon laquelle ils ont retenu comme diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, une maladie coronarienne monotronculaire avec infarctus antéro-septal sur sub-occlusion de l'artère interventriculaire antérieure moyenne traitée par angioplastie et un stent actif en S\*\*\* le 31 décembre 2016, un diabète de type 2 existant depuis 2013, une fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée à deux reprises en 2015 et 2016, une lombalgie basse dans un contexte de lésions dégénératives L4-L5 et L5-S1, une gonarthrose fémoro-tibiale médiale évoluée, fémoro-patellaire avec ostéochondromatose associée, un syndrome d'apnées du sommeil modéré avec composante positionnelle appareillée depuis 2015, un déficit vestibulo-cochléaire connu depuis 2007, appareillé depuis 2014, une hypertension artérielle depuis de nombreuses années, une obésité et des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Sur le plan cardiovasculaire, le Dr F.\_\_\_\_\_ a notamment relevé que, depuis son infarctus du 31 décembre 2016, l'assuré présentait une dyspnée d'effort de stade 2 selon NHYA et a considéré que la maladie coronarienne limitait les efforts et les déplacements importants mais n'avait pas de conséquence sur la capacité de travail. En sus, les experts ont considéré que le diabète contre-indiquait la conduite professionnelle, les travaux en hauteur et l'utilisation de machines avec risques de blessures en raison des risques d'hypoglycémie.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, il était retenu une contre-indication au port de charges supérieures à 5 kg, à la station debout prolongée, aux mouvements d'antéflexion du tronc, et aux déplacements sur terrain accidenté. Le diagnostic psychiatrique retenu n'était quant à lui pas incapacitant et n'impliquait pas de limitation fonctionnelle. Les experts ont conclu à une incapacité totale et définitive dans l'exercice de l'activité habituelle de plâtrier peintre mais à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 22 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2014. Il a considéré qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, l'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle et son degré d'invalidité s'élevait à 100 %. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite progressivement amélioré et ce dernier avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> juin 2014. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : port de charges limité à 5 kg, éviter la position debout prolongée et les mouvements d'antéflexion du tronc ainsi que la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de travail sur échafaudages ni d'utilisation de machines à risque, pas de conduite professionnelle, favoriser un travail avec horaires fixes et de jour, en position assise avec possibilité de faire des pauses. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 72'930 fr. et le revenu avec invalidité de 59'560 fr. laissait apparaître une perte de gain de 13'370 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 18 % insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

L'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui l'a rejeté et a confirmé la décision de l'OAI par arrêt du 6 novembre 2019 (AI 128/19 - 352/2019). En substance, la cour a considéré que les conclusions des experts F.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ étaient exemptes de contradictions et particulièrement bien motivées, de sorte qu'il fallait reconnaître à leur rapport d'expertise une pleine valeur probante.

**B.** Le 13 mai 2020, la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a adressé une lettre à l'OAI, dans laquelle elle a fait part d'une aggravation sévère de l'état de santé de l'assuré au niveau psychologique, ayant nécessité la reprise du suivi psychiatrique suspendu en raison de la pandémie de COVID-19.

L'assuré a ensuite déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 juin 2020, en faisant état d'atteintes à la colonne vertébrale, à la jambe gauche, à la hanche droite, aux genoux et aux fesses, d'une crise cardiaque, d'apnées du sommeil, de troubles de la vision, d'un diabète, d'une perte d'audition et d'un suivi psychiatrique. Il a joint en particulier un rapport établi le 16 mars 2020 par les Drs L. \_\_\_\_\_ et C.L.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, dans lequel ils ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche et de disco-spondylarthrose de type MODIC 1 en L4-L5. L'assuré avait subi une infiltration transforaminale de la racine L5 gauche en février 2020, mais gardait une impotence à la marche liée à la gonarthrose bilatérale sévère, pouvant également avoir un impact sur la statique dorsale.

La Dre E.\_\_\_\_\_ a écrit un nouveau courrier à l'OAI le 18 juin 2020, dans lequel elle précisait que la péjoration sur le plan psychologique était majeure. Son patient présentait un état dépressif s'aggravant, avec des idées suicidaires. Sur le plan physique, les lombalgies étaient en recrudescence, avec des sciatalgies à bascule actuellement prédominantes à gauche depuis une infiltration effectuée le 28 mai 2020. Les gonalgies étaient « *maximales* » en raison d'une altération totale de l'articulation des deux genoux. La situation était en revanche stable sur le plan cardiovasculaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 mars 2013.

Dans un rapport du 22 septembre 2020, les Dres D.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont indiqué qu'un suivi mensuel avait repris dès le 11 mai 2020. Elles ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), existant depuis « *au moins 2017* ».

L'OAI a établi un projet de décision le 2 mars 2021, prévoyant de rejeter la nouvelle demande de prestations, faute de modification significative de l'état de santé de l'assuré depuis sa décision du 22 février 2019, confirmée sur recours le 8 novembre 2019.

L'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision le 1<sup>er</sup> avril 2021. Dans ce cadre, il a produit les pièces médicales suivantes :

- un courrier de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2021, exposant que, compte tenu des symptômes cardiaques, pulmonaires, métaboliques, locomoteurs sévères et psychiatriques, il paraissait « *évident* » que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité ;
- un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021 par la psychologue N. \_\_\_\_\_ et la neuropsychologue D.L. \_\_\_\_\_, concluant notamment à ce que l'examen avait révélé des troubles cognitifs sur plusieurs plans, dont l'interprétation était limitée par une possible majoration des déficits, un état dépressif, un contexte familial problématique et l'impact de la médication ;
- un rapport d'évaluation psychiatrique établi le 16 novembre 2021 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Selon ce spécialiste, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette pathologie, les symptômes fonctionnels ainsi que les comorbidités somatiques et les problèmes cognitifs de l'intéressé rendaient l'assuré incapable d'intégrer le marché du travail ; seule une activité occupationnelle restait envisageable.

Dans un avis du 17 décembre 2021, après examen des nouvelles pièces médicales, le SMR a relevé que l'examen neuropsychologique ne comportait pas de tests de validation et que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ décrivait une situation ayant peu évolué depuis

2017. Il s'agissait par conséquent d'une appréciation différente d'une situation identique.

Par décision du 3 janvier 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, estimant qu'il n'y avait aucune modification significative de l'état de santé depuis la décision du 22 février 2019.

L'assuré, par acte du 4 février 2022, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée.

Dans des observations spontanées du 8 avril 2022, le recourant a indiqué qu'il avait subi une intervention sur le genou droit le 18 mars 2022, ce qui était « *un élément de plus de la détérioration de son état de santé* ».

Par arrêt du 19 octobre 2022 (CASSO AI 33/22 - 311/2022), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré. En substance, la Cour a retenu que sur le plan somatique, les douleurs lombaires, sciatiques et articulaires invoquées à l'appui de la deuxième demande du 11 juin 2020 étaient essentiellement les mêmes que celles décrites lors de l'expertise pluridisciplinaire du 31 juillet 2018. Les médecins consultés en 2020 évoquaient certes une recrudescence des douleurs mais sans décrire de nouvelles limitations fonctionnelles ou une aggravation objectivable. Les difficultés à la marche, à la flexion des genoux, la limitation de la distance mains-sol, les douleurs à la mobilisation des hanches et les lombosciatalgies irradiantes étaient déjà présentes en 2017. L'intensité douloureuse rapportée (4/10) était identique à celle mentionnée lors de l'expertise. Quant à l'atteinte des genoux, l'indication opératoire existait déjà lors de l'expertise du 31 juillet 2018, de sorte que l'intervention ultérieure n'était pas propre à démontrer une dégradation survenue au courant de l'année 2020. Ainsi, aucune péjoration substantielle de l'état somatique de l'assuré n'avait été rendue vraisemblable. Sur le plan psychiatrique, la Cour a relevé que les médecins traitants avaient posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, mais que la symptomatologie décrite en 2020 et 2021 (tristesse, irritabilité, fatigabilité, troubles de la concentration, isolement social, ralentissement psychomoteur) correspondait à celle documentée dès 2017

et reprise dans l'expertise psychiatrique du C.\_\_\_\_\_. Cette expertise, à laquelle une pleine valeur probante avait été reconnue, n'avait retenu aucune limitation fonctionnelle affectant la capacité de travail, malgré la présence de symptômes anxiodépressifs récurrents. Les nouvelles pièces fournies à l'appui de la deuxième demande de prestations n'avaient fait état ni d'un changement qualitatif ni d'un changement quantitatif du tableau clinique, et les divergences entre médecins traitants et expert procédaient d'une appréciation différente d'un état demeuré inchangé. En l'absence d'éléments objectifs attestant d'une aggravation psychiatrique influençant la capacité de travail, aucune modification notable de l'état psychique n'avait ainsi été établie.

Par acte du 11 novembre 2022, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral à l'encontre de l'arrêt susmentionné.

Par arrêt du 24 janvier 2023 (TF 9C\_524/2022), le Tribunal fédéral a rejeté ledit recours et confirmé l'arrêt cantonal.

**C.** Entre-temps, par courrier du 18 octobre 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une aggravation de son état de santé due à une attaque cardiaque subie le 1<sup>er</sup> octobre 2022.

Par rapport du 8 novembre 2022, la Dre E.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait été victime, le 2 octobre 2022, d'un infarctus sur occlusion de l'IVA moyenne, traitée par un stent actif. Elle a ajouté que l'intéressé était connu pour un syndrome métabolique avec un diabète de type II, une hypertension artérielle, un syndrome d'apnées du sommeil traité par CPAP, des lombosciatalgies sur troubles dégénératifs sévères. L'assuré souffrait également d'une arthrose des deux genoux et une prothèse totale du genou gauche avait été mise en place en mars 2022. La pose d'une prothèse totale du genou droit était également prévue pour le 21 octobre 2022 mais cette opération avait été différée en raison de l'infarctus et des traitements anticoagulants. Selon cette médecin, il était évident que le cumul des diverses pathologies avec aggravation récente rendait une reprise du travail totalement impossible dans l'immédiat.

Pour donner suite à une demande de complément d'informations de l'OAI, la Dre E.\_\_\_\_\_, par rapport du 29 février 2024, a indiqué que l'assuré avait présenté un infarctus NSTEMI sur occlusion subaiguë de l'IVA moyenne le 2 octobre 2022, traité par stent. Elle a ajouté qu'il avait développé une récurrence de fibrillation auriculaire motivant une cardioversion électrique le 3 octobre 2023. Sur le plan pulmonaire, l'intéressé bénéficiait d'un appareillage pour syndrome d'apnée pulmonaire et, au niveau orthopédique, il avait bénéficié de la mise en place d'une prothèse totale du genou droit le 9 juin 2023. La médecin a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, status après infarctus, fibrillation auriculaire, mise en place de stent, prothèse totale des deux genoux et d'état anxio-dépressif, ajoutant que son patient devait éviter de porter des charges et de travailler dans un milieu stressant. La Dre E.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle a encore noté, sur le plan orthopédique, un bénéfice après la mise en place des prothèses de genou. En annexe, la Dre E.\_\_\_\_\_ a fourni :

- un protocole opératoire du 9 juin 2023 du Dr A.F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, concernant la mise en place de la prothèse du genou droit ;
- un rapport du 3 octobre 2023 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, faisant état de la cardioversion électrique pratiquée avec succès ;
- un rapport du 12 décembre 2023 du Dr I.\_\_\_\_\_ qui concluait à un bon contrôle de l'arythmie auriculaire complexe après une augmentation de la médication.

Le 5 mars 2024, l'OAI a réceptionné un formulaire de nouvelle demande du 25 février 2024 de l'assuré dans lequel ce dernier se prévalait de problèmes de genoux, d'une hernie discale et de problèmes cardio-vasculaires.

Sur demande de l'OAI, le Dr I.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 28 février 2024, réceptionné le 28 mars 2024, a indiqué que l'état de santé de l'assuré présentait une péjoration progressive malgré le traitement médicamenteux maximal. Il a retenu les diagnostics d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection abaissée, dans le cadre d'une cardiopathie ischémique (infarctus myocardique en 2016 et 2022) ainsi qu'une cardiopathie rythmique avec une fibrillation auriculaire paroxystique persistante, ayant nécessité une nouvelle cardioversion électrique en octobre 2023, et un syndrome métabolique comprenant un diabète de type II, une hypertension artérielle et une obésité. Le médecin a ajouté que l'examen clinique montrait des signes d'une insuffisance cardiaque compensée, mais surtout d'importantes douleurs ostéoarticulaires, limitant la marche, qui se faisait à pas lents et en boitant, et les mouvements du tronc. Il a encore noté des limitations ostéoarticulaires diffuses du tronc et d'origine cardiaque avec une dyspnée pour des efforts modestes. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et qu'il n'y avait eu aucune amélioration des limitations fonctionnelles. Il a également souligné qu'une mesure de réinsertion ne paraissait pas envisageable. En annexe de son rapport, il a notamment transmis :

- une lettre définitive de sortie du 3 octobre 2022 du Service des soins intensifs des Dres Z.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjointe et médecin assistante à B.\_\_\_\_\_ ;
- un avis de sortie du 6 octobre 2022 de la Dre U.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital [...] retenant le diagnostic de NSTEMI sur occlusion subaiguë de l'IVA moyenne le 2 octobre 2022 ;
- un rapport d'IRM cardiaque du 10 mars 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie.

Par rapport du 15 mars 2024 à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a indiqué suivre l'assuré pour une perte auditive

neurosensorielle bilatérale avec une perte auditive globale de 95 %. Il a ajouté que l'intéressé était au bénéfice d'un appareillage auditif.

Dans son rapport du 2 octobre 2024 à l'OAI, le Dr A.F. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré pour la dernière fois le 22 août 2023 et que, suite à la pose de la prothèse totale du genou droit le 9 juin 2023, l'évolution était satisfaisante, tant sur le plan objectif que subjectif ; le patient remarquait sans ses cannes avec une flexion-extension du genou à 110.0.0.

Par avis du 15 novembre 2024, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments permettant de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles ou une péjoration de l'état de santé de l'assuré, dans la mesure où ce dernier avait bien récupéré de l'infarctus survenu en octobre 2022 et que l'évolution était favorable suite à la pose de prothèse totale du genou droit.

Dans un projet de décision du 6 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en se fondant sur l'avis SMR du 15 novembre 2024.

L'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision le 12 février 2025, faisant valoir, en substance, que l'avis SMR du 15 novembre 2024, alors qu'il s'écartait des avis du Drs I. \_\_\_\_\_ du 28 février 2024 et de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 29 février 2024, était insuffisamment motivé. Il a en outre sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 28 février 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré estimant qu'il n'y avait aucune modification significative de l'état de santé depuis la précédente décision. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a ajouté que l'assuré avait bien récupéré de l'infarctus du mois d'octobre 2022 et de la pose de prothèse totale du genou droit en juin 2023 et que, sur le plan cardiologique, l'évolution était également satisfaisante. Il a indiqué que, dans ces circonstances, il ne se justifiait pas de mettre en place

des mesures d'instruction complémentaires. Les aggravations de l'état de santé présentées depuis la dernière décision du 3 janvier 2022 n'étaient pas durablement incapacitantes et n'avaient pas produit de nouvelles limitations fonctionnelles.

**D.** Représenté par Me Jean-Michel Duc, B. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée par acte du 4 avril 2025, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il soit mis au bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. L'intéressé a remis en cause la valeur probante de l'avis SMR du 15 novembre 2024 et s'est prévalu des conclusions des rapports des Drs I. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, respectivement des 28 et 29 février 2024, faisant état d'une péjoration de son état et d'une incapacité totale de travail. Il a également reproché à l'OAI de s'être basé, pour ce qui était de l'aspect orthopédique, sur le rapport du 2 octobre 2024 du Dr A.F. \_\_\_\_\_, dans la mesure où celui-ci ne s'était pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Le recourant a encore soulevé qu'il souffrait de dépression sévère et que l'aspect psychique de son état de santé n'avait pas été pris en compte dans la décision querellée. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que des débats publics.

Par réponse du 6 juin 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, estimant que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant n'avaient pas connu de modification durable et significative et a renvoyé à ce sujet à l'avis SMR du 15 novembre 2024 ainsi qu'à sa prise de position du 28 février 2025.

Par réplique du 24 juin 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Par courrier du 30 janvier 2026, le recourant a renoncé à la fixation d'une audience de débats publics.

## **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 ou à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations déposée le 18 octobre 2022, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une aggravation depuis la décision de l'intimé du 3 janvier 2022.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date

déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022. En revanche, en cas de révision, la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 reste applicable, si la modification déterminante s'est produite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; ch. 1007 à 1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 28 février 2025, fait suite à une demande de prestations déposée en octobre 2022, ouvrant un éventuel droit aux prestations après le 31 décembre 2021. Il en découle que le droit s'applique dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée,

réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**c)** 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**d)** 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 ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**e)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 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 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références).

**4.** En l'occurrence, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 octobre 2022 en raison d'un infarctus survenu le 1<sup>er</sup> octobre 2022 (cf. nouvelle demande du 18 octobre 2022), de problèmes aux genoux et d'une hernie discale (cf. formulaire de nouvelle demande du 25 février 2024). A l'appui de son recours du 24 juin 2025, il a également fait valoir une péjoration de son état de santé psychique.

**a)** Sur le plan somatique, et plus particulièrement des problèmes de genoux, le recourant se réfère au rapport du 8 novembre

2022 de la Dre E. \_\_\_\_\_ qui estime qu'il est en incapacité totale de travail, ce qu'elle atteste déjà depuis 2017. Dans son rapport du 29 février 2024, cette médecin ne fait toutefois pas état de nouvelles limitations fonctionnelles consécutives à la pose de prothèses des genoux ; au contraire, elle a noté un bénéfice après leur mise en place. En sus, dans son rapport du 2 octobre 2024, le Dr A.F. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution favorable suite à la pose de la prothèse du genou droit le 9 juin 2023. Par ailleurs, il n'a pas établi de nouvelle limitation fonctionnelle ou d'incapacité de travail à la suite de cette opération. Il convient dès lors de retenir que sur ce plan, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré d'une manière significative.

Sur le plan cardiologique, le recourant se prévaut de l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 décembre 2023, ce dernier concluait à un bon contrôle de l'arythmie auriculaire complexe après majoration du traitement médicamenteux. Toutefois, dans son rapport du 28 février 2024, ce médecin a fait état d'une incapacité de travail totale et d'une évolution défavorable avec une insuffisance cardiaque donnant lieu à des limitations fonctionnelles, soit des limitations ostéoarticulaires diffuses du tronc et d'origine cardiaque avec une dyspnée pour des efforts modestes. Le SMR a retenu pour sa part que le cardiologue mentionnait dans son rapport du 28 février 2024 uniquement une péjoration dans l'axe ostéoarticulaire. Cette appréciation ne peut être suivie, dans la mesure où le Dr I. \_\_\_\_\_ constate aussi et surtout une insuffisance cardiaque et des limitations fonctionnelles en lien avec celle-ci. Or le SMR ne se prononce pas sur cette insuffisance cardiaque et sa répercussion sur la capacité de travail. L'expertise du 31 juillet 2018 retenait pourtant que la maladie coronarienne limitait les efforts et les déplacements, que le diabète contre-indiquait la conduite professionnelle, les travaux en hauteur et les activités nécessitant l'utilisation de machines avec risques de blessures en raison des risques d'hypoglycémie, de sorte que ce sont ces limitations fonctionnelles qui avaient été retenues dans le cadre des précédentes décisions de l'intimé. Ainsi, sur le plan cardiologique, lors des décisions antérieures, on retenait que l'intéressé devait limiter ses efforts. A présent, le cardiologue indique, après l'infarctus du 2 octobre 2022, qu'il doit limiter les efforts même

modestes, ce qui paraît être une aggravation non prise en compte ni même discutée par le SMR. On ignore ainsi si les limitations fonctionnelles liées à la dyspnée d'efforts modestes sont de même nature et de même intensité que celles qui avaient été retenues et si elles permettent encore une activité professionnelle adaptée. Il convient également de noter que la Dre E.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 29 février 2024, a également ajouté, sur le plan des limitations fonctionnelles, le fait d'éviter de travailler dans un milieu stressant. Les rapports au dossier ne permettent pas d'évaluer l'évolution de la situation et de se prononcer sur l'existence d'éventuelles nouvelles limitations fonctionnelles plus sévères sur le plan cardiologique. L'intimé devra interroger une nouvelle fois le spécialiste afin de déterminer l'impact de l'atteinte (insuffisance cardiaque) sur la capacité de travail et évaluer l'existence d'une éventuelle péjoration.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir demandé de rapport actualisé au Dr A.F. \_\_\_\_\_ ou mis en œuvre une expertise. Or il ne s'est prévalu d'une péjoration sur ce plan, ni lors du dépôt de sa nouvelle demande, ni dans la formule officielle remplie le 25 février 2024 et n'a produit aucun rapport médical à cet égard, ni même au stade du recours, laissant envisager une aggravation sur ce plan. Par ailleurs, le 13 février 2024, l'intéressé n'indiquait aucun psychiatre ou psychologue dans la liste des médecins qui le suivaient. Or, il appartenait au recourant de faire valoir une péjoration de son état de santé sur le plan psychiatrique dès le dépôt de sa nouvelle demande du 18 octobre 2022, voire pendant l'instruction, ce qu'il n'a pas fait. Ainsi, il ne saurait être tenu grief à l'intimé de n'avoir pas demandé de rapport actualisé au psychiatre traitant ou d'avoir omis de mettre en œuvre une expertise psychiatrique alors qu'une péjoration de son état sur ce plan n'était pas alléguée.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 28 février 2025 par l'intimé annulée. La cause est renvoyée à ce dernier afin \_\_\_\_\_ qu'il procède à un complément d'instruction au sens des considérants en vue d'une nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle a droit le recourant 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, qui succombe.

**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 28 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires par 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) 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 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 :