

VD_GERICHTE ZD21.048017 vom 21. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.048017

FR: VD_GERICHTE ZD21.048017 du 21 novembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.048017 del 21 novembre 2022

Erwägungen

E. 1

a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 ; étant précisé que le nouveau domicile du recourant constitué à Genève en 2016 n'a ainsi aucune conséquence sur la compétence de la Cour de céans), 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 de loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 3

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de

- 7 - la décision litigieuse rendue le 14 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

E. 4

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

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). 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

- 8 - intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 4.3

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant

d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) 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,

- 9 - 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 6

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral

- 10 - souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

E. 7

Il y a lieu d'examiner en l'espèce si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, depuis la précédente décision au fond, datée du 10 décembre 2013.

- 11 - Pour rendre cette décision, l'intimé s'était fondé sur les avis du SMR des 10 juillet et 3 décembre 2013, lesquels retenaient, sur la base du rapport du 11 janvier 2013 du Dr Q._____, que les suites opératoires du quadruple pontage coronarien (effectué le 19 juillet 2012 en raison d'une atteinte tritronculaire) se déroulaient bien ; l'auscultation cardiaque était normale sans souffle ni bruit, le cœur était cliniquement compensé, les artères étaient toutes palpées sans souffle, élues d'angor résiduel, et le test d'effort ne démontrait pas d'ischémie pour un niveau d'effort largement supra habituel chez le recourant, lequel était très sédentarisé depuis son intervention chirurgicale ; la fonction systolique était au demeurant bonne sans indice de dysfonction diastolique. Par ailleurs, le diabète de stade 2 et les lombalgies sur troubles dégénératifs, mentionnés dans les rapports des 28 décembre 2012 et 15 novembre 2013 du Dr H._____, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. De même, les douleurs thoraciques postopératoires et la fatigue avaient été prises en compte par le Dr Q._____ dans son rapport du 18 juin 2013. S'agissant finalement des « altérations psychiques », si elles étaient évoquées dans le rapport du 15 novembre 2013 du Dr H._____, ce dernier ne les étayait pas par son anamnèse, ne posait pas de diagnostic, ne mentionnait pas de status psychiatrique et ne faisait pas état de consultation spécialisée, de sorte qu'il ne pouvait leur être reconnu une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

E. 8

Afin de déterminer si la situation du recourant sur les plans somatique et psychiatrique a évolué, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 16 août 2021 du T._____. a) Sur le plan rhumatologique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant, mentionnant uniquement un syndrome de dysbalance musculaire lombaire (sans radiculalgie ni syndrome irritatif) et un status post-chirurgie du tunnel carpien bilatéral. Il a exposé que le recourant se plaignait essentiellement de douleurs lombaires basses, à l'épaule gauche ainsi qu'au niveau de la plante des pieds et des mollets ; il n'avait toutefois jamais fait l'objet d'une prise en charge rhumatologique, effectué de bilan radiologique ou bénéficié de traitement à visée

- 12 - rhumatologique, hormis du Dafalgan en appoint. A teneur des résultats de l'examen clinique complet de l'expert, une pathologie incapacitante, des critères en faveur d'une fibromyalgie ou un rhumatisme inflammatoire n'étaient pas mis en évidence. L'examen des mains et des poignets ne montrait aucune séquelle liée à la chirurgie du tunnel carpien bilatéral. En définitive, l'examen rhumatologique était strictement normal, une simple limitation au niveau de l'élévation latérale de l'épaule gauche, sans signe de bursite ou de tendinite avérée, ayant été relevée. L'expert en a conclu qu'il n'existait aucun déficit propre au domaine de la rhumatologie, considérant que le recourant se plaignait principalement de douleurs aux membres inférieurs, lesquelles étaient liées à une polyneuropathie d'origine diabétique – ce que confirmait d'ailleurs l'experte en médecine interne générale (cf. consid. 8b infra). Aussi, l'expert a conclu à l'absence de toute incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, et de limitations fonctionnelles depuis toujours. Cette appréciation rejoint par ailleurs celle des 10 juillet et 3 décembre 2013 du SMR, lequel avait déjà relevé que les lombalgies, mentionnées par le Dr H._____,

n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. b) Sur le plan de la médecine interne générale, l'experte a retenu les diagnostics incapacitants de status post-cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne tritrunculaire sévère (traitée par quadruple pontage aorto-coronarien au mois de juillet 2012) et de diabète de type 2 insulino-réquerant, déséquilibré et compliqué d'une polyneuropathie et d'une rétinopathie (depuis 2012). Sur la base des plaintes du recourant et après avoir procédé à un examen clinique complet, l'experte a mis en évidence que l'auscultation cardiovasculaire et pulmonaire n'avait pas retrouvé de cardiopathie décompensée et que la polyneuropathie de stade 2 n'entravait pas la marche et n'entraînait pas de trouble de l'équilibre. De surcroît, l'experte a pris en compte l'avis des médecins traitants du recourant, relevant, d'une part, que le dernier bilan biologique du 20 août 2020 transmis par le Dr H._____ montrait un diabète déséquilibré avec une HbA1C (hémoglobine glyquée) à 10 %, laquelle pouvait expliquer les complications macro et microangiopathiques,

- 13 - et, d'autre part, que le rapport du 2 novembre 2020 du Dr E._____ était cohérent avec l'expertise, de sorte qu'il convenait de le rejoindre sur les limitations fonctionnelles liées au diabète. L'experte a dès lors considéré que l'activité d'employé polyvalent de conciergerie ne correspondait pas au profil d'effort du recourant en raison de la cardiopathie ischémique, de sorte que sa capacité de travail dans cette activité était restée nulle depuis la dernière décision du 10 décembre 2013 de l'intimé. Elle a en revanche retenu que la capacité de travail du recourant était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (ne pas monter sur des échafaudages ni conduire des machines ; travail de nuit à régler selon les conditions du travail de nuit des diabétiques ; pas d'activités dans un environnement mal éclairé et de conduite automobile ; pas de travail physique avec port de charges supérieures à 15 kg ; travail sédentaire) avec une baisse de rendement de 10 % liée à l'atteinte diabétologique (laquelle nécessitait de faire des pauses pour le contrôle, la prise de médicaments ou encore l'alimentation) à compter de la décision du 10 décembre 2013. c/aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique conformément aux règles de l'art. Il a rapporté que le recourant se plaignait de troubles de la mémoire, d'entendre constamment « des bruits dans sa tête », d'irritabilité quotidienne, de ne pas « se sentir bien » moralement, d'avoir des idées suicidaires (lesquelles s'arrêtaient lorsqu'il pensait à ses enfants) et d'expérimenter des crises d'angoisse et de larmes ; il indiquait également avoir coupé tout contact social, « ne supportant pas les gens ». Selon l'expert, l'examen clinique mettait en évidence que le recourant était orienté aux quatre modes, que l'humeur était joviale et que la mimique et la gestuelle étaient adaptées, expressives et congruentes à l'humeur, le recourant étant souriant, calme et détendu. Les réponses étaient claires, cohérentes, adaptées, longues et détaillées. Il n'a pas été observé de tristesse, de crise de larmes ou de symptôme physique observable en faveur d'un état anxieux. Au contraire, le recourant partageait le focus visuel, soutenant le regard. La concentration et

- 14 - l'attention étaient stables et de bonne qualité. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire objectivable ou de trouble psychotique. En particulier, au cours de l'anamnèse, l'expert avait confronté le recourant à plusieurs incohérences, notamment le fait qu'il se plaignait de troubles de la mémoire, mais qu'il était capable d'expliquer de manière détaillée et chronologique toute son histoire et celle de sa maladie, ainsi que les dates de naissance de ses enfants, et le fait qu'il expliquait entendre constamment des bruits dans sa tête – lesquels étaient tellement forts qu'il avait envie de se suicider – et se sentir triste, alors que, lorsqu'il

décrivait sa journée-type, il exposait avoir de nombreuses activités distrayantes, dont regarder la télévision pendant des heures, écouter de la musique, enseigner le français à son épouse pendant une demie heure et aller prendre un café à l'extérieur avec elle quotidiennement, ainsi que se promener deux à deux heures et demi. Lorsqu'il avait été interrogé sur ces contradictions, le recourant ne s'était pas laissé démonter, n'avait pas semblé perturbé, n'avait pas bafouillé, rougi, tremblé ou transpiré et avait répondu sans aucune hésitation. En définitive, cette confrontation n'avait provoqué aucun symptôme anxieux chez le recourant. Plus encore, ce dernier était incapable de décrire une crise d'angoisse, tout en se plaignant d'en expérimenter beaucoup. Finalement, l'expert a relevé que le recourant consultait son psychologue une fois toutes les deux à trois semaines et bénéficiait d'un traitement antidépresseur et de benzodiazépines. Or, selon les analyses de laboratoires du 27 mai 2021, le dosage de benzodiazépines était négatif ; le taux d'antidépresseur était en revanche dans l'intervalle thérapeutique recommandé. Compte tenu de ses constatations objectives et des nombreuses incohérences relevées à l'anamnèse, l'expert a conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique. De surcroît, il est revenu de manière détaillée sur l'appréciation diagnostique du Dr I. _____ et l'a écartée. S'agissant du premier diagnostic de phobie sociale, il a relevé que ce genre de pathologie se développait souvent à l'adolescence. Or il ressortait de l'anamnèse que, durant son enfance, son adolescence et au cours de sa carrière professionnelle, le recourant n'avait jamais connu de difficultés relationnelles, à communiquer ou à interagir avec autrui. De

- 15 - même, à teneur de ses plaintes et de sa description d'une journée-type, le recourant ne faisait état d'aucun symptôme anxieux en lien avec ses interactions sociales ni de conduite d'évitement, signalant seulement être irritable. Au cours de l'examen clinique, même dans des moments fortement anxiogènes – en particulier lors de la confrontation des incohérences –, aucun symptôme anxieux ou gêne au niveau de l'interaction avec l'expert n'avaient été constatés. S'agissant du deuxième diagnostic de trouble anxieux et dépressifs mixte, l'expert a exposé que celui-ci était incompatible avec le diagnostic de phobie sociale sévère. En effet, par définition, il s'agissait d'une association de symptômes relativement mineurs et le diagnostic de trouble mixte n'était posé que si aucun autre diagnostic caractérisé anxieux ou dépressif ne pouvait être établi, tel que celui de phobie sociale sévère, lequel a pourtant été retenu par le Dr I. _____. De surcroît, la conduite thérapeutique n'était pas cohérente, dans la mesure où, depuis 2015, le psychiatre traitant avait maintenu le même traitement de Duloxétine (à une dose de 60 mg quotidienne), alors que ce médicament ne bénéficiait pas d'indication dans le traitement de la phobie sociale. S'agissant du dernier diagnostic de personnalité avec fonctionnement rigide et traits anxieux depuis l'adolescence, l'expert a expliqué que ce type de diagnostic était établi en cas de comportements anormaux et nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement. En particulier, les manifestations de ce trouble apparaissaient dans l'enfance et l'adolescence et étaient durables, profondément enracinées et à l'origine d'une souffrance personnelle considérable, s'accompagnant habituellement d'une dégradation du fonctionnement professionnel et social en raison d'un mode de fonctionnement clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Cela étant, le recourant ne réunissait à l'évidence pas les critères susmentionnés, ayant vécu une vie professionnelle, de couple et de famille harmonieuse et ne présentant pas de fonctionnement anormal ou disharmonieux dans plusieurs secteurs de son fonctionnement. Il avait en effet occupé le même poste de vendeur dans un magasin de tissus pendant 22 ans et, une fois arrivé en Suisse, avait travaillé pendant de nombreuses années dans des emplois impliquant d'être

exposé à des interactions sociales / personnelles

- 16 - importantes ainsi que des capacités d'adaptation et une souplesse dans le fonctionnement ; il n'y avait jamais rencontré de difficulté relationnelle et expliquait au contraire avoir été particulièrement apprécié. De même, il s'était marié en 1988, avait quatre enfants issus de cette union et partageait une excellente relation avec son épouse. bb) L'expert a examiné la situation à la lumière des différents indicateurs posés par la jurisprudence, faisant notamment état des nombreuses ressources du recourant, lequel était soutenu par son épouse, ses enfants et son psychiatre, et dont le comportement face à la maladie, le sens des réalités et sa capacité de jugement, sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi et sa capacité de régression ainsi que son intentionnalité et son dynamisme n'étaient pas altérés. cc) C'est ainsi que l'expert a considéré qu'il n'avait jamais existé d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, le recourant étant ainsi capable de travail à 100 % dans toute activité de tout temps. d) L'appréciation des experts n'a pas été valablement remise en cause par les médecins traitants du recourant. En effet, le Dr H. _____ considérait, dans son rapport du 15 septembre 2020, que la capacité de travail du recourant était nulle en raison d'un diabète insulino-dépendant, de douleurs des mollets et des pieds consécutives à une polyneuropathie, d'une cardiopathie ischémique chronique et de lombalgies chroniques. Cela étant, l'experte en médecine interne générale a expressément indiqué que l'incapacité de travail de 100 % dans tout type d'activité établie par ce médecin traitant n'était pas compréhensible, dans la mesure où, avec un profil d'effort adapté, le recourant était tout à fait capable d'avoir une activité professionnelle. Qui plus est, le Dr H. _____ n'a pas fait état, sur le plan rhumatologique, d'un quelconque status ni du résultat d'examens objectifs, se contentant de renvoyer au rapport du 11 juin 2019 du Dr K. _____, spécialiste en

- 17 - médecine interne générale. Or ce dernier indiquait que le bilan artériel des membres inférieurs était rassurant, sans artériopathie occlusive cliniquement significative, et considérait que le recourant souffrait probablement de douleurs en relation avec une polyneuropathie d'origine diabétique. De même, l'appréciation du Dr H. _____, sur le plan cardiovasculaire, n'est pas confirmée par le rapport du 4 mars 2019 du Dr Q. _____. Ce médecin exposait en effet que l'auscultation cardiaque était normale, que le cœur était compensé et que le test d'effort démontrait une limitation à l'effort causée par un manque de collaboration du recourant assez évident, ce qui expliquait que ledit test soit incomplet ; s'agissant néanmoins d'un effort déclaré largement supra-habituel, l'adaptation hémodynamique / tensionnelle (sous réserve du freinage chronotrope majoré par le bêtabloquant) était tout à fait normale, sans ischémie, angor ou arythmie ; le Dr Q. _____ notait toutefois que le diabète n'était pas sous contrôle. C'est par ailleurs le lieu de constater que les rapports du 4 mars 2019 du Dr Q. _____ et du 11 juin 2019 du Dr K. _____ rejoignent l'appréciation des experts, selon laquelle la cardiopathie n'était pas décompensée et que les douleurs des membres inférieurs étaient liées à la polyneuropathie diabétique. Enfin, sur le plan de la diabétologie, les avis de tous les médecins traitants susmentionnés – dont celui du Dr H. _____ – ont été valablement pris en compte par les experts, ceux-ci ayant retenu une baisse de rendement de 10 % en lien avec le diabète de stade 2 ainsi que des limitations fonctionnelles spécifiques à cette atteinte. S'agissant du rapport du 2 novembre 2020 du Dr E. _____, son appréciation de l'état de santé diabétologique du recourant et des limitations fonctionnelles qui en découlaient a été reprise par les experts

(cf. consid. 8b supra). De plus, le Dr E. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Finalement, dans son rapport du 23 septembre 2020, le Dr I. _____ estimait que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité. Cela étant, comme cela a été discuté ci-dessus (cf. consid. 8c supra), l'intégralité des diagnostics établis par ce psychiatre –

- 18 - soit de phobie sociale sévère, de trouble de la personnalité et de trouble anxieux et dépressif mixte – a été écartée par l'expert psychiatre. L'incapacité de travail associée auxdits diagnostics ne peut ainsi être suivie. e) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des observations et conclusions des experts, lesquels ont retenu – à la suite d'un examen circonstancié de la situation – une pleine capacité de travail, moyennant une diminution de rendement de 10 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 9

Il reste à examiner le degré d'invalidité du recourant. a/aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

- 19 - cc) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu

d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). b) En l'occurrence, il est constant que tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité doivent être déterminés sur une base statistique, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis 2013.

- 20 - Le revenu sans invalidité doit être fixé à 68'376 fr. 57, sur la base d'un salaire mensuel de 5'417 fr. ressortant de l'ESS pour l'année 2018 (tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, homme) calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire pour un taux d'activité de 100 % avec application d'une indexation de 0.9 % pour l'année 2019, laquelle est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente, respectivement pour l'évaluation de l'invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, il doit être arrêté à 61'538 fr. 91, sur la base d'un salaire mensuel de 5'417 fr. ressortant de l'ESS pour l'année 2018 (tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, homme) calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire pour un taux d'activité de 100 %, avec une baisse de rendement de 10 %. L'intimé y a appliqué un taux d'abattement supplémentaire de 10 %, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant. Ce faisant, il a correctement tenu compte des circonstances du cas d'espèce et n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en la matière. Cela étant, le revenu avec invalidité s'élève à 55'385 fr. 02 (61'538 fr. 91 – 10 %). Après comparaison des revenus statistiques sans et avec invalidité, le taux d'invalidité du recourant est de 19 %. c) Au final, il y a lieu de constater que la situation du recourant s'est légèrement péjorée sur le plan médical, le degré d'invalidité passant de 1 % à 19 %, insuffisamment toutefois pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité.

E. 10

a) En définitive, le recours doit être rejeté et, partant, la décision litigieuse confirmée. b/aa) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

- 21 - 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. bb) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. cc) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui a procédé sans mandataire qualifié et n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.