

VD_GERICHTE ZD22.012031 vom 14. Dezember 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.012031

FR: VD_GERICHTE ZD22.012031 du 14 décembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD22.012031 del 14 dicembre 2022

Erwägungen

E. 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.

- 11 -

E. 2

a) Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, le recourant se prévaut de la violation de son droit d'être entendu. Il reproche à l'OAI de n'avoir donné aucune suite à ses objections du 15 février 2022, de ne pas avoir eu accès au dossier de l'intimé et de n'avoir pas été en mesure de poser des questions à ses médecins. b) aa) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées). bb) Le droit d'avoir accès au dossier a pour but de connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et de jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées). cc) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. a pour but que la personne destinataire de

la

- 12 - décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2 in fine).
dd) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine

- 13 - formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées). c) En l'espèce, l'OAI a envoyé à l'assuré le 26 janvier 2022 un projet de décision, conformément à l'art. 57a LAI, qu'il a contesté par l'intermédiaire de son conseil (courrier du 15 février 2022 d'AXA-ARAG protection juridique). Le 1er mars 2022, l'OAI a adressé une lettre à teneur de laquelle il informait le conseil de l'assuré de la réception de son courrier de demande de renseignements du 15 février 2022, et que, compte tenu des règles applicables en matière de protection des données, il ne pouvait malheureusement pas y donner suite en l'absence d'une déclaration écrite de l'assuré l'autorisant à le faire. Ce n'est que par courriel du 11 mars 2022 (pièce 144) que le conseil a adressé la procuration demandée dûment signée par son mandant à l'OAI. Il en résulte comme conséquence que le conseil de l'intéressé n'a pas pu avoir accès au dossier et interroger les médecins traitants avant la notification de la décision entreprise du 7 mars 2022. Même si le recourant n'a eu l'occasion de s'exprimer sur le dossier complet de l'assurance-invalidité qu'au stade de la réplique, faculté à laquelle il n'a pas donné de suite dans le délai imparti au 21 juin 2022, il y a lieu de constater qu'il a pu, en agissant par son représentant, contester la décision entreprise, et ceci sans avoir produit à ce jour aucun rapport complémentaire de ses

médecins traitants, devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours au sens des art. 56 sv. LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée ; JEAN MÉTRAL, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 53 ad art. 61 LPGA). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction.

E. 3

a) Sur le fond, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 7 mars 2022, à refuser l'augmentation de la

- 14 - demi-rente d'invalidité versée au recourant depuis le 1er mars 2017 (cf. décisions des 24 avril et 5 mai 2020). Le recourant conteste la capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimé, dès lors qu'il présente une aggravation de son état de santé psychique justifiant la poursuite de l'instruction du dossier. b) aa) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022. bb) Si la décision concernant la révision d'un premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance- invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022). cc) En l'occurrence, le projet de décision concernant la demande de révision de rente a été rendu le 26 janvier 2022 et a été confirmé par décision du 7 mars 2022. L'état de santé du recourant sur le plan psychique s'est aggravé en octobre 2020 ce qui correspond à la prise en charge par la Dre F._____. La date déterminante est celle de janvier 2021, soit trois mois après l'aggravation observée (cf. art. 88a al. 2 RAI). L'ancien droit, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors en l'espèce.

E. 4

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

- 15 - encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen

matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

E. 5

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.

- 16 - b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). b) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 207/04 du 23 juin 2004 consid. 7 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1 ; TFA I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3).

E. 7

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_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 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

- 18 - placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique. 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_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

E. 8

a) En l'espèce, le recourant soutient ne plus être en mesure de reprendre une activité professionnelle à mi-temps compte tenu de l'aggravation de son état de santé psychique en octobre 2020. Il prétend dès lors à l'annulation de la décision attaquée de refus d'augmentation de la demi-rente d'invalidité allouée depuis le 1er mars 2017 ainsi qu'au

renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. L'intimé, de son côté, considère que l'intéressé bénéficie toujours d'une capacité résiduelle de travail à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques retenues qui, en l'absence de modification notable des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, justifie le maintien de la demi-rente d'invalidité allouée depuis le 1er mars 2017, basée sur un degré d'invalidité de 50 % (décisions des 24 avril et 5 mai 2020 de l'OAI).

- 19 - b) aa) Dans le cadre de la demande de prestations initiale, l'OAI a notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie) auprès de la K._____. Cette expertise a posé les diagnostics de douleurs chroniques d'origine mixte, lombaire et neurologique (M54.9), de probable polyneuropathie à petites fibres (M54.5), de lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs pluri-étagés modérés, de petite hernie discale latérale gauche L4-L5 sans compression radiculaire, d'épisode dépressif léger sans symptôme somatique (F33.0), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'hypertension artérielle traitée (I10). A dires d'experts, l'atteinte à la santé somatique, documentée en particulier au niveau des membres inférieurs avec la polyneuropathie des petites fibres, était responsable d'une limitation de 50 % de la capacité de travail de l'assuré, même dans une activité adaptée. Ils ont précisé que leur évaluation se rapportait à une incapacité de travail de « 50% par rapport à un 100% de temps de travail normal, avec un rendement normal ou d'une baisse de rendement de 50% sur un 100% de temps d'activité » et « pour tenir compte du déconditionnement global chez Monsieur A._____ qui est en incapacité de travail depuis plus de 3 ans ». Selon les experts, la prise en compte d'une capacité de travail exigible de 50 % se justifiait par le cumul des atteintes physiques et de la composante psychique résultant du trouble dépressif léger sans symptôme somatique ainsi que par la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; cette estimation comprenait également une baisse de rendement de 20 % retenue sur le plan psychique. Les limitations fonctionnelles retenues contre-indiquaient l'exercice par l'assuré d'activités physiquement lourdes, le port régulier de charges lourdes, l'exposition à des vibrations corporelles, les mouvements de rotation répétitif du tronc, les positions en porte-à-faux répétitives et régulières, les déplacements importants à pied notamment en terrain inégal ainsi que les activités en hauteur sur escabeaux et échelles (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 novembre 2019, pp. 4 et 7 ; rapport SMR du 9 décembre 2019 ; décisions des 24 avril et 5 mai 2020).

- 20 - bb) Dans le cadre de la révision de la rente d'invalidité initiée en novembre 2020, une expertise psychiatrique a été confiée par l'OAI au G._____. Posant les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), la Dre R._____ a constaté une modification de l'état de santé psychique de l'assuré. Elle a retenu l'absence de ressources en indiquant qu'une « capacité de travail adaptée à une atteinte psychiatrique, en l'absence d'un traitement médicamenteux suivi et d'une psychothérapie cognitivo-comportementale est de 50% dans une AA [activité adaptée] ». En l'absence d'indications plus précises au dossier sur le début de cette péjoration, elle a été fixée par le médecin du SMR à la date de la prise en charge psychiatrique de l'intéressé auprès de la Dre F._____ en octobre 2020 (rapport d'expertise psychiatrique du 4 janvier 2022, p. 23 sv. ; avis médical SMR du 25 janvier 2022). Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 4 janvier

2022 du G. _____, il convient d'examiner si l'experte psychiatre a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418). Tout d'abord les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) sont posés en référence à la Classification internationale statistique des maladies et des problèmes de santé connexe (CIM-10) ainsi qu'à la lumière des éléments cliniques constatés. Selon la jurisprudence, il s'agit d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne concernée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une atteinte à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

- 21 - Concernant le degré de gravité fonctionnelle des troubles, l'experte psychiatre a constaté la présence de manifestations concrètes des atteintes à la santé sur les activités de l'assuré depuis 2016 justifiant la prise en compte de limitations fonctionnelles. Son analyse se fonde sur le mini-CIF et retient pour chaque item un gradient de gravité (0 à 4 % [aucun problème] ; 5 à 24 % [problème léger] ; 25 à 49 % [problème moyen] ; 50 à 90 % [problème grave] et 90 à 100 % [problème absolu]). L'adaptation aux règles et routines, la planification et structuration des tâches, la flexibilité et les capacités d'adaptation, l'usage des compétences spécifiques, les capacités de jugement et prise de position ainsi que d'endurance, ainsi que l'aptitude à s'affirmer, à entretenir des relations proches et à des activités spontanées sont évalués comme étant des problèmes moyens. A l'inverse, l'aptitude à établir des relations avec les autres, à évoluer au sein d'un groupe, l'hygiène et soins corporels comme l'aptitude à se déplacer ne posent pas problème. Selon l'experte, ce tableau justifie la prise en compte de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues, à savoir que l'assuré doit également bénéficier d'horaires réguliers et ne pas travailler de nuit ; il ne peut assumer des tâches à responsabilité, ni être en contact avec le public. La relation avec des groupes de travail est complexe de sorte que l'intéressé ne peut qu'exercer des activités simples et répétitives dans un milieu de travail contenant et bienveillant. Il a en outre un besoin d'encouragement et de compréhension de la part de ses collègues de travail. S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, le recourant n'a pas adhéré au traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. Selon l'experte, il devrait bénéficier d'une réévaluation du traitement médicamenteux et de l'introduction d'une psychiatrie cognitivo-comportementale hebdomadaire ainsi que d'un contrôle par des dosages plasmatiques de la compliance au traitement médicamenteux. L'examen de ce critère n'est toutefois guère significatif puisqu'en l'état actuel le traitement ne saurait être une source de succès éventuel en termes de ressources.

- 22 - Relevant en lien avec le diagnostic de trouble de la personnalité, sans précision, que « la personne assurée est coupée de son ressenti émotionnel, il ne peut effectuer un travail psychothérapeutique, ce monde interne lui est inconnu, et quand il s'impose (le monde interne) la personne assurée est terrorisée, reste sidérée, incapable de donner une réponse autre qu'une douleur somatique ou un acte de violence ou le déni », l'experte a retenu que le comportement de l'assuré face à la maladie est la démission, que son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés, que sa capacité relationnelle, l'aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect ainsi que sa faculté à contrôler ses impulsions sont tous diminués, comme le sont également son estime de soi, sa capacité à l'autocritique ainsi que

son intentionnalité et son dynamisme alors que son système de défense est le repli. De l'avis de l'experte psychiatre, les ressources du recourant paraissent totalement diminuées. Pour ce qui concerne le contexte social, l'experte a retenu que l'assuré est soutenu par son neveu sans plus amples précisions. S'agissant de la cohérence, l'experte a écrit que, selon son examen, l'assuré est limité en fonction du profil d'effort. Elle a ainsi noté une autolimitation lors des épreuves se manifestant par une amplification du ralentissement et le refus d'avoir recours à un traducteur chez un assuré qui ne collabore ni au traitement médicamenteux ni au suivi psychiatrique depuis 2016. Moyennant une réévaluation du traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, l'experte fait part d'un profil d'effort à réévaluer dans le délai d'un an. A la lumière de l'analyse de ces critères, la capacité de travail résiduelle du recourant a été évaluée par l'experte psychiatre de manière conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 6 supra). Pour le reste, l'experte psychiatre a tenu compte des plaintes exprimées par l'assuré en les confrontant à ses propres constatations

- 23 - cliniques. Elle a fait une anamnèse complète et rapporté, puis apprécié les éléments composant le dossier. Elle a expliqué les motifs médicaux la conduisant à retenir certains diagnostics, respectivement à en écarter d'autres. L'experte du G. _____ a dûment motivé ses conclusions, et s'en tenant à son rôle, elle a distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. L'expertise ne souffre par conséquent d'aucune contradiction, ni de défaut manifeste. Ses conclusions peuvent dès lors être suivies. c) aa) L'examen du rapport d'expertise du G. _____ conduit à la prise en compte d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant survenue depuis l'automne 2020. Cette péjoration est de 30 %. La date d'aggravation retenue est octobre 2020, date du début de la prise en charge psychiatrique auprès de la Dre F. _____. L'incapacité de travail passe donc désormais à 50 % sur le plan psychiatrique. De leur côté, les experts de la K. _____ ont attesté une capacité de travail résiduelle de l'assuré à 50 %, même dans une activité adaptée. En ce qui concerne le taux de l'incapacité de travail, les experts de la K. _____ ont indiqué que la baisse de rendement de 20 % retenue sur le plan psychiatrique « ne s'additionn[ait] à [leur] avis pas à l'estimation somatique » (cf. rapport d'expertise de la K. _____, appréciation générale interdisciplinaire, p. 6). bb) Sur le plan somatique, l'atteinte à la santé était évaluée à 50 % par les experts de la K. _____, laquelle ne s'est pas aggravée selon le Dr S. _____ du SMR, respectivement ne s'est pas améliorée. cc) Les rapports des médecins traitants au dossier ne sont pas susceptibles de mettre en doute les conclusions des experts successifs. Le 4 mai 2020, la Dre J. _____ atteste une incapacité de travail totale de son patient du 1er mai au 30 juin 2020 au motif de

- 24 - maladie, sans plus amples précisions. Dans son rapport du 24 septembre 2020, elle confirme l'incapacité de travail totale de l'assuré dès le 1er septembre 2020 pour une durée indéterminée en insistant sur la nécessité d'une prise en charge psychiatrique au vu des symptômes d'un état de dépressif avec un manque d'élan, des idées noires et troubles du sommeil. Dans ses rapports des 13 décembre 2020 et 20 février 2021, la médecin traitante pose les diagnostics de polyneuropathie d'origine indéterminée, lombosciatalgies chroniques, arthrite aux gros orteils d'origine indéterminée DD (diagnostic différentiel) crise de goutte, état dépressif réactionnel, intolérance au glucose, hypertension artérielle (HTA), hypercholestérolémie, tabagisme chronique et eczéma dyshidrosique. Etant d'avis que l'assuré présente une totale incapacité de travail en toutes activités, dans le second

rapport, la Dre J. _____ énumère des limitations fonctionnelles à savoir que les douleurs chroniques aiguës entravent l'intéressé dans sa vie quotidienne (il a de la peine à bouger, marche un peu alors qu'un déconditionnement musculaire aggrave encore la douleur, ne peut se pencher, se mettre à genou, etc.) ; toute tentative de physiothérapie étant mise en échec. De plus, l'assuré est déprimé. Le pronostic est mauvais compte tenu de la chronicité des douleurs, accompagnée d'un état dépressif, et des investigations sont en cours au CHUV s'agissant de l'arthrite. Excepté l'ajout du diagnostic d'arthrite aux gros orteils d'origine indéterminée avec celui différentiel de crise de goutte qu'elle n'objective pas sur la base d'éléments médicaux concrets, la Dre J. _____ retient des diagnostics connus des experts qui ont successivement examiné le recourant. Les restrictions fonctionnelles listées sont en outre superposables à celles prises en compte lors des expertises. A l'instar du Dr S. _____, du SMR, dans son avis médical du 25 janvier 2022, il y a lieu de retenir que si le diagnostic d'arthrite aux gros orteils d'origine indéterminée avec celui différentiel de crise de goutte est certes possible, il n'est toutefois pas établi ; une telle atteinte à la santé peut de toute manière être en principe traitée par la prise d'un analgésique anti-inflammatoire comme un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et ne cause donc pas de restriction fonctionnelle durable, sous la réserve du cas de répétition des crises. La Dre J. _____ considère

- 25 - son patient comme étant hors d'état de travailler, sans fournir d'autre explication qu'une énumération de divers symptômes et limitations fonctionnelles. En l'absence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts, l'appréciation de la généraliste traitante ne peut dès lors être préférée. Par conséquent, son estimation ne se comprend qu'en tant qu'une appréciation distincte d'un même état de fait médical dont les experts ont eu connaissance et dont ils ont rendu compte de manière probante. Le 19 janvier 2021 la Dre F. _____, consultée depuis octobre 2020, diagnostique un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère (F32.1) tout en mentionnant des investigations en cours. Confirmant une péjoration de l'état de santé de l'assuré, elle retient une capacité de travail de son patient nulle dans son activité habituelle. La psychiatre traitante ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de son patient. Par ailleurs, elle énumère des restrictions fonctionnelles qui ne sont pas en opposition à celles retenues par l'experte psychiatre l'année suivante. Aussi, faute de disposer d'un avis divergent spécialisé au dossier, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'estimation de la capacité de travail de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé sur le plan psychique telle qu'effectuée par l'experte psychiatre du G. _____. dd) Selon les renseignements médicaux ressortant du complément d'instruction médicale, il y a une péjoration sur le plan psychiatrique, avec désormais des limitations fonctionnelles supplémentaires et une diminution de la capacité de travail de 80 % à 50 % et ce, depuis une date remontant à octobre 2020, à savoir le début de la prise en charge du recourant auprès de la Dre F. _____. Cette aggravation à la santé d'ordre psychiatrique ne modifie toutefois pas le droit à la demi-rente reconnu depuis le 1er mars 2017. L'intéressé présente toujours une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé global défaillant. Les diverses atteintes incapacitantes à la santé exercent des effets conjoints sur sa capacité de travail. Le degré d'invalidité ne résulte dès lors pas d'une simple addition des degrés

- 26 - d'incapacité de travail découlant de chaque atteinte considérée individuellement. Au contraire, il doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur

toutes les atteintes à la santé présentées (cf. consid. 6b supra). Comme l'ont précisé les experts de la K. _____ il n'y a pas, en l'espèce, de cumul des atteintes physiques et psychiques. Il n'est par conséquent pas possible de fixer une incapacité de travail résiduelle globale du recourant de 80 %, voire plus, dans une activité adaptée à son état de santé. Sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 50 % inchangée dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques et psychiatriques depuis 2016, le recourant continue de bénéficier du droit à la demi-rente versée par l'OAI depuis le 1er mars 2017, basée sur un degré d'invalidité de 50%. La décision de l'office intimé refusant d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée jusqu'alors au recourant n'est pas critiquable.

E. 9

- a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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