

200.2020.272.AI

N° AVS
ANP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 26 octobre 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 2 mars 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1969, marié et père de trois enfants (nés en 1997, 1999 et 2004), ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. Arrivé en Suisse en 1997, il a été engagé dès le 10 juillet 2000 auprès d'une verrerie en tant qu'employé de fabrication. A raison de lombo-sciatalgies droites non améliorées par une micro-discectomie L5/S1 droite pratiquée le 13 septembre 2013, il n'a plus été en mesure d'exercer son emploi qu'il a perdu à fin novembre 2014. Un entraînement au travail lui a été accordé du 11 mai au 30 août 2015 suite à son annonce à l'assurance-invalidité (AI) intervenue courant octobre 2013. Par jugement du 25 septembre 2017 (2017.75/AI), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis un recours de l'assuré, interjeté par un avocat, contre une décision AI du 9 décembre 2016 niant le droit à une rente d'invalidité et a ordonné une instruction médicale complémentaire (portant également sur une maladie de Ménière annoncée en janvier 2017 et ayant nécessité un appareillage auditif gauche pris en charge par l'AI).

B.

Suite à ce jugement de renvoi, l'Office AI Berne a ordonné une expertise médicale sur les plans interne, psychiatrique, oto-neurologique, neurologique et rhumatologique (abandon, d'entente avec l'assuré, du volet d'investigation neurochirurgical). Le rapport de cette expertise pluridisciplinaire attribuée aléatoirement à la Policlinique C. _____ a été établi le 5 décembre 2018. Sur cette base, l'Office AI a provisoirement signifié le 20 décembre 2018 à l'assuré l'octroi d'une demi-rente AI (degré d'invalidité de 50%) à compter du 1^{er} mai 2014. Nonobstant les objections formulées par le mandataire de l'assuré, l'Office AI a rendu le 8 août 2019 une décision formelle en tous points identique à sa préorientation. Dans l'intervalle et après dû préavis, il a en outre prononcé le 11 juillet 2019 la fin des mesures de réadaptation professionnelle. Ces deux décisions successives n'ont pas été contestées par l'intéressé, ni par son avocat.

C.

Courant août 2019 (demande datée du 27 août 2019), l'assuré a demandé la révision de sa demi-rente AI à une rente entière en invoquant des problèmes de cœur, une maladie de Ménière "en croissance" ainsi qu'une atteinte (non spécifiée) à sa santé psychique. Invité à rendre plausible qu'une évolution était survenue dans sa situation médicale depuis la dernière décision AI du 8 août 2019, l'assuré, par son mandataire, a produit divers rapports médicaux émanant de ses médecins traitants. Après que le service médical régional (SMR) de l'AI se fut prononcé le 17 janvier 2020 quant à ces avis médicaux, l'Office AI a rendu le 23 janvier 2020 un préavis signifiant à l'assuré le rejet de sa demande de révision en l'absence d'une détérioration avérée de son état de santé. Nonobstant les objections formulées par le représentant de l'intéressé, ce même office a formellement statué le 2 mars 2020 dans le sens de son préavis.

D.

Par acte du 2 avril 2020, l'assuré, par son mandataire, a porté le litige devant le TA en concluant sous suite des frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision AI du 2 mars 2020 ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision au sens des considérants de son recours. Dans sa réponse du 4 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, à ce que les frais soient mis à la charge du recourant et à ce que ce dernier ne se voie pas allouer de dépens. Le mandataire de l'assuré a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires datée du 10 juin 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 mars 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de révision de la demi-rente AI de l'assuré à une rente entière d'invalidité. L'objet du litige porte (à la lumière de la motivation du recours), principalement, sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à apprécier l'état de santé du recourant à la date de la décision contestée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGGA).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3 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 (art. 17 al. 1 LPGA).

Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 A l'appui de son préavis du 23 janvier 2020 puis de sa décision du 2 mars 2020 confirmant celui-ci, l'Office AI fait pour l'essentiel valoir que l'état de santé de l'assuré est demeuré inchangé sur le vu des symptômes actuels donnés et qu'il n'y a partant pas eu d'évolution significative susceptible d'influer sur le droit à la rente. Pour étayer cette thèse, il se rallie dans sa réponse du 4 juin 2020 à la prise de position du 17 janvier 2020 de son SMR à l'égard de chacune des problématiques d'ordre interne, cardiaque, oto-neurologique et psychique invoquées dans les divers certificats et rapports médicaux servant d'étayage à la demande de révision. L'intimé en conclut que ces problématiques soit ne révèlent aucune atteinte médicale nouvelle, soit n'influencent pas la capacité résiduelle de travail au-delà du taux d'exigibilité de 50% antérieurement reconnu par la Policlinique C._____. Au surplus, il réfute que l'âge du recourant rende irréalistes les perspectives de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré.

3.2 Pour sa part, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir apprécié les faits de façon manifestement inexacte en rejetant sa demande de révision et en affirmant que son état de santé demeurerait stable. Cet argument est selon lui "en complète contradiction avec les certificats médicaux délivrés" et ne saisit ni l'ampleur de la péjoration médicale alléguée, ni les répercussions de cette dernière sous l'angle des exigences professionnelles reconnues jusqu'alors. Il se prévaut d'affections nouvelles

sur le plan cardiaque et interne, de symptômes oto-neurologiques nouveaux ou aggravés, ainsi que d'un état psychique "à présent très gravement perturbé et (...) pas temporaire, bien au contraire". De son avis, les nombreux déficits induits par son état de santé et les multiples soins que ceux-ci requièrent l'empêchent d'exercer une quelconque activité lucrative. Il oppose enfin qu'il n'existe "pas l'ombre d'une chance" qu'un employeur l'engage sur le marché libre de l'économie.

4.

Est litigieux le point de savoir s'il existe un motif de révision propre à influencer le droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

4.1 La précédente décision AI reposant sur un examen matériel complet du droit a été rendue le 8 août 2019 et prononce, avec effet au 1^{er} mai 2014, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au recourant, respectivement l'octroi des rentes d'invalidité dues pour les enfants de celui-ci. Cette décision doit dès lors servir de base temporelle de comparaison en vue de déterminer si un changement sensible de la situation réelle susceptible d'influer sur le degré d'invalidité est survenu depuis son prononcé jusqu'à la décision présentement litigieuse du 2 mars 2020 (voir à ce sujet: c. 2.3 supra).

4.2 Pour rendre sa décision matérielle du 8 août 2019 accordant une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2014, l'Office AI a fait siennes les conclusions rendues dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès de la Polyclinique C._____. Du rapport y relatif établi le 5 décembre 2018 à la suite d'examens sur les plans interne, psychiatrique, oto-neurologique, neurologique et rhumatologique, il ressortait un diagnostic final, d'abord indifférencié sous l'angle des répercussions respectives de ces diverses atteintes sur la capacité résiduelle de travail, de maladie de Ménière (H810), de trouble vestibulaire fonctionnel chronique secondaire, de surdité de transmission droite de degré léger à moyen et de surdité mixte gauche de degré moyen (H900), de perforation chronique sèche du tympan droit (H728), de lombo-sciatalgies droites chronifiées d'origine indéterminée (M545) avec fenestration

microchirurgicale L5-S1 droite et excision d'une hernie discale, discectomie le 13 septembre 2013 et failed back surgery syndrome, de cervicalgies chronifiées modérées, sans complication neurologique (M54.2), de céphalées tensionnelles (G442) et d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec symptômes somatiques (F31.1). En raison des douleurs chroniques et des difficultés de mobilisation liées à la micro-discectomie L5-S1 pratiquée le 13 septembre 2013 et aux lombo-sciatalgies persistantes, les experts de la Polyclinique C._____ ont admis la possibilité d'une activité physiquement légère ne nécessitant pas de soulever ou de porter régulièrement des charges (le port de charges jusqu'à 5 kg demeurant toutefois envisageable sur de courtes périodes et de manière occasionnelle), d'adopter des positions statiques assis ou debout prolongées ainsi que sur la majeure partie de l'horaire de travail, des positions accroupi ou en porte-à-faux, de même que toute activité imposant un certain rendement. Ce profil d'exigibilité tenait compte des contraintes observées sous l'angle tant rhumatologique que neurologique. Les vertiges récidivants liés à la maladie de Ménière et aux troubles fonctionnels de l'équilibre ont quant à eux été jugés incompatibles avec l'utilisation d'échelles et d'escabeaux, avec des activités comportant un risque de chute ou s'exerçant à l'aide de machines dangereuses, de même qu'avec des emplois n'offrant pas un environnement visuel stable ou exigeant de devoir conduire sur de longues distances. Il a été ajouté dans le cadre de l'appréciation oto-neurologique que les troubles auditifs contre-indiquaient les environnements bruyants. Les experts de la Polyclinique C._____ n'ont en revanche retenu aucune limitation en lien avec les céphalées, les cervicalgies et le trouble dépressif diagnostiqués. Ils ont fait état d'un environnement social et familial ne présentant pas de difficultés majeures, de même que de bonnes ressources adaptatives personnelles. A l'issue d'un contrôle dit de cohérence, ils ont souligné que l'assuré avait fait montre d'un comportement démonstratif lors des examens effectués sur le plan somatique et que ses plaintes n'étaient pas entièrement expliquées par les constatations objectives émises. Au final, ils lui ont reconnu une capacité résiduelle de travail globale de 50% dans une activité adaptée aux restrictions énumérées ci-dessus, tout en réservant leur pronostic quant à la reprise d'un tel emploi profilé dans le circuit économique normal.

4.3 Entre la date du prononcé précité du 8 août 2019 et celle de la décision du 2 mars 2020 présentement contestée, les avis médicaux suivants ont été rédigés.

4.3.1 Dans un rapport médical établi le 6 septembre 2019 à l'attention du généraliste traitant sur le vu d'une consultation médicale intervenue le même jour, le Dr D. _____, cardiologue, a diagnostiqué des palpitations et gênes thoraciques atypiques en l'absence d'une cardiopathie sous-jacente, un tabagisme et un état dépressif. S'appuyant sur ses propres constatations et sur le résultat d'une échocardiographie réalisée la veille, il a dressé un bilan clinique et paraclinique qualifié de normal. Il a relevé que l'électrocardiogramme (ECG) a montré un rythme sinusal légèrement tachycarde sans autre modification et que l'ergométrie (ou test d'effort) est demeurée cliniquement et électriquement négative en renseignant par ailleurs sur une capacité physique diminuée (62% de la valeur attendue).

4.3.2 Le service de neurologie de l'hôpital E. _____ a quant à lui fait état dans un rapport du 6 septembre 2019 consécutif à une auscultation du 23 août 2019 de troubles chroniques de l'endormissement et de la continuité du sommeil avec une somnolence diurne subjective excessive, d'un syndrome vestibulaire épisodique ayant pour étiologie une maladie de Ménière et, cas échéant aussi, des migraines vestibulaires, associé à des vertiges secondaires somatoformes et une surdité de perception avec composante rétro-cochléaire liée à un trouble des voies auditives centrales accentué à droite, ainsi que d'un trouble dépressif sévère sous actuelle médication. Les mêmes spécialistes ont constaté par polysomnographie un syndrome mixte d'apnées obstructives du sommeil de gravité moyenne associé à la position sur le dos et rapporté à leur examen actigraphique un rythme perturbé du sommeil et du réveil. Ils ont préconisé une adaptation de la thérapie médicamenteuse en cours (majoration de la médication antidépressive et suppression de celle sédatrice, introduction d'une médication stimulant l'endormissement), ainsi qu'une initiation par un pneumologue à un dispositif de ventilation en pression positive continue. Ils ont enfin recommandé une psychothérapie de liaison, cas échéant aussi une prise en charge transitoire auprès d'une clinique de jour.

4.3.3 Dans un certificat médical dressé le 24 septembre 2019, le psychiatre de l'assuré a fait état d'un suivi au Centre F. _____ depuis le 9 mai 2017 et d'un diagnostic, au sens de la CIM-10, d'un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel moyen, associé à des symptômes somatiques (F32.11). Selon ce médecin, son patient se trouvait actuellement empêché à 70-100% de travailler en raison de son état de santé psychique.

4.3.4 Par un courrier du 25 septembre 2019, le généraliste traitant a adressé son patient à une doctoresse pneumologue en vue d'une prise en charge appareillée de l'apnée du sommeil bilatérale au service de neurologie de l'hôpital E. _____. Il a en outre détaillé à l'attention de cette spécialiste la médication en cours.

4.3.5 A l'appui de son rapport du 1^{er} octobre 2019 à l'attention des experts mandatés par l'intimé, le Dr G. _____, spécialiste traitant depuis octobre 2016 en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, a diagnostiqué une maladie de Ménière bilatérale en l'état stabilisée quant aux crises de vertige et à l'audition. Il a précisé qu'il subsistait uniquement un acouphène fluctuant dans le cadre d'un trouble de l'équilibre modéré et d'une sensation de tête lourde.

4.3.6 Le SMR, par l'entremise d'un spécialiste en médecine interne, a pris position le 17 janvier 2020 sur les rapports médicaux précités émanant des spécialistes traitants (c. 4.2.1 à 4.2.3 et 4.2.5 supra). Ce médecin interniste a d'abord nié l'existence d'une atteinte pertinente à la santé du point de vue cardiaque. Sous l'angle pneumologique, il a considéré comme traitable le syndrome d'apnées du sommeil moyennant, cas échéant, un passage à une médication psychothérapeutique stimulant l'endormissement et a nié que ce syndrome puisse influencer les aptitudes fonctionnelles dans les limites d'exigibilité définies par la Policlinique C. _____. De son avis, il n'existait enfin aucun changement sur les plans tant psychiatrique qu'oto-neurologique par rapport à la situation décrite dans l'expertise pluridisciplinaire de 2018.

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'appréciation du SMR niant l'existence d'un motif de révision du droit à la rente.

5.1 Il est évident que les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces 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 à la procédure. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent non seulement des expertises médicales mais aussi des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.4 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (arrêt TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de

la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

5.2 Quant à sa forme, l'évaluation rendue le 17 janvier 2020 par le SMR répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4 supra). D'emblée, cette prise de position rappelle en effet le contexte médical qui a motivé sa rédaction, à savoir le fait que l'assuré, par l'entremise de son mandataire, se prévaut d'une incapacité de travail entière depuis le 1^{er} juin 2019 en lien avec une affection cardiaque (nouvelle) ainsi qu'avec des problématiques d'ordre oto-neurologique et psychiatrique (prétendument accentuées ou péjorées). Les qualifications du médecin, spécialisé en médecine interne, qui a été mandaté au sein du SMR, s'avèrent par ailleurs en soi suffisantes pour un premier examen à visées comparatives de moyens de preuve médicaux nouveaux par rapport à une situation clinique préalablement établie par expertise pluridisciplinaire. Il en irait différemment si, après cet examen matériel, l'on devait parvenir à la conclusion que l'état de santé de l'assuré a réellement évolué sur l'un et/ou l'autre des plans médicaux visés, aucun de ceux-ci ne se recoupant en effet entièrement avec la spécialisation du médecin du SMR. La détermination de ce dernier quant aux nouveaux rapports médicaux produits à l'appui de la demande de révision intervient de plus après qu'ont été rappelées en préambule, par l'entremise du gestionnaire en charge du cas d'espèce, les plaintes subjectives de l'assuré ainsi que les évaluations diagnostiques antérieures et actuelles à comparer. Le médecin du SMR discute enfin de manière systématique les rapports médicaux qui lui ont été soumis par l'intimé et motive suffisamment ses conclusions.

5.3 Sous l'angle de son contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter de l'appréciation du SMR en tant qu'elle réfute toute évolution médicale significative par rapport à la situation qui était décrite par la Policlinique C. _____ en 2018.

5.3.1 Du point de vue somatique d'une part, cette conclusion s'impose à raison tant du bilan "dans les limites de la norme" révélé à l'échocardiographie du 5 septembre 2019 que de l'absence, à l'examen clinique du lendemain, de signes (angor) évocateurs d'une cardiopathie. En

présence d'une fréquence cardiaque certes un peu rapide constatée à l'ECG, le cardiologue a en outre pu exclure de manière indiscutable un problème éventuel de tachycardie paroxystique, en expliquant bien davantage ce symptôme par le traitement psychotrope suivi par le recourant. Une médication inhibitrice du rythme a effectivement été réservée dans son rapport de consultation sans que cette prescription, contrairement aux dires du recourant (recours art. 3 p. 6), ne soit toutefois jugée indispensable - la seule indication réellement posée par ce médecin ayant porté sur l'arrêt du tabagisme considéré toutefois comme compliqué chez son patient. En l'absence au surplus de douleurs thoraciques suspectes, le cardiologue traitant s'est enfin abstenu avec raison d'investigations complémentaires quant à une possible coronaropathie propre à expliquer la faible capacité physique démontrée à l'ergométrie. Sous l'angle neurologique ensuite, il apparaît que les mesures thérapeutiques de type médicamenteuse ainsi que sous forme d'appareillage ventilatoire (lui-même mis en place dans l'intervalle auprès d'un médecin pneumologue) sont propres à améliorer, cas échéant à terme, les troubles chroniques de l'endormissement et de la continuité du sommeil associés à une somnolence diurne ainsi qu'à des apnées de gravité moyenne. Partant, l'appréciation du SMR qui, au vu de ces troubles appareillés ou (potentiellement) sous contrôle, exclut d'éventuelles restrictions allant au-delà des limites d'exigibilités définies par la Polyclinique C._____ s'avère conséquente et digne de foi. Pour le surplus, il est fait état par le spécialiste ORL traitant d'une maladie de Ménière stabilisée par rapport aux crises de vertiges et à l'audition, et à raison de laquelle il ne persiste en l'état qu'un acouphène sujet à fluctuations dans un contexte par ailleurs révélateur d'un trouble modéré de l'équilibre et d'une sensation de tête lourde. Rien dans les observations cliniques de ce spécialiste ne permet partant d'appuyer les dires du recourant d'après lesquels sa maladie de Ménière "s'est aggravée au point [qu'il] n'est plus capable ni de lire ni même de se concentrer" (recours art. 2 p. 5). Bien plus, les symptômes décrits par son médecin traitant se recoupent avec ceux rapportés moins de 12 mois auparavant à l'expert ORL de la Polyclinique C._____, lesquels consistaient déjà dans des vertiges rotatoires associés à un acouphène, des céphalées chroniques (du reste davantage expliquées alors par la problématique psychique) ainsi que

dans des problèmes visuels liés à un trouble de l'équilibre. Seul le diagnostic en l'état nouveau d'une maladie de Ménière bilatérale diverge de celui posé jusqu'alors par les spécialistes traitants qui n'évoquaient en effet cette pathologie que pour le côté gauche uniquement. La présence d'une atteinte bilatérale était par contre déjà supputée et même jugée probable par l'expert ORL de la Polyclinique C._____. Du reste, le diagnostic final retenu sur ce plan médical lors de la discussion de consensus pluridisciplinaire consistait uniquement en une maladie de Ménière, sans différenciation aucune quant à la nature uni - ou bi - latérale de ce trouble. Le tableau oto-neurologique actuel s'inscrit partant dans la continuité de celui retenu auparavant par la Polyclinique C._____ et, vu la stabilisation dans l'intervalle des crises de vertige et des problèmes auditifs, apparaît même légèrement amélioré par rapport à la situation décrite dans l'expertise pluridisciplinaire de 2018. Il s'ensuit que l'appréciation de la Polyclinique C._____ qui, en dépit de vertiges fonctionnels alors présents de façon quasiment permanente, a estimé une activité adaptée à ces restrictions possible à 50%, conserve toute sa validité à la date de la décision présentement contestée.

5.3.2 Sur le plan psychique d'autre part, les observations rapportées par le psychiatre traitant dans son certificat médical du 24 septembre 2019 se révèlent strictement identiques à celles qui figuraient dans son précédent rapport du 28 septembre 2017 - seule la médication ayant dans l'intervalle changé. Il ne saurait partant être reproché au SMR d'avoir constaté sur ces bases que la situation sous l'angle psychique demeurerait inchangée par rapport à celle qui était connue à fin 2018 de la Polyclinique C._____, laquelle évoquait en effet expressément ces résultats d'observation clinique (dos. int. 132.2/4; 132.3/2). A défaut d'éléments médicaux nouveaux invoqués à l'appui, l'estimation (certes inédite) de l'incapacité de travail chiffrée à 70-100% dans le deuxième certificat précité du psychiatre traitant ne saurait donc affaiblir les conclusions de la Polyclinique C._____, d'autant que l'on ignore si ce taux d'incapacité se réfère à la seule activité usuelle ou à tout type d'activité cas échéant mieux profilée. Contrairement à ce qui ressort en outre du recours (art. 5 p. 8), l'expert psychiatre mandaté au sein de la Polyclinique C._____ n'a pas nié le caractère invalidant du trouble dépressif diagnostiqué à raison de son degré (moyen)

de gravité (au sens où le prévoyait l'ancienne jurisprudence du TF, abolie au 30 novembre 2017, en cas de trouble dépressif léger à moyen), mais aux termes d'une pesée des facteurs de contrainte psychiques et physiques présents ainsi que des ressources adaptatives personnelles (démontrées selon la Policlinique C._____ jusqu'en 2013 par une intégration socio-professionnelle stable et une vie familiale satisfaisante de l'assuré). Cet expert a en outre vérifié (et admis, à l'inverse de ses confrères de la Policlinique C._____ mandatés sur le plan somatique) que son appréciation résistait à un examen de cohérence et de plausibilité. N'en contredise le recourant, il a partant bien été fait application à son endroit de la procédure d'évaluation structurée désormais imposée par le TF pour l'ensemble des troubles psychiques (voir à ce sujet dans le détail c. 2.2 supra). L'assuré ne saurait non plus étayer la péjoration psychique dont il se prévaut par le fait que le service de neurologie de l'hôpital E._____ lui a recommandé un suivi en clinique psychiatrique de jour (voir son recours art. 5 p. 7 et 8). Ainsi qu'il en ressort du rapport établi le 6 septembre 2019 par ce service hospitalier, cet accompagnement thérapeutique a bien plus été laissé (comme il se doit d'ailleurs, au vu des spécialisations données) à l'appréciation du psychiatre traitant et n'a en outre été recommandé qu'à titre transitoire (en sus d'une psychothérapie de liaison sur le long terme). L'on relève au surplus que cette recommandation s'inscrit dans un contexte médical dans lequel a été diagnostiqué un trouble dépressif sévère, ce alors même que le psychiatre traitant n'a pour sa part jamais évoqué un tel degré de gravité.

5.4 Sur le vu de ce qui précède, le recourant ne saurait faire grief à l'intimé de s'être rallié à la seule appréciation du SMR pour nier l'existence d'un motif de révision de sa rente. A mesure que le dossier médical renseignait ici à satisfaction sur les problématiques de santé concernées et leur suivi, cette évaluation permettait en effet de trancher de manière sûre les droits litigieux. Une instruction médicale complémentaire sous la forme, par exemple, d'un examen médical personnel de l'assuré auprès du SMR ou d'un autre médecin s'avérait ainsi superflue et n'a à juste titre dès lors pas été ordonnée par l'intimé (appréciation anticipée des preuves; ATF 144 V 361 c. 6.5, 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d; SVR 2019 IV n° 50 c. 4). Il ne saurait non plus être reproché à l'Office AI d'avoir admis que le

recourant, nonobstant ses restrictions médicales, son absence de formation professionnelle et son âge, était encore en mesure de réintégrer le monde du travail. Sur le plan médical d'abord, les experts de la Polyclinique C._____ n'ont en effet, hormis les restrictions liées aux douleurs chroniques, aux difficultés de mobilisation, aux vertiges et aux troubles auditifs justifiant un pensum de travail réduit à 50%, nullement assorti leur évaluation de la capacité de travail à d'autres réserves d'exigibilité sur le marché libre de l'économie. Certes, leur profil énumère un nombre non insignifiant de restrictions fonctionnelles susceptibles, dans une certaine mesure, de limiter les possibilités de retrouver un emploi (voir ces limitations détaillées au c. 4.1 supra). On ne saurait toutefois considérer que ces restrictions de profil rendent ici illusoire cette perspective, puisque les limitations évoquées quant à des activités non respectueuses de l'atteinte au niveau du rachis ni des contraintes induites par l'atteinte ORL, sont de nature à concerner de nombreuses personnes. En d'autres termes, les handicaps du recourant, même au regard de l'ensemble de sa situation, ne permettent pas d'évoquer une activité possible uniquement sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pas ou qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen (SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). Il faut bien plus retenir que le marché du travail offre un éventail suffisant d'activités simples et légères, s'exerçant dans un environnement visuellement stable et non bruyant, adaptées aux limitations présentes. L'absence de formation professionnelle du recourant constitue quant à elle un facteur étranger à l'invalidité (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1). Il en va de même en l'espèce s'agissant de l'âge qui, vu les 50 ans qu'avait l'assuré au moment où a été rendue la décision contestée, se situe clairement en-dessous de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'une mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (voir JTA AI 2018/153/154 du 8 août 2019 c. 6.2 avec références citées).

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

6.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à H._____.

Le président:
e.r. C. Meyrat Neuhaus, juge

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).