

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a et 88^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, est marié et père de deux enfants désormais adultes. Au bénéfice d'une formation de boulanger dans son pays d'origine, il a principalement exercé une activité d'aide-carreleur, sans qualification professionnelle, dès son arrivée en Suisse en 2001.

En incapacité totale de travail à compter du 24 juillet 2015 à la suite d'un accident de la circulation, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par demande formelle déposée le 17 novembre 2015.

Après avoir recueilli les dossiers constitués par les assureurs intervenant en faveur de l'assuré et des rapports auprès de ses médecins traitants, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire confiée au centre d'expertises médicales G._____. Les Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en médecine interne générale, ont communiqué leur rapport le 14 janvier 2019. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- Douleur cervicale sur discopathie C5-C6 ;
- Douleur lombaire sur arthrose postérieure multi-étagée surtout en L4-L5 et L5-S1 ;
- Tendinopathie du moyen fessier à l'insertion sur le grand trochanter droit ;
- Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) ;
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

Au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné ce qui suit :

- Status post réparation chirurgicale d'une éventration épigastrique avec mise en place d'un filet ;
- Status post lithiase vésiculaire avec cholécystectomie ;
- Status post cystectomie du sinus pilonidal ;
- Diabète de type 2 ;
- Hypertension artérielle ;
- Obésité ;
- Syndrome d'apnées du sommeil ;
- Hypercholestérolémie ;
- Stéatose hépatique ;
- Radiculopathie suspendue abdominale d'origine diabétique ;
- Arthroscopie du genou gauche le 12 juillet 2012 pour lésion de la corne postérieure du ménisque interne ;
- Douleur du flanc droit sur antécédent de fracture costale à la suite de l'accident de voiture subi en juillet 2015.

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques avaient trait à l'effort de soulèvement à partir du sol, au port de charge de plus de 20 kg près du corps et aux positions en porte-à-faux. Sur le plan psychiatrique, l'assuré rencontrait une limitation des efforts mémoriels et un évitement des prises de décision.

Les experts du G. _____ ont, en définitive, considéré que l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle depuis le 24 juillet 2015. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % depuis janvier 2016 pour des raisons psychiques. Sur questions du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), les experts ont précisé que la capacité de travail restreinte à 50 % dans une activité adaptée était justifiée en raison d'une anxiété importante accompagnée d'idées suicidaires et d'un comportement oppositionnel (cf. correspondance du G. _____ à l'OAI du 12 juin 2019).

L'OAI a déterminé un degré d'invalidité de 51 % par une comparaison des revenus réalisée le 22 août 2019 et octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016 par décision du 6 février 2020.

B. B._____ a requis la révision de son droit à la rente par courriel du 1^{er} octobre 2021 à l'OAI, faisant mention d'une aggravation de son état de santé et se prévalant d'un rapport du 28 septembre 2021, établi à la suite d'une hospitalisation du 30 août au 10 septembre 2021 au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____.

Aux termes de ce document, étaient retenus les diagnostics suivants :

- Lombalgies chroniques avec arthrose inter-épineuse et interfacettaire postérieure L4-S1 modérément inflammatoire, ainsi que protrusions discales (non-herniées) de L2 à L4 avec rétrécissement du canal lombaire L2-L3 ;
- Déconditionnement global important et obésité avec kinésiophobie et peur de sortir de la maison ;
- Arthrose et CCPD [réd. : dépôts de pyrophosphate de calcium] des genoux ;
- Neuropathie périphérique de la jambe gauche d'origine inconnue ;
- Trouble dépressif récurrent, intensité de l'épisode sévère ;
- Modification durable de la personnalité à la suite de plusieurs épisodes traumatiques, avec catastrophisme et comportements d'évitement.

Les spécialistes du Centre hospitalier C._____ ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle, même sous traitement, vu « la polymorbidité, le TSPT [réd. : trouble de stress post-traumatique], la dépression, le déconditionnement, les anomalies dégénératives en colonne et genoux et la limitation globale des ressources ».

Sur demande du SMR, le Prof. V._____, chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____, a fait parvenir divers documents versés au dossier de l'assuré, dont un rapport du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C._____ du 12 octobre 2020, lequel retenait une probable tuberculose oculaire dans le contexte d'une uvéite intermédiaire bilatérale et d'une cytométrie de flux compatible avec une infection active.

Par rapport à l'OAI du 10 décembre 2021, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assuré, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), un status post trouble de stress post-traumatique, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et un trouble cognitif dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent sévère, de la prise d'un traitement antalgique de type opiacé et d'oscillations de la glycémie. La situation de l'assuré ne montrait aucune amélioration. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2019. Était annexé au rapport de la spécialiste un compte-rendu du 1^{er} mars 2021 d'une consultation auprès du Dr L._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, qui constatait une asymétrie de la paroi abdominale, possiblement causée par une atrophie musculaire de dénervation ou une anomalie constitutive présente de longue date. Il ne formulait aucune proposition chirurgicale, mais préconisait un traitement d'ergothérapie de désensibilisation.

Subséquemment, l'assuré a adressé à l'OAI deux rapports médicaux, établis respectivement les 22 novembre et 9 décembre 2021 par les Drs S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, et M._____, spécialiste en neurologie. Ces documents avaient trait à des douleurs neuropathiques des membres inférieurs, ainsi qu'à des dysesthésies du membre supérieur droit, dont la cause était probablement un syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur. Un plan de traitement avec un chirurgien allait être établi.

Le 1^{er} février 2022, le SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré pouvait être admise depuis juillet 2020 en raison de la tuberculose oculaire puis, dès février 2021, en raison du tunnel carpien droit et des dysesthésies des membres inférieurs. Le problème du tunnel carpien était toutefois curable, alors que le traitement recommandé (port d'une attelle) avait amélioré la situation. La neuropathie n'avait pas été objectivée cliniquement.

Le Dr K._____, médecin généraliste traitant, a indiqué, le 7 février 2022, que la problématique du tunnel carpien n'avait plus été évoquée et que l'assuré n'avait pas été opéré, ni fait l'objet d'une nouvelle consultation.

Par projet de décision du 17 mars 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'augmenter sa rente d'invalidité. Il estimait, sur la base de l'avis du SMR du 1^{er} février 2022, qu'une aggravation de l'état de santé, responsable d'une incapacité totale de travail dans toute activité, était survenue de juillet 2020 à mars 2021. Cela étant, l'assuré avait sollicité la révision de son droit à la rente le 1^{er} octobre 2021, date à laquelle il avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il n'y avait donc pas lieu de réexaminer le degré d'invalidité de 51 % reconnu antérieurement.

Par courriers des 11 avril et 2 mai 2022, l'assuré, assisté de Me Olivier Carré, a contesté le projet de décision précité. Il a ultérieurement complété ses écritures, notamment les 21 juin et 19 octobre 2022. Il s'est prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport de la Dre N._____, du 31 mai 2022, réitérant les diagnostics précédemment posés et retenant une incapacité totale de travail en raison d'une « nette péjoration de l'état physique et psychique » durant les trois ou quatre années précédentes ;

- une correspondance du Dr M._____, du 5 juillet 2022, lequel considérait que la complexité de la situation de l'assuré avait été exposée à satisfaction dans le rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ du 28 septembre 2021 ; l'assuré présentait des atteintes probablement anciennes, post-traumatiques, dégénératives, des problèmes somatiques, psychiatriques, voire neuropsychiatriques ;
- un rapport du Dr D._____, spécialiste en urologie, du 9 septembre 2022, faisant état d'une suspicion de tumeur urothéliale endovésicale et prévoyant la réalisation d'une résection transurétrale de la vessie (TURV) ;
- une analyse du dossier de l'assuré, singulièrement de l'expertise du G._____, réalisée le 18 octobre 2022 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, lequel considérait, en substance, que des diagnostics fondamentaux n'avaient pas été recherchés in casu, que l'examen rhumatologique était incomplet, imprécis, voire erroné, que les diagnostics différentiels n'avaient pas été étudiés, que l'approche psychométrique détaillée déterminante pour l'évaluation de pathologies chroniques faisait défaut et que les lignes directrices valables pour les expertises rhumatologiques n'avaient pas été respectées.

Par rapport parvenu à l'OAI le 2 décembre 2022, le Dr D._____ a relaté que l'assuré avait été hospitalisé du 17 au 19 octobre 2022 pour la résection endoscopique de la vessie. Cette intervention n'avait pas mis en évidence de tumeur. Aucune incapacité de travail durable n'était imputable à la problématique urologique. Une reprise d'activité pouvait être attendue dix ou quinze jours après l'intervention.

Le 21 décembre 2022, le SMR a maintenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas durablement aggravé depuis la décision du 7

[recte : 6] février 2020, de sorte que le projet de décision du 17 mars 2022 lui semblait bien fondé.

Le 6 janvier 2023, l'OAI a rendu une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, reprenant les termes du projet de décision précité.

C. B._____, représenté par Me Carré, a déféré la décision de l'OAI du 6 janvier 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 février 2023. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2021 ; à titre subsidiaire, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assuré a, pour l'essentiel, critiqué l'appréciation du volet médical de son dossier, estimant que l'instruction réalisée par l'OAI était insuffisante pour statuer. Il s'est prévalu des différentes pièces produites au stade de la procédure d'audition et a fourni de nouveaux rapports médicaux, à savoir notamment :

- des rapports du Service des urgences du Centre hospitalier C._____ des 17 et 23 janvier 2023, faisant état de deux hospitalisations de l'assuré pour des douleurs pariétales gauches, respectivement des douleurs abdominales gauches dans le contexte d'une pyélonéphrite aiguë ;
- un rapport du Dr D._____ du 25 janvier 2023, relatant le suivi de l'assuré jusqu'au 21 octobre 2022, puis l'annonce d'une hospitalisation au Centre hospitalier C._____ en raison de brûlures à la miction, de pollakiurie et de nycturie ; le Dr D._____ indiquait ne pas être en mesure de se prononcer étant donné qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis octobre 2022.

L'OAI a répondu au recours le 2 mai 2023 et conclu à son rejet, reprenant les termes de la décision querellée.

Par réplique du 31 août 2023, l'assuré a maintenu ses conclusions.

Dans une duplique du 16 octobre 2023, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, renvoyant à un avis du SMR du 4 octobre 2023 annexé à son écriture. Le SMR estimait que les pièces médicales produites par l'assuré ne permettaient pas de retenir une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision d'octroi de rente.

Par courrier parvenu au tribunal le 25 septembre 2023, l'assuré a adressé un tirage d'une correspondance du Dr P._____, lequel indiquait envisager de s'entretenir avec le Prof. V._____ sur l'appréciation du SMR.

L'assuré a communiqué de nouvelles pièces médicales par courrier du 6 novembre 2024, indiquant avoir sollicité une nouvelle révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI. Il a, au surplus, réitéré les conclusions prises aux termes de son mémoire de recours et relevé que les pièces produites confortaient, à son avis, le constat de l'insuffisance de l'instruction de son cas. Etaient annexés les documents suivants :

- un rapport du Dr D._____ du 27 mars 2023, lequel faisait état d'un contrôle de l'assuré le 21 mars 2023 et notamment des diagnostics urologiques de status post symptomatologie d'irritabilité vésicale, de status post urétrotomie, cytoscopie, TURV et mise en place d'une sonde vésicale, de suspicion de tumeur urothéliale endovésicale et de status post trois infections urinaires avec symptomatologie irritative résiduelle ; un traitement avait été mis en place et un nouveau contrôle planifié une année plus tard ;
- un rapport du Dr D._____ du 25 mars 2024, lequel ajoutait le diagnostic de suspicion de résidu post-mictionnel chronique, non ressenti, de 3 dl, avec symptômes

d'urgence mictionnelle accompagnée de fuite et de pollakiurie ; il préconisait des investigations complémentaires au sein du Service de neuro-urologie Centre hospitalier C._____ ;

- un rapport du Service d'urologie du Centre hospitalier C._____ du 18 juillet 2024, concluant à une vessie de sensibilité altérée, hypercapacitive, normocompliante, sans contraction détrusorienne non inhibée, soit un trouble de la vidange vésicale sur diminution de la contractilité détrusorienne, probablement dans le contexte d'une neuropathie diabétique ;
- des rapports de la Dre R._____, spécialiste en diabétologie, des 5 et 27 mars 2024, attestant d'une dégradation de la situation de l'assuré ;
- un rapport du Service des urgences du Centre hospitalier C._____ du 26 août 2024, relatant une prise en charge de l'assuré à la suite d'un malaise avec perte de connaissance, d'origine probablement hypovolémique hypotensive.

Par détermination du 21 novembre 2024, l'OAI a confirmé ses conclusions en vue du rejet du recours. Il se basait sur un nouvel avis du SMR du 11 novembre 2024, lequel considérait qu'une aggravation de l'état de santé sur le plan urologique pouvait être admise à compter de la consultation de mars 2024. En revanche, aucune aggravation n'était avérée lors de la consultation de mars 2023, où la problématique urologique n'apparaissait pas incapacitante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui

est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité, à la suite de sa demande de révision formulée le 1^{er} octobre 2021.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'espèce, la décision attaquée date du 6 janvier 2023. Elle porte sur une demande de révision déposée formellement par le

recourant le 1^{er} octobre 2021 à la suite d'une hospitalisation au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____. Les événements fondant la décision querellée sont donc pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

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).

5. a) En vertu 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 encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

b) Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI).

c) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision formulée par le recourant en octobre 2021, laquelle était motivée par une hospitalisation au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ du 30 août au 10 septembre 2021. Le recourant a établi, ultérieurement, être affecté de problèmes ophtalmologiques (tuberculose oculaire), neurologiques (douleurs neuropathiques des membres inférieurs et dysesthésies du membre supérieur droit) et urologiques (trouble de la vidange vésicale dans le contexte d'une neuropathie diabétique ; cf. rapports du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C._____ du 12 octobre 2020, du Dr M._____ du 9 décembre 2021 et du Dr D._____ des 9 septembre 2022, 25 mars 2023 et 27 mars 2024, ainsi que rapport du Service d'urologie du Centre hospitalier C._____ du 18 juillet 2024). Il s'est

également prévalu des rapports de sa psychiatre traitante, la Dre N._____, des 10 décembre 2021 et 31 mai 2022. L'intimé s'est, pour sa part, fondé sur les différents avis émis par le SMR pour considérer que les pièces produites par le recourant ne faisaient pas état d'une péjoration durable de son état de santé, à tout le moins jusqu'au contrôle urologique rapporté par le Dr D._____ le 27 mars 2024.

d) Il convient ainsi d'examiner si les nouvelles pièces médicales versées au dossier du recourant justifient de retenir une altération significative de son état de santé depuis la précédente décision rendue le 6 février 2020 et, cas échéant, une restriction de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles supplémentaires. On rappellera qu'il est incontesté que le recourant n'est plus en mesure, depuis juillet 2015, d'exercer son activité lucrative habituelle dans le domaine de la construction (cf. à cet égard : rapport d'expertise du G._____ du 14 janvier 2019).

6. 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 (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. a) En l'espèce, sur le plan rhumatologique, le recourant avait fait l'objet d'un examen spécialisé par le Dr H. _____ dans le cadre de l'expertise réalisée au G. _____, lequel avait permis de mettre en évidence une douleur cervicale sur discopathie C5-C6, une douleur lombaire sur arthrose postérieure multi-étagée en L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une tendinopathie du moyen fessier à l'insertion sur le grand trochanter droit. L'expert avait également mentionné une arthroscopie du genou, un antécédent de fracture costale et une douleur du flanc droit. Il relatait une incohérence entre les constatations cliniques et les images radiologiques et considérait que le recourant avait toujours été traité de façon adéquate, notamment par de la physiothérapie. L'expert estimait que le recourant était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée au taux de 100 % pour des motifs strictement rhumatologiques (cf. rapport d'expertise du G. _____ du 14 janvier 2019, Annexe 1, p. 14 et 15).

b) Le Prof. V. _____ du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C. _____ a, de son côté, fait état de lombalgies chroniques avec arthrose L4-S1 et protrusions discales L2-L4 avec rétrécissement du canal lombaire L2-L3, ainsi qu'une arthrose et CCPD des genoux. Ces troubles dégénératifs, en sus de l'obésité et d'un déconditionnement global important, expliquaient les rachialgies alléguées par le recourant. Les douleurs avaient un impact qualifié de « disproportionné aux

anomalies visualisées à l'imagerie ». Une telle disparité était associée à une composante psycho-cognitive. Le Prof. V._____ préconisait un traitement de « physiothérapie, à sec et en piscine, progressif et minutieux », en sus de la poursuite d'une psychothérapie (cf. rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ du 28 septembre 2021).

c) Quoi que soutienne le recourant, force est de constater que dans le registre rhumatologique, la situation relatée par le spécialiste du Centre hospitalier C._____ apparaît globalement superposable aux constats exposés antérieurement par les experts du G._____. On peut certes concéder que le tableau clinique est légèrement aggravé par la présence d'arthrose des genoux. Cela étant, selon l'expérience générale de la vie, il est clair que les atteintes à la santé diagnostiquées auprès du recourant, de nature essentiellement dégénératives, sont vouées à se péjorer avec le temps. Néanmoins, on ne saurait considérer que l'état de santé du recourant a connu une modification substantielle depuis la précédente décision. Il s'ensuit que cet aspect ne justifie pas la reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle réduite ou de nouvelles limitations fonctionnelles. On ajoutera qu'il n'y a pas lieu de s'attarder sur l'analyse opérée par le Dr P._____ le 18 octobre 2022, dans la mesure où cette évaluation procède essentiellement d'une critique du rapport d'expertise du G._____, lequel a fondé la décision du 6 février 2020, entrée en force.

8. a) Le volet psychiatrique du cas du recourant a été analysé au sein du G._____ par le Dr F._____, lequel avait pris en considération les diagnostics incapacitants d'un épisode dépressif sévère et d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il retenait une capacité de travail restreinte à 50 % dans une activité adaptée, sans efforts mémoriels, ni prises de décisions. L'expert s'était déclaré surpris notamment par « les aspects passifs de la prise en charge psychiatrique » (cf. rapport d'expertise du G._____ du 14 janvier 2019, Annexe 2, p. 21 - 23). Dans le cadre de son évaluation, l'expert disposait notamment des rapports de la Dre N._____ des 23

mai, 7 août 2017 et 16 mars 2018. Celle-ci avait évoqué des diagnostics similaires à ceux pris en compte par l'expert, relatant néanmoins une péjoration de l'état de santé, avec une recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive, aux termes de son rapport du 16 mars 2018. Elle avait conclu à une incapacité totale de travail dans toutes activités.

b) A l'appui de la révision de son droit à la rente, le recourant s'est prévalu de nouveaux rapports de la Dre N._____, datés des 10 décembre 2021 et 31 mai 2022. Cette dernière a, pour l'essentiel, réitéré les diagnostics précédemment évoqués et conclu à nouveau à une incapacité totale de travail dans toutes activités. Elle a, au surplus, mentionné une péjoration globale de la situation « depuis trois ou quatre ans ».

c) Les éléments rapportés par la Dre N._____ sont manifestement insuffisants pour permettre de conclure à une aggravation substantielle de l'état de santé psychique du recourant. Cette praticienne s'est en effet limitée à reprendre les termes de ses précédents rapports, y compris s'agissant de l'aggravation alléguée, fixée à une date antérieure à la décision du 6 février 2020. Ces documents ne fournissent donc aucune indication permettant la reconnaissance d'un motif de révision au niveau psychiatrique.

9. a) D'autres atteintes à la santé des registres ophtalmologique, neurologique et urologique ont été documentées au dossier du recourant.

b) S'agissant du registre neurologique, non investigué spécifiquement en son temps au sein du G._____, le recourant s'est notamment prévalu du rapport du Dr M._____ du 9 décembre 2021. Ce praticien soulignait avoir investigué des douleurs de l'hémi-tronc gauche, des dysesthésies aux membres inférieurs et au membre supérieur droit. Rappelant avoir affaire à un patient connu pour un syndrome douloureux complexe, il estimait que les dysesthésies des membres inférieurs n'étaient pas clairement objectivées, mais susceptibles de s'inscrire dans

le contexte d'une neuropathie diabétique, alors que celles du membre supérieur droit étaient probablement en relation avec un syndrome du tunnel carpien. Toutefois, cette problématique n'a pas fait l'objet d'une intervention chirurgicale (pourtant envisagée), sans que le recourant n'ait réitéré de plaintes à cet égard (cf. rapport du Dr K. _____ à l'OAI du 7 février 2022).

c) Quant à l'aspect urologique, le recourant s'est rendu à plusieurs reprises à la consultation du Dr D. _____ dès septembre 2022, ainsi qu'au sein du Centre hospitalier C. _____, lequel a fini par conclure à un trouble de la vidange vésicale dans le contexte d'une neuropathie diabétique (cf. rapport du Service d'urologie du Centre hospitalier C. _____ du 18 juillet 2024). On soulignera que les attestations de la Dre R. _____ des 5 et 27 mars 2024 relatent certes une dégradation du diabète du recourant, sans que ces documents ne fournissent d'indications étayées sur la survenance et les effets objectivement constatés de cette péjoration.

d) Enfin, a également été mise en évidence au sein du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C. _____ une tuberculose oculaire, pour laquelle un traitement spécifique a été dispensé (cf. rapport du 12 octobre 2020). On ne dispose toutefois d'aucun renseignement subséquent sur l'éventuelle guérison et les conséquences de cette affection.

10. a) Le SMR s'est prononcé à réitérées reprises sur les diverses problématiques précitées. Il a, dans un premier temps, admis une aggravation en raison de la tuberculose oculaire depuis juillet 2020, ainsi que, potentiellement, dès février 2021 au motif des problèmes neurologiques (tunnel carpien droit et dysesthésies des membres inférieurs ; cf. avis du 1^{er} février 2022). Dans un avis subséquent du 3 mars 2022, le SMR a cependant considéré que la tuberculose oculaire et son retentissement psychique pouvaient être considérés comme des aggravations « par nature de courte durée ». Quant à l'aspect neurologique, il a relevé, sur la base du rapport du Dr M. _____ du 9

décembre 2021, l'absence d'impact fonctionnel des problématiques observées et l'amendement des signes cliniques du tunnel carpien. Il a ainsi conclu au défaut d'aggravation durable rapportée par les médecins traitants. Le SMR a réitéré sa position les 21 décembre 2022 et 4 octobre 2023. Ce n'est finalement qu'à réception des derniers rapports médicaux rendus au niveau urologique que le SMR a estimé, le 19 novembre 2024, qu'une aggravation était avérée de ce point de vue à la consultation de mars 2024 comparativement aux éléments rapportés à l'issue de celle de mars 2023.

b) Il n'apparaît pas possible, en l'état, de suivre la position communiquée par le SMR, qui ne fournit pas un tableau global clair du cas du recourant. En particulier, on ne dispose pas d'éléments suffisants quant à l'issue de la tuberculose oculaire. Fait également défaut un avis étayé et complet du volet neurologique, dans le cadre duquel le Dr M. _____ ne s'est pas spécifiquement déterminé en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Ensuite, quoiqu'en dise le SMR, on ignore à partir de quand précisément la problématique urologique a eu un impact sur la capacité de travail du recourant et sur ses restrictions fonctionnelles. A cet égard, ni le Dr D. _____, ni le Service d'urologie du Centre hospitalier C. _____ ne fournissent d'évaluation étayée.

c) Au vu de la constellation de problématiques affectant le recourant, il manque manifestement une évaluation consensuelle actualisée de sa capacité de travail résiduelle et de ses limitations fonctionnelles, comprenant le détail de l'évolution de son état de santé à compter d'octobre 2021. Il est donc prématuré de se prononcer sur la réalisation d'un motif de révision à la date de la décision litigieuse.

11. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des

prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire du recourant, destinée à actualiser et clarifier le tableau clinique présenté par ce dernier depuis octobre 2021, à déterminer si une aggravation durable de son état de santé est ou non survenue et à statuer sur sa capacité résiduelle de travail et de gain. Cette expertise comprendra, à tout le moins, des volets rhumatologique, neurologique, urologique et psychiatrique, ainsi qu'au besoin une évaluation

ophtalmologique compte tenu des atteintes ressortant notamment du rapport du Centre hospitalier C. _____ du 12 octobre 2020.

12. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :