

# VD\_FINDINFO AI 92/15 - 63/2016 vom 11. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_92\\_15\\_-\\_63\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_92_15_-_63_2016)

FR: VD\_FINDINFO AI 92/15 - 63/2016 du 11 mars 2016

IT: VD\_FINDINFO AI 92/15 - 63/2016 del 11 marzo 2016

## Regeste

NOUVELLE DEMANDE, THROMBOSE VEINEUSE, DÉFORMATION DU PIED, CIRRHOSE DU FOIE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE | 4 LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'occurrence, le recours, interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires pascals (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) - auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande déposée en janvier 2014, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

### E. 2.3

et les références citées). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

### **E. 3**

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 75 consid. 3.2).

#### **E. 4**

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V

256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid.

## **E. 5**

a) Le recourant s'est annoncé auprès de l'OAI en avril 1997, invoquant essentiellement des douleurs au pied à la suite d'une malformation congénitale. L'instruction médicale menée par l'OAI et le stage de réadaptation au Centre Afiro ont révélé que l'atteinte somatique, soit les séquelles de pied-bot à gauche, contre-indiquait les activités debout, de marche et le port de charges, mais s'accordait avec des activités d'usine, assises ou sédentaires, exercées à plein temps. Par décision du 14 mars 2000, l'OAI a nié le droit aux prestations, le degré d'invalidité atteignant 20%. La deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, déposée en septembre 2002, motivée par une aggravation des douleurs liées aux séquelles de pied-bot, a également donné lieu à un refus de l'OAI, au terme d'une décision du 25 novembre 2003. L'expertise réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'instruction de cette demande a mis en évidence le diagnostic de séquelles de pied-bot comme sans répercussion sur la capacité de travail, des limitations fonctionnelles identiques à celles retenues lors de la première demande, et une capacité de travail totale dans une activité adaptée, la profession de peintre en bâtiment n'étant par ailleurs plus adaptée. Dans le cadre de sa troisième demande de prestations introduite en juin 2007, le recourant invoquait des problèmes de santé et des douleurs au pied. Cette demande s'est soldée par un refus d'entrer en matière, signifiée par décision du 14 mai 2008, en l'absence de preuve d'une aggravation de la situation médicale. La quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité de juin 2008 a mis en exergue une nouvelle pathologie, soit une cirrhose hépatique décompensée avec ascite, insuffisance hépatique et varices oesophagiennes, laissant la problématique orthopédique en arrière-plan, selon les termes du SMR (cf. avis du 13 août 2008). Une expertise médicale a été confiée au Dr J. \_\_\_\_\_, réalisée en janvier 2010, au terme de laquelle étaient retenus les diagnostics affectant la capacité de travail de cirrhose du foie d'origine vraisemblablement alcoolique (Child Pugh A), de varices œsophagiennes au stade I, gastropathie et duodénopathie hypertensive, et de séquelles de pied-bot à gauche. L'origine de l'asthénie annoncée par l'assuré ne recevant pas de substrat organique important et en l'absence d'une atteinte neurologique significative, le Dr J. \_\_\_\_\_ a fixé la capacité de travail au taux minimum de 80% dans une activité adaptée, soit sans travaux physiquement lourds, ne nécessitant pas la presse abdominale et avec un port de charges limité à 10 kg, ni travaux sur les échelles ou échafaudages autres qu'occasionnellement, avec alternance des positions. La décompensation ascitique d'avril 2008 représentait une aggravation de l'état de santé responsable d'une incapacité de travail totale entre le début avril et la fin juin 2008 ; la capacité de travail résiduelle de 80% existait ainsi dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Sur la base de cette expertise, suivie par le SMR (cf. rapport du 9 mars 2010), l'OAI a nié le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité par décision du 31 mai 2010, retenant un degré d'invalidité de 32,6% après avoir procédé à une approche théorique, rappelant par ailleurs le refus signifié par l'assuré d'une aide en vue d'un reclassement. Quelques jours plus tard, le recourant a sollicité l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Son droit ayant été reconnu, un stage de trois mois en atelier d'intégration professionnelle a été organisé, au terme duquel le rendement a été évalué à 60% (d'un 100%), avec la précision qu'il pouvait atteindre un taux de 100% dans des tâches simples et répétitives ne nécessitant pas de formation, avec un peu plus de pratique dans une activité d'ouvrier de conditionnement ou de production. S'estimant ne plus être apte à exercer une quelconque activité professionnelle, et en dépit d'un délai de réflexion accordé,

l'OAI a mis fin à l'aide au placement le 18 août 2011 en l'absence de collaboration du recourant. b) Dans le cadre de sa nouvelle demande prestations introduite le 22 janvier 2014, objet de la présente contestation, l'assuré produit un rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ faisant état d'une hospitalisation en septembre 2013 en raison d'une thrombose de la veine mésentérique supérieure et de la nécessité d'être anti-coagulé à vie, nouvelle complication somatique qui justifie une inaptitude à l'exercice d'une activité professionnelle. La Dresse W. \_\_\_\_\_ sollicite également une instruction sur le plan neuropsychologique, l'assuré semblant être démuné d'un point de vue intellectuel, avec une scolarité déficiente et une suspicion d'atteinte cognitive due à l'abus d'alcool. Si la thrombose de la veine mésentérique supérieure est reconnue par l'intimé comme nouvel élément, particulièrement comme seul nouvel élément, elle n'entrave pas la capacité de travail du recourant ; l'OAI se réfère à l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ telle qu'exposée dans l'avis SMR du 16 juin 2014, après examen des rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_. Au surplus, la demande est relative aux mêmes objets que les précédentes, lesquels ont été étudiés antérieurement par le SMR et le Dr J. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertise. Soulignons qu'il n'est au demeurant pas contesté, dans l'acte de recours, que les refus de rente successifs n'étaient peut-être pas injustifiés. aa) Dans son courrier du 26 janvier 2012, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique que la dernière consultation du recourant date de janvier 2012. Lors de cet examen, la gastroscopie révèle la disparition complète des varices œsophagiennes, mais la persistance d'une varice cardiofundique. Au terme de l'hospitalisation de l'assuré en septembre 2013 est posé le diagnostic principal de thrombose de la veine mésentérique supérieure, avec pour diagnostics secondaires la cirrhose Child B, une hypertension artérielle et une hypertension portale ; il est prescrit la poursuite d'anticoagulant sur une durée minimale de six mois. Dans son rapport du 17 février 2014, la Dresse W. \_\_\_\_\_ pose pour diagnostics une thrombose de la veine mésentérique supérieure, une cirrhose Child B avec varice cardiofundique, des séquelles de pied-bot gauche symptomatique, une probable diminution des moyens intellectuels, une hypertension artérielle et une gastropathie et duodénopathie hypertensives sévères. Les varices cardiofundiques et le pied-bot contre-indiquent le port de charge, ce dernier handicap interdisant en outre toute montée sur des échelles et échafaudages, et l'anticoagulation rend tout travail dangereux avec un risque de blessures. Bien qu'attestant une incapacité de travail totale, elle reconnaît au recourant une capacité de travail de 50% dans une activité en position assise uniquement, sous surveillance et de type occupationnel, et tenant compte de ses difficultés intellectuelles. A cet égard, elle mentionne comme limitées ses capacités de concentration, compréhension, adaptation et de résistance, prônant une évaluation neuropsychologique. Dans l'avis SMR du 16 juin 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ relève, d'une part, que la thrombose de la veine mésentérique supérieure traitée par Sintrom n'est pas incapacitante et, d'autre part, que le recourant n'a pas revu le Dr C. \_\_\_\_\_, gastroentérologue, depuis janvier 2012, ce qui démontre une situation rassurante. Il ne se justifie pas de s'écarter de cette appréciation, étant souligné que l'on ne voit pas en quoi le fait de prendre des anticoagulants serait un frein à l'exercice d'une activité adaptée telle qu'antérieurement décrite par l'OAI. Cela étant, le Dr R. \_\_\_\_\_ constate l'absence d'informations dont le SMR n'aurait pas déjà connaissance. Singulièrement, les diagnostics posés par la Dresse W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 février 2014 – à l'exception du diagnostic de thrombose de la veine mésentérique supérieure posé en 2013 – ont précédemment été retenus par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise de janvier 2010, expertise dont la valeur probante ne saurait, en l'état, être mise en doute. Pro memoria

, l'expert attestait une capacité de travail minimum de 80% dans un poste adapté aux difficultés physiques du recourant, soit notamment une activité légère sans port de charges supérieurs à 10 kg, nécessitant des échelles ou échafaudages qu'à titre occasionnel, et ce dès juillet 2008. Le diagnostic de cirrhose hépatique, nouvelle atteinte annoncée lors de la quatrième demande de prestations, a fait l'objet d'un examen approfondi du Dr J.\_\_\_\_\_. S'agissant des séquelles de pied-bot, sur lesquelles étaient axées les trois premières demandes de prestations, elles engendrent des limitations fonctionnelles mais ne se révèlent pas, en soi, invalidantes ; il était en outre déjà reconnu en 1997 que le port de chaussures orthopédiques adaptées était nécessaire, ce qu'énonce le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 décembre 2014, et antérieurement déjà dans son courrier du 18 octobre 2001. Comme le souligne le Dr R.\_\_\_\_\_ dans l'avis SMR du 24 février 2015, les affirmations du Dr H.\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport ne sont pas convaincantes en l'état, au vu notamment de l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il fait état de douleurs, relevant du domaine subjectif, en l'absence de bilan radiologique récent, et que le port de chaussures orthopédiques n'est pas incompatible avec des déplacements et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. On relèvera encore que dans un avis du 2 avril 2008, le SMR mentionnait qu'il était dans l'ordre des choses, avec l'âge, que la situation de l'assuré, s'agissant des séquelles de pied-bot, évolue défavorablement et qu'une certaine accentuation des douleurs et tuméfactions n'engendrait pas de nouvelles limitations fonctionnelles ni diminution de la capacité de travail. Partant, sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis mai 2010 n'a été objectivement mise en évidence, si ce n'est l'apparition d'une thrombose de la veine mésentérique nécessitant la prise de Sintrom à vie, nouvelle pathologie considérée par le SMR comme n'empêchant pas l'exercice d'une activité professionnelle adaptée telle que déterminée antérieurement par le Dr J.\_\_\_\_\_. Soulignons que l'appréciation de la Dresse W.\_\_\_\_\_, prônant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle tout en énonçant une capacité de travail à hauteur de 50% dans son rapport du 17 février 2014, n'est pas de nature, en l'absence d'éléments objectifs, à mettre en échec l'avis du SMR, cela d'autant plus eu égard à la jurisprudence relative à l'empathie du médecin traitant (ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références). Il n'apparaît ainsi aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. bb) S'agissant de la « probable diminution des moyens intellectuels » alléguée par la Dresse W.\_\_\_\_\_, on soulignera, préalablement, que le Dr J.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, considéré comme n'affectant pas la capacité de travail, et mentionnait l'absence d'atteinte neurologique significative. S'agissant d'une éventuelle atteinte neuropsychologique, on se réfèrera à l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, savoir que les évaluations antérieures montraient un assuré pouvant travailler, le stage en atelier d'intégration professionnelle au Centre Afiro en 2011 l'ayant par ailleurs démontré. De surcroît, des carences en langue française et de faibles connaissances scolaires ont déjà été évoquées lors du premier stage de réadaptation au Centre Afiro à la fin des années nonante, sans qu'elles ne contreviennent à la reprise d'une activité adaptée aux limitations physiques (cf. rapport du Centre Afiro du 9 juillet 1999), observations également faites lors du stage de 2011 (cf. rapport du Centre Afiro du 17 mai 2011). Cela étant, la Dresse W.\_\_\_\_\_ se borne à invoquer la scolarité déficitaire de l'assuré, l'absence de formation professionnelle et l'absence d'activité lucrative depuis 1999 (précédemment énoncés dans ses rapports du 27 novembre 2008 et 17 juillet 2009). Or les difficultés liées au manque de formation professionnelle et l'absence de maîtrise du français

ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. En effet, si un assuré ne trouve pas de travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre - ou à comprendre les autres -, l'assurance-invalidité n'a pas à y répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016, TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2). Partant, le fait que l'assuré parle mal le français, qu'il ait des carences scolaires, qu'il n'ait pas travaillé depuis de nombreuses années, voire qu'il n'ait presque plus de dents (cf. rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2008 et rapport du Centre Orif du 17 mai 2011) ne sont pas déterminants en l'espèce, étant souligné que ces éléments ne l'ont pas empêché d'exercer une activité professionnelle antérieurement aux années 2000. Dans ce prolongement, on ne saurait dès lors reconnaître la nécessité d'une expertise neuropsychologique telle que requise par le recourant. c) Il s'ensuit que les critiques du recourant concernant le médecin du SMR apparaissent dénuées de pertinence. Il ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimé ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_. Ainsi, la situation du recourant s'avère très largement superposable à celle ayant donné lieu à la décision initiale du 31 mai 2010. S'il convient toutefois d'ajouter aux atteintes à la santé déjà retenues celle de thrombose de la veine mésentérique supérieure, cette pathologie est toutefois sans incidence sur l'activité adaptée (soit l'activité pouvant être exercée avec invalidité) puisqu'elle est considérée comme n'étant pas incapacitante. Aucune aggravation des atteintes ayant motivé les précédentes demandes n'a été rendue vraisemblable, pas plus que l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles ; aucun élément probant ne tend à démontrer que les pathologies s'additionnent et interagissent sur la capacité de travail d'une manière plus accrue que ce qui a été précédemment retenu. Il n'apparaît en définitive, entre la décision du 31 mai 2010 et la décision litigieuse du 27 février 2015, aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. d) Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

## **E. 6**

En définitive, la décision attaquée du 27 février 2015 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 16 avril 2015 par V. \_\_\_\_\_ doit être rejeté. a) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice

de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ). En l'espèce, Me Egli a produit une liste de ses opérations le 16 février 2016, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 10 heures et 50 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'950 fr. (tarif horaire de 180 fr.), plus TVA à 8% d'un montant de 156 francs. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 56 fr. 30, TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Egli s'élève donc à 2'166 fr. 80.

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