

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1095 vom 3. Februar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__1095

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1095 du 3 février 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1095 del 3 febbraio 2022

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, FORCE PROBANTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 88a al. 1 RAI, 88a al. 2 RAI, 82 LPA-VD

Erwägungen

E. 3

février 2022 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente M. Piguët, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : O. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 6

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? ■

E. 7

Peut-on s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ? ■

E. 8

Quels sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'ici ? ■

E. 9

Autres remarques : ■ ” Dans un avis du 1^{er} février 2021, le Dr G. _____, médecin au SMR, a pris position sur les derniers éléments médicaux récoltés au dossier comme suit : “ Discussion : Il s'agit d'une situation qui n'a que peu évolué depuis la 1^{ère} décision AI. Le diagnostic psychiatrique est antérieur à la dernière décision AI et ne justifie pas d'autre traitement que du Temesta (anxiolytique). L'assuré n'a pas de suivi spécialisé. Dans l'axe somatique, un canal carpien bilatéral est asymptotique et ne génère pas de LF [limitations fonctionnelles]. Il n'y a donc pas d'éléments nouveaux justifiant une aggravation. ” Par projet de décision du 4 mars 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif que, sur la base des éléments médicaux transmis, celui-ci présentait toujours une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites dans la décision de refus de prestations du 4 juin 2019. Après les objections formulées le 19 avril 2021 par l'assuré, agissant par son conseil, soumises pour examen au

SMR (avis médical du 19 juillet 2021), l'OAI a, par décision du 20 juillet 2021, confirmé la teneur de son préavis négatif du 4 mars 2021. B. Par acte du 14 septembre 2021, O._____, représenté par Me Georges Reymond, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant préalablement à l'admission de la demande d'assistance judiciaire en matière administrative et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvel examen dans le sens des considérants. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en se plaignant de l'absence de prise en compte de l'avis divergent du Dr T._____, rappelant qu'il avait demandé également qu'un examen psychiatrique et une expertise médicale avec scanner soient effectués avant qu'une décision ne soit rendue. Ce faisant, il a essentiellement contesté la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ressortant de la précédente décision de refus de prestations du 4 juin 2019. Il estimait présenter une invalidité nettement supérieure au degré d'invalidité minimal de 40 % ouvrant droit à une rente. Sous le bordereau de pièces joint au mémoire de recours figuraient notamment deux rapports de consultations des 25 et 26 août 2021 auprès de l'Hôpital général de [...] (Serbie) dont il ressort les diagnostics de gonarthroses (M17), d'intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs (T43) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant conformément à l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), l'audition de témoins ainsi que la fixation d'une audience par le tribunal. Le 7 octobre 2021, la juge en charge de l'instruction a annoncé aux parties qu'après examen préalable du dossier du recourant auprès de l'OAI, un échange d'écritures n'apparaissait pas nécessaire et qu'il pouvait être statué en la forme de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36). Le dossier était en outre consultable jusqu'au 21 octobre 2021 auprès du greffe du tribunal. Le recourant n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures professionnelles et/ou une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 26 mai 2020. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 20 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ;

TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide

au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; TF 9C_689/2018 du 8 février 2019 consid. 4.2). c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPG). d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. a) En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si, entre la décision du 4 juin 2019 refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel (reclassement) et la décision litigieuse du 20 juillet 2021, un changement des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente ainsi qu'à des mesures de réadaptation, s'est produit. b) La décision du 4 juin 2019 est fondée sur le rapport d'examen clinique réalisé au SMR les 2 mars et 14 novembre 2018,

lequel retenait une gonarthrose des compartiments internes, une dégénérescence méniscale externe droite et une tendinopathie rotulienne droite (M17.0). Ces atteintes n'empêchaient pas l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas de travail accroupi ou à genou, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de position debout prolongée au-delà de 30 mn, ni de port de charge répété au-delà de 10 kg, épisodique jusqu'à 15 kg »). Sur le plan psychique, le médecin traitant (Dr T. _____) mentionnait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis le mois de juillet 2016. Il n'existait toutefois pas de suivi spécialisé car le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consulté à seulement quatre reprises, n'avait plus revu l'assuré depuis la fin 2016 et l'OAI n'avait pas été en mesure d'obtenir un rapport médical même succinct de ce médecin. Du reste, l'assuré n'était pas traité par antidépresseurs. Le SMR n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant dans cet axe. c) Il convient d'examiner la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière sensible depuis le 4 juin 2019. aa) Posant sur le plan somatique divers diagnostics (syndrome du canal carpien bilatéral, phlegmon de la gaine du long fléchisseur du pouce gauche, thrombopénie et hernie cervicale gauche), le Dr T. _____ annonce une aggravation de l'état de santé mais sans toutefois se livrer à une description clinique des divers diagnostics posés, avec pour corollaire que son appréciation ne contient au final aucun élément médical objectif à l'appui de son évaluation d'une incapacité de travail totale de longue durée. Bien au contraire, sur le plan somatique, le rapport du 7 janvier 2021 du Dr D. _____ fait état d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et précise qu'il n'y a pas de déficit du membre supérieur gauche, ni limitation de mobilité au niveau des genoux, les douleurs étant seulement possiblement invalidantes. Par ailleurs, selon le médecin, les acouphènes ne sont ni douloureux, ni à l'origine d'une hypoacousie de telle sorte qu'ils n'apparaissent pas incapacitants. Le rapport du 7 octobre 2019 des Drs R. _____ et S. _____ retient le diagnostic principal de syndrome du canal carpien bilatéral et préconise le port d'une attelle pour le seul poignet gauche pour une durée de six semaines, tandis que le Dr V. _____ précise dans son rapport ultérieur du 31 janvier 2020 que l'ENMG est sans traduction clinique claire et que le syndrome du canal carpien a peu de traduction clinique. Il ne peut être inféré une incapacité de travail durable de ces rapports, au demeurant antérieurs au dernier examen pratiqué par le Dr D. _____. Quant au diagnostic de phlegmon de la gaine du long fléchisseur du pouce gauche, outre qu'il était déjà connu à la date du 4 juin 2019, il est mentionné au titre de diagnostic secondaire dans le rapport du 7 octobre 2019 des Drs R. _____ et S. _____, tout comme celui d'insomnie d'endormissement. Ces atteintes ne donnent lieu à aucune prescription de suivi médical. En de telles circonstances, il ne saurait en être inféré une quelconque modification de l'état de santé à caractère invalidant. Il en va de même de la thrombopénie chronique, déjà mentionnée lors de la première instruction et qui n'a pas donné lieu à une prise en charge spécialisée depuis lors, à l'instar au demeurant de toutes les atteintes somatiques du recourant depuis mars 2020. bb) S'agissant de l'état de santé psychique du recourant, il convient de constater que le Dr T. _____, excepté une insomnie d'endormissement déjà traitée depuis juillet 2016, fait part d'une intoxication médicamenteuse ainsi que d'un syndrome anxiodépressif avec risque suicidaire élevé. Le médecin traitant n'est pas spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et en l'absence de toutes explications, il ne saurait être retenu que l'état de santé psychique de son patient aurait sensiblement évolué depuis juin 2019. Par ailleurs, la Dre X. _____, du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP), retient un

trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) depuis le 19 décembre 2018, soit une atteinte à la santé antérieure au précédent refus de prestations. Elle rapporte aussi deux tentatives de suicide en février et avril 2019, soit avant le 4 juin 2019. Cette psychiatre ne se déclare cependant pas en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles ainsi que sur la capacité de travail dès lors que l'intéressé n'avait pas exercé une activité aux ateliers de la [...]. Son rapport ne donne aucune indication sur l'évolution de l'état de santé psychique du recourant. A cela s'ajoute que lors d'un entretien du 1^{er} décembre 2020 avec la gestionnaire en charge du cas à l'OAI, l'assuré avait notamment déclaré, depuis sa sortie de prison, être suivi par le Dr T. _____ ainsi que par un psychiatre dont il ne se souvenait ni le nom ni celui du cabinet (cf. note d'entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2020 entre la gestionnaire du cas à l'OAI et l'assuré rédigée le même jour [pièce 93]). Or malgré ces indications, il n'y a apparemment plus de suivi psychiatrique. Dans ces conditions, aucune modification, particulièrement d'aggravation ne peut être admise, respectivement objectivée, faute d'être attestée par un spécialiste. d) A la lumière des rapports des médecins traitants produits en procédure administrative, il y a lieu de constater au final que la situation ne s'est pas sensiblement modifiée sur le plan médical depuis le 4 juin 2019. Dans la mesure où une capacité de travail de 100 % demeure exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues en 2019 et en l'absence d'indications sur de nouvelles limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité du recourant sera vraisemblablement demeuré identique. L'OAI était donc fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations présentée le 26 mai 2020, le degré d'invalidité n'atteignant pas le seuil autorisant l'octroi de mesures, en particulier de reclassement, ni le droit à une rente. e) Le recourant a produit postérieurement à la décision litigieuse des rapports médicaux (rapports de consultations des 25 et 26 août 2021 des médecins de l'Hôpital général de [...]) sur lesquels il se fonde pour alléguer une aggravation des atteintes physiques et psychiques. Etant rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1), il convient de constater que les rapports médicaux précités et dont le recourant se prévaut pour alléguer une possible aggravation, doivent être assimilés à une nouvelle demande de révision du droit aux prestations et l'OAI doit rendre une décision distincte susceptible de recours (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; TF 9C_173/2014 du 2 mai 2014 consid. 5.3). Le rapport du 25 août 2021 fait part de gonarthroses (M17). Ces atteintes avec dégénérescence méniscale sont connues et cette pièce médicale n'atteste aucunement de leur évolution avant la décision litigieuse. S'agissant de l'intoxication médicamenteuse (T43), elle est à l'origine d'une consultation médicale le 25 août 2021, à la faveur de laquelle l'épisode dépressif de degré moyen (F32.1) a été simultanément retenu. Il s'agit de faits postérieurs à la décision querellée. 6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans son mémoire de recours du 14 septembre 2021, à savoir la mise en oeuvre d'une expertise médicale, l'audition de témoins ainsi que la tenue d'une audience par le tribunal, doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF

144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3 et ATF 130 II 425 consid. 2). 7. a) Manifestement mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) aa) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). bb) A l'examen, il apparaît que les moyens du recourant étaient manifestement mal fondés. Le procès n'aurait ainsi pas été engagé ou soutenu par une personne raisonnable plaidant à ses propres frais. En l'absence de chances de succès suffisantes, la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est rejetée.

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