

VD_GERICHTE ZD12.002580 vom 6. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.002580

FR: VD_GERICHTE ZD12.002580 du 6 octobre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD12.002580 del 6 ottobre 2016

Erwägungen

E. 5

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

E. 6

En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 3 novembre 2010, qu'il a rejetée par décision du 8 décembre 2011 déniait le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 5 septembre 2007 – et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'AI. a) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est fondé sur le rapport d'examen SMR du 18 octobre 2006 du Dr T. _____, lequel reposait sur les constatations

- 38 - du 18 juin 2004 de la Dresse P. _____ et le rapport d'expertise psychiatrique du 17 juillet 2006 du Dr W. _____. Sur le plan somatique, la Dresse P. _____ retenait qu'en raison de l'atteinte au genou droit induite par l'accident du 12 février 2003, la capacité de travail était 50% dès le 1er février 2004 dans les métiers physiques, respectivement de 100% dès janvier 2004 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charges réduit à 10-15 kg et pas de travail à genoux, sur un terrain instable, des sols mouillés, des échafaudages, des échelles ou avec des marches d'escalier). Au niveau psychiatrique, le Dr W. _____ réfutait toute atteinte incapacitante à la santé. Il posait en revanche des diagnostics dépourvus d'impact sur la capacité de travail sous forme de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés (dépendance contrôlée), d'alcool, de cocaïne et de dérivés de cannabis, chez un assuré présentant une toxicomanie primaire ainsi que des traits de personnalité immature et passifs-agressifs. C'est sur la base de ces avis, repris par le Dr T. _____, que l'OAI a retenu, aux termes de sa décision du 5 septembre 2007, que la perte de gain du recourant était insuffisante pour pouvoir prétendre à des prestations d'invalidité. b) A teneur de la décision entreprise, aucune modification significative de l'état de santé de l'assuré n'a été reconnue sur le plan

somatique. aa) Pour ce qui est de l'aspect ostéoarticulaire, il y a plus particulièrement lieu de se référer à l'appréciation du Dr Q. _____ du SMR. Après avoir effectué un examen clinique le 4 mars 2011 puis avoir attendu que l'assuré récupère d'une dermo-hypodermite du membre inférieur gauche pour compléter le dossier sur le plan radiologique et parfaire son analyse, le Dr Q. _____ a au final retenu que l'assuré présentait des atteintes incapacitantes sous forme des lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie sévère L3-L4 et une instabilité du genou droit avec un début de gonarthrose externe dans les suites d'une fracture proximale du tibia ostéosynthésée. Il a plus précisément considéré que ces atteintes empêchaient certes la poursuite de l'activité habituelle de forestier-bûcheron ou d'une activité d'employé de remontées

- 39 - mécaniques, mais qu'elles demeuraient en revanche compatibles avec une pleine capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles existant au niveau du genou droit (pas de travail en terrain inégal, pas de montée/descente d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes et assise au-delà d'une heure, et pas de port de charges de plus de 10 kg) et au niveau du rachis (pas de mouvements répétés en flexion- extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes et assise au-delà d'une heure) (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 [pp 6 à 8] et avis complémentaire du 2 août 2011 [p. 2]). Du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation ainsi décrite reste donc essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 5 septembre 2007. Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier. Le Dr H. _____ a certes estimé, le 14 juin 2010, que la capacité de travail dans une occupation adéquate se situait entre 25 et 30%. Il s'est toutefois contenté d'évoquer les séquelles affectant le genou droit de l'assuré, ainsi que les troubles apparus au niveau du rachis – soit des éléments dont le Dr Q. _____ a dûment tenu compte. Le 23 novembre 2010, le Dr H. _____ a signalé une augmentation des douleurs aux niveaux lombaire et du genou, une discopathie sévère L3-L4, une évolution vers une arthrose externe post-traumatique, ainsi qu'une gêne sur le plan fonctionnelle avec une instabilité à la marche et des lâchages en lien notamment avec une insuffisance du quadriceps. Outre que la seule augmentation des plaintes ne constitue pas en soi un critère pertinent pour évaluer la capacité de travail, la Cour relève que tant la discopathie que l'évolution arthrosique et les gênes fonctionnelles décrites par le Dr H. _____ ont été prises en compte par le Dr Q. _____ (cf. rapport d'examen clinique du Dr Q. _____ du 13 mai 2011 [p. 3 et 6 ss] et avis du 2 août 2011) ; les facteurs de gêne fonctionnelle évoqués étaient du reste déjà connus auparavant (cf. en particulier le rapport de synthèse de la Clinique V. _____ du 17 décembre 2003 [p. 2 s.] et les

- 40 - rapports d'examen de la Dresse P. _____ des 9 octobre 2003 [p. 3] et 18 juin 2004 [p. 3]). A cela s'ajoute que le Dr H. _____ a considéré le 23 novembre 2010 que tout travail de force était impossible, émettant ainsi un avis somme toute analogue à celui du Dr Q. _____, selon lequel l'activité habituelle – de bûcheron-forestier – n'était plus envisageable. Enfin, le rapport du Dr H. _____ du 15 décembre 2014 se résume à une description de la situation trois ans après la décision litigieuse et ne saurait, en ce sens, entrer en considération dans le présent contexte (cf. consid. 2b supra). Dans ces conditions, les éléments mis en avant par le Dr H. _____ n'incitent donc pas à s'écarter des conclusions du Dr Q. _____. Quant à la Dresse B. _____, elle n'a fait état d'aucune modification de l'exigibilité du point de vue de l'atteinte au genou droit et n'a, dans ses

différents comptes-rendus, pas évoqué les troubles du rachis de son patient qu'elle suit pourtant depuis 1990. Elle a tout au plus mentionné une impossibilité à effectuer des travaux de lourds (cf. annexe au rapport du 30 décembre 2010 et rapport du 24 novembre 2014 p. 1), rejoignant ainsi l'avis du Dr Q. _____ quant au caractère inadéquat de l'activité habituelle. Si la Dresse B. _____ a ensuite affirmé que l'état de santé de l'assuré en 2011 ne lui aurait pas permis d'exercer une activité lucrative à 100% même sans travaux lourds (cf. rapport du 9 février 2016), elle n'a toutefois pas directement mis cette affirmation en lien avec les troubles ostéoarticulaires de l'assuré. On ne voit donc pas en quoi l'appréciation de cette praticienne pourrait infirmer celle du Dr Q. _____. Le Dr L. _____ a, quant à lui, retenu que tout travail physique n'était plus possible eu égard aux problèmes de mobilité et d'instabilité de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. B ch. 1 p. 3). Ce faisant, le Dr L. _____ a en définitive rejoint l'avis du Dr Q. _____ quant à l'impossibilité pour l'assuré de poursuivre son activité habituelle. Si par ailleurs le Dr L. _____ a indiqué que l'intéressé n'était pas un bon candidat pour une réadaptation professionnelle compte tenu notamment de ses troubles physiques (cf. ibid. let. C ch. 1 p. 4), il n'a toutefois développé aucune réelle motivation tendant à démontrer objectivement

- 41 - l'inexigibilité d'une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire. Bien plus, ce médecin, spécialiste en infectiologie, s'est prononcé sans égard à la situation telle qu'elle se présentait à la date – déterminante (cf. consid. 2b supra) – de la décision litigieuse, prenant ainsi position hors de son domaine de spécialisation et de manière trop imprécise pour remettre en cause l'avis autorisé du Dr Q. _____. Il apparaît ainsi que, sur le plan ostéoarticulaire, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du Dr Q. _____, confirmées par le Dr D. _____ du SMR le 5 septembre 2011. Par ailleurs, l'appréciation du Dr Q. _____ procède d'une analyse complète des pièces mises à disposition et repose sur un examen clinique complet. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que ses conclusions répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 3c supra). bb) Il est constant que le recourant présente en outre des problèmes de santé relevant de l'infectiologie. Les pièces recueillies en procédure administrative signalaient en particulier une infection au VIH depuis 1990 (cf. rapport de synthèse de la Clinique V. _____ du 17 décembre 2003 p. 1) ou 1988 (cf. rapport de la Dresse B. _____ des 30 décembre 2010), sans indication quant à la progression de la maladie. Rien ne permettait ainsi de conclure à une infection ayant atteint le stade du SIDA, contrairement aux indications fournies le 23 novembre 2010 par le Dr H. _____ manifestement sur la base d'un amalgame entre les différents niveaux d'infection (que ce soit selon le système américain des « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC) [www.cdc.gov] ou selon le système de l'Organisation mondiale de la santé [www.who.int]). Si par ailleurs le Dr H. _____ évoquait la mise en œuvre d'un traitement de fond fin 2010 (cf. rapport du 23 novembre 2010), la Dresse B. _____ indiquait quant à elle que l'intéressé n'avait jusqu'alors bénéficié d'aucune prise en charge (cf.

- 42 - rapport du 30 décembre 2010 p. 2 et son annexe), le Dr Q. _____ évoquant quant à lui une prise de sang tous les six mois (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6). Tout au plus apparaissait-il, à cette époque, que des examens effectués en février 2010 avaient révélé un taux de CD4 de 304 cell./mm³ et qu'un traitement antirétroviral était

indiqué dans une telle situation (cf. rapport « Suivi HIV » des laboratoires de la Clinique A. _____ du 24 février 2010). C'est dans ce contexte que l'OAI – singulièrement, le SMR – s'est vu transmettre de nouveaux bilans biologiques courant 2011, dont l'analyse n'a montré aucun indice dans le sens d'une évolution infectiologique susceptible d'entraver la capacité de travail du recourant (cf. rapport d'examen SMR du 5 septembre 2011 p. 2), le Dr Q. _____ n'ayant de son côté pas constaté de franche polyneuropathie des membres inférieurs en lien avec le VIH (cf. rapport d'examen du 13 mai 2011 p. 7). Cela étant, au cours de la présente procédure judiciaire, la Dresse B. _____ a exposé que la maladie était restée non symptomatique jusqu'en 2010 environ mais que l'assuré était au bénéfice d'une trithérapie depuis fin 2011 (cf. rapport du 24 novembre 2014 p. 1). Aucune trace de cette évolution n'a toutefois été signalée par le Dr H. _____ dans son rapport du 15 décembre 2014 (p. 1), dont il résulte uniquement que la principale atteinte du recourant s'avère être le SIDA en 2014 – soit une période sortant du cadre temporel soumis à l'examen de la Cour de céans (cf. consid. 2b supra). C'est au regard de ces circonstances que le Tribunal a mis en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire auprès du Dr L. _____, spécialiste en infectiologie. A cet égard, on notera préalablement que l'expert a fait mention d'une infection remontant à 1998 (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 p. 2), ce qui tranche avec les dates retenues jusqu'alors (1988 ou 1990). De surcroît, le Dr L. _____ a indiqué que le traitement avait débuté non pas en 2010 ou 2011 comme précédemment évoqué, mais en 2013 aux dires du patient (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 p. 2), soit une période postérieure à celle soumise à l'appréciation de la Cour (cf. consid. 2b supra). Si le flou engendré par ces divergences anamnestiques ne peut certes pas être passé sous silence, de telles incohérences ne sont

- 43 - toutefois pas de nature à empêcher la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. En effet, le Dr L. _____ a expressément indiqué que la maladie en était au stade A2 – soit toujours en phase asymptomatique (cf. à cet égard TAF C-651/2006 du 20 janvier 2010 consid. 6.2.2) – et que le recourant n'avait à ce jour présenté aucune manifestation de type SIDA liée à l'infection VIH (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 et 4 p. 2). Les affirmations de la Dresse B. _____, quant au caractère symptomatique de l'atteinte à la fin de l'année 2010, doivent dès lors être fortement relativisées. A cela s'ajoute que l'expert L. _____ n'a évoqué aucune incapacité de travail en lien direct avec l'infection au VIH, mais a retenu uniquement des limitations ostéoarticulaires contre-indiquant une activité physique (cf. consid. 6b/aa supra), ainsi qu'une atteinte neuropsychologique préteritant une activité intellectuelle (cf. consid. 6d infra), considérant au final que l'assuré n'était pas capable de travailler et que sa diminution de rendement était d'au moins 70% (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. B p. 3). Cela étant, si au regard de ces éléments on peut certes s'interroger sur la valeur probante (cf. consid. 3c supra) du rapport d'expertise du 4 août 2015 à l'aune du mandat défini par la Cour de céans (cf. mandat d'expertise du 5 mars 2015 : « Votre mission a pour but de déterminer l'influence du virus HIV sur la capacité de travail de l'assuré ainsi que celle qu'un éventuel traitement aurait pu avoir »), il demeure que rien dans ce rapport ne démontre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'infection au VIH dont souffre le recourant aurait influé sur sa capacité de travail jusqu'à la date de la décision entreprise – le rapport de la Dresse B. _____ du 9 février 2016 n'y venant rien changer puisqu'il se borne à évoquer, de manière laconique, une dégradation de l'état global de l'assuré depuis dix ans. Dans ces conditions, la Cour ne peut que retenir, à l'instar de l'OAI, que l'infection au VIH ne

revêtait pas d'impact sur la capacité de travail de l'assuré à la date de la décision attaquée. Quant aux hépatites (en particulier hépatite C) du recourant, on constate là encore que rien dans les pièces au dossier ne permet d'admettre sous cet angle l'existence d'une atteinte invalidante à la date de la décision entreprise. Tant les Drs H. _____ que B. _____ n'ont à

- 44 - aucun moment fourni d'indications concrètes et objectives dans ce sens. Quant au Dr L. _____, il a décrit l'état de l'hépatite C à l'époque de l'expertise réalisée en 2015, sans que l'on puisse tirer de conclusions claires quant à l'évolution de cette pathologie entre la décision du 5 septembre 2007 et celle, litigieuse, du 8 décembre 2011. Finalement, on ne saurait prendre en considération les « infections non répertoriées dans le dossier à disposition multiples » considérées comme incapacitantes par l'expert L. _____ (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 4 p. 2), sans autre précision ou explication. Tout au plus apparaît-il qu'en 2011, le Dr Q. _____ faisait état d'une bronchopneumonie à la fin des années huitante et d'une infection cutanée à staphylocoques au niveau de la cuisse gauche deux ans auparavant (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6), troubles auxquels il n'a prêté aucune valeur invalidante. Si par ailleurs la dermo-hypodermite contractée au printemps 2011 par l'assuré suite à une morsure de chien en Thaïlande a certes été qualifiée d'incapacitante par le Dr Q. _____ (cf. ibid. p. 8), il reste que l'intéressé était totalement guéri en juillet 2011 (cf. compte-rendu d'entretien téléphonique avec la Dresse B. _____ du 4 juillet 2011), de sorte que la situation a été considérée comme normalisée (cf. avis complémentaire du Dr Q. _____ du 2 août 2011). Quant à la Dresse B. _____, elle évoquait, dans son rapport du 25 novembre 2014 (p. 1), de nombreux problèmes infectieux sévères dont l'assuré s'était toujours remis, sans pour autant conclure de ce fait à une atteinte incapacitante. Dans ces conditions, on ne peut suivre le Dr L. _____ lorsqu'il reconnaît aux diverses infections du recourant un caractère incapacitant, en l'absence d'éléments concrets et objectifs pour étayer une telle affirmation. cc) Au niveau vasculaire, on notera que, le 15 mai 2008, le Service d'angiologie du Centre hospitalier J. _____ a établi un rapport diagnostiquant un status après TVP à répétition en 1993, 2006 et 2007, diagnostic secondaire à la toxicomanie alors active de l'assuré – étant ici souligné que ce dernier ne consomme plus de stupéfiants par voie intraveineuse depuis 2007 (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A

- 45 - ch. 1 p. 1) voire 2009 (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6). Le rapport du 15 mai 2008 faisait par ailleurs mention d'un patient relativement peu asymptomatique [sic] cinq mois après la dernière thrombose – survenue le 8 décembre 2007 – et ne préconisaient aucun traitement autre que le port d'une compression élastique. De telles constatations, traduisant une évolution somme toute positive, ne sont donc pas révélatrices d'une atteinte à la santé susceptible de diminuer la capacité de travail du recourant. A cela s'ajoute qu'aucune pièce au dossier ne témoigne d'une modification notable sur ce plan. Partant, on ne saurait suivre le Dr L. _____ lorsqu'il retient, sans autre précision, que ces thromboses à répétition entre 1993 et 2007 auraient contribué à la diminution de la capacité de travail de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 4 p. 2 s.) – cela d'autant que, ce faisant, l'expert se prononce (partiellement tout du moins) sur une période antérieure à celle soumise à l'examen de la Cour de céans, soit la période écoulée entre la décision du 5 septembre 2007 et celle du 8 décembre 2011. dd) Pour le surplus, en ce qui concerne l'anémie évoquée par le recourant dans sa réplique du 27 juin 2012 (p. 3) et qui remontait alors, selon ses dires, à deux ou trois ans, force est de constater qu'aucune pièce

médicale au dossier ne retient d'affection incapacitante à ce niveau. On ne voit donc pas en quoi cet argument pourrait influencer sur le sort de la cause – et cela même à suivre le recourant quant à l'existence d'une affection remontant à 2009 ou 2010 et donc antérieure à la décision attaquée, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI (cf. duplique du 24 juillet 2012 p. 2). De surcroît, si le recourant a il est vrai des problèmes de peau, il n'apparaît en revanche pas que ceux-ci aient une quelconque influence du point de vue de sa capacité de travail. ee) En résumé, la Cour de céans constate que, sur le plan somatique, aucune dégradation notable de l'état de santé du recourant entre la décision de refus de prestations du 5 septembre 2007 et la

- 46 - décision litigieuse du 8 décembre 2011 n'est établie à satisfaction de droit. Partant, la position de l'intimé n'est donc pas critiquable à cet égard. c) L'intimé n'a pas davantage reconnu d'évolution significative du point de vue psychiatrique. De fait, la Cour constate que rien dans les renseignements médicaux recueillis à la suite de la nouvelle demande de prestations du 3 novembre 2010 ne vient étayer la thèse d'une modification importante de la situation sur le plan psychiatrique. Si la Dresse B. _____ a certes signalé des atteintes incapacitantes sous forme de trouble de la personnalité de type borderline et de troubles de l'adaptation (cf. rapport du 30 décembre 2010 p. 1), elle a toutefois fait remonter ces diagnostics à plus de vingt ans (cf. loc. cit.) sans aucune notion d'aggravation depuis la décision de refus de prestations du 5 septembre 2007. C'est par ailleurs en lien avec des troubles du comportement – et non de la personnalité tels que précédemment retenus – que cette praticienne a évoqué en 2014 une péjoration remontant à quatre ans (cf. compte-rendu du 25 novembre 2014 p. 2), sans du reste développer de réelle argumentation médicale sur le sujet. En d'autres termes, les assertions de la Dresse B. _____ relèvent tout au plus d'une appréciation différente d'une situation déjà connue et dûment analysée par le Dr W. _____ dans son rapport du 17 juillet 2006, dont les conclusions niant toute atteinte psychique invalidante ne sauraient être discutées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations à l'origine du présent litige. A ce niveau également, la position défendue par l'intimé n'apparaît donc pas contestable. d) Reste à examiner l'aspect neuropsychologique. C'est ici le lieu de rappeler que, dans le cadre de l'expertise psychiatrique menée en 2006 par le Dr W. _____ avec le concours d'un neuropsychologue, il avait en particulier été constaté que l'assuré présentait une altération des rendements mnésiques mais que le

- 47 - fonctionnement mnésique n'était pas altéré au point d'empêcher l'intéressé de garder en mémoire les fonctions rattachées à un poste de travail. L'assuré ne présentait en outre pas de dysfonctionnement exécutif majeur sous l'angle des capacités de concentration et de persévérance (cf. rapport d'expertise du 17 juillet 2006 p. 17). Il disposait ainsi des compétences cognitives nécessaires pour acquérir puis exercer une activité lucrative (cf. ibid. p. 19). Aucune atteinte incapacitante n'avait dès lors été retenue de ce chef. Il s'agit par conséquent de déterminer si une modification notable est intervenue sur ce plan, jusqu'à la date de la décision attaquée du 8 décembre 2011. A cet égard, dans son compte-rendu du 25 novembre 2014, la Dresse B. _____ a signalé l'apparition, au moins depuis les quatre dernières années, de troubles cognitifs et en particulier mnésiques. Ce compte-rendu ne contient toutefois aucune indication concrète permettant de retenir que les troubles évoqués étaient déjà de nature à réduire la capacité de travail du recourant au moment de la décision entreprise. Si, dans son rapport du 9 février 2016, la Dresse B. _____ a affirmé que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer une activité à 100% en 2011 notamment en raison de ses troubles neuropsychologiques, force est de relever qu'aucun raisonnement médical

ne vient asseoir l'avis de cette praticienne, qu'elle a motivé en indiquant avoir « rapidement » parcouru le dossier du patient, ses notes, ainsi que les documents de l'époque. Dans ces conditions, les éléments mis en avant par la Dresse B. _____ ne suffisent pas pour établir une évolution notable de l'état de santé neuropsychologique de l'assuré justifiant de faire droit à sa nouvelle demande de prestations. Quant aux avis spécialisés émis par la Prof. C. _____ au cours de la présente procédure judiciaire, il en est ressorti que l'assuré présentait un trouble mnésique antérograde verbal modéré, un sévère dysfonctionnement exécutif tant comportemental que cognitif, ainsi que des troubles attentionnels sévères associés à un ralentissement – troubles

- 48 - diminuant très significativement la capacité de travail, laquelle a été évaluée entre 15 et 35% (cf. rapport du 29 juin 2015 p. 2 et son complément du 28 décembre 2015). Pour le reste, la Prof. C. _____ a renoncé à se prononcer a posteriori sur l'évolution des troubles en l'absence d'examen neuropsychologique antérieur (l'expertise psychiatrique de 2006 ne pouvant certes pas, formellement, être qualifiée comme telle), soulignant néanmoins que l'étiologie des troubles était difficile à déterminer et se référant de surcroît à une imagerie cérébrale de 2004 n'ayant pas montré de lésions potentiellement contributives (cf. rapport du 29 juin 2015 p. 2). Se prononçant à ce sujet, les Drs BB. _____ et CC. _____ du SMR se sont ralliés à l'appréciation de la Prof. C. _____ concernant la situation actuelle de l'assuré, tout en soulignant néanmoins l'absence d'analyse pour la période antérieure – et notamment à la date de la décision attaquée – et en ajoutant qu'il n'était ainsi pas possible d'exclure un processus dégénératif cérébral intercurrent (cf. avis médical SMR du 19 janvier 2016). Attendu qu'il n'est donc pas possible de retracer l'évolution de l'état de santé neuropsychologique de l'assuré faute d'examen antérieur à celui de juin 2015, il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 5 supra), on ne peut considérer comme suffisamment établie l'existence de troubles neuropsychologiques diminuant la capacité de travail du recourant à l'époque de la décision litigieuse rendue par l'OAI le 8 décembre 2011, notamment sous la forme d'un processus dégénératif cérébral intercurrent. A l'aune de ces considérations, la Cour de céans se doit donc de retenir qu'à la date de la décision querellée, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit.), aucune atteinte neuropsychologique n'entamait la capacité de travail du recourant. Aussi la décision en cause ne peut-elle qu'être confirmée sous cet angle également. La Cour de céans ne saurait toutefois se prononcer pour la période postérieure au 8 décembre 2011, qui excède son pouvoir d'examen (cf. consid. 8a infra) et devra, dès lors, faire l'objet d'une

- 49 - analyse spécifique de la part de l'OAI au regard, notamment, de l'avis SMR du 19 janvier 2016. e) Au demeurant, il n'y a pas à s'arrêter sur le contexte psychosocial dans lequel évolue l'assuré. En effet, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177). Il en va de même d'un éventuel manque de formation pour un emploi adapté tel qu'invoqué par le Dr H. _____ (cf. rapport du 14 juin 2010). Sur ce point, on soulignera que s'il est vrai que de tels peuvent jouer 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, en règle générale, 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 (cf. TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références).

E. 7

En définitive, il apparaît qu'en rejetant, par décision du 8 décembre 2011, la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 3 novembre 2010, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit. 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 ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; cf. TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui

- 50 - précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. Pour le surplus, la cause est retournée à l'OAI afin que cet office se détermine sur l'impact des troubles neuropsychologiques constatés par la Prof. C. _____ du point de vue de la capacité de travail du recourant pour la période postérieure au 8 décembre 2011 (cf. consid. 6d supra). b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGa).

- 51 - Quant à l'indemnité au défenseur d'office, elle doit être fixée 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 (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, c'est Me Rachel Debluë qui a été désignée en remplacement de Me Roberto Izzo – lequel a été indemnisé par décision du 1er avril 2016 de la juge instructeur –, et non Me Laurent Maire dont le nom figure sur la liste des opérations produite. Cela étant, cette liste des opérations a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. L'indemnité du conseil d'office doit ainsi être arrêtée à deux heures et cinq minutes au tarif

horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), à quoi s'ajoutent les débours par 4 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 409 fr. 32 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, montant qu'il y a lieu d'arrondir à 409 fr. 30.

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