

## **VD\_GERICHTE ZD16.036199 vom 23. Mai 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.036199](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.036199)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.036199 du 23 mai 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD16.036199 del 23 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une

- 28 - atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une

- 29 - constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de

travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de

- 30 - vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

## **E. 6**

En l'occurrence, le recourant soutient que son état s'est péjoré et qu'il devrait dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière. Or il sied de constater que sa situation est superposable à celle qui prévalait lorsqu'ont été rendues les décisions du 5 décembre 2013. a) Sur le plan somatique, les cervicalgies et les lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs sont présentes depuis de nombreuses années (cf. notamment rapport du 11 mars 2008 des Drs C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du SMR, rapport du 5 octobre 2010 des Drs GG. \_\_\_\_\_ et TT. \_\_\_\_\_). Ceci ne constitue donc pas une atteinte nouvelle. La capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues dans les décisions du 5 décembre 2013 prenaient déjà en compte les atteintes rachidiennes. Une aggravation ne ressort pas non plus des pièces au dossier. Les douleurs aux genoux sont également connues. S'agissant du genou gauche, l'assuré a consulté des spécialistes pour ce motif dès 2009. Il a subi une arthroscopie le 22 septembre 2009. L'arthrose et la chondropathie avancée du compartiment fémoro-tibial interne, dont le recourant se prévaut, ont été diagnostiquées à cette période (cf. notamment rapport du 25 mars 2010 du Dr HH. \_\_\_\_\_, rapport du 11

- 31 - mai 2010 du Dr BB.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr K.\_\_\_\_\_ rapportait déjà le 3 septembre 2010 que son patient se plaignait de douleurs aux deux genoux, ainsi que de douleurs à la marche. Les atteintes aux genoux ont elles aussi déjà été prises en considération dans le cadre des limitations fonctionnelles du recourant (cf. avis médical du 4 avril 2011 du Dr RR.\_\_\_\_\_ du SMR). Tel que relevé par le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, le développement de la gonarthrose avec le temps n'est pas tel qu'il puisse représenter un facteur incapacitant dans une activité adaptée (cf. avis médical du 13 juin 2017). En outre, les différentes manifestations décrites par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 octobre 2015, soit les céphalées, les vertiges, ainsi que la sensation de fourmillements et de brûlures, ne sont pas nouvelles, puisqu'elles avaient été relevées par les Drs C.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du SMR dans leur rapport du 11 mars 2008. Il en va de même des troubles du sommeil, l'assuré ayant notamment expliqué à ces médecins à l'époque ne pas dormir plus d'une demi-heure d'affilée (cf. p. 4 du rapport précité). Il avait encore décrit se lever trois à quatre fois par nuit avec une peine à se rendormir, « se tourner dans le lit toute la nuit », ne pouvoir s'endormir qu'à partir de six heures du matin, ne pas avoir sommeil durant la nuit et ne pas dormir pendant la journée. Les médecins avaient quant à eux relevé qu'il n'y avait ni somnolence, ni cernes, ni autres signes d'épuisement (cf. p. 8 du rapport). Par ailleurs, les Drs C.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ avaient déjà retenu le diagnostic d'obésité. Quant au déconditionnement physique global et focal décrit par le Dr DD.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 avril 2016, il était déjà présent en tous cas depuis 2010 (cf. rapport du 5 octobre 2010 des Drs GG.\_\_\_\_\_ et TT.\_\_\_\_\_). Concernant les douleurs à l'épaule droite, dues à une tendinite, il y a lieu de relever avec le Dr G.\_\_\_\_\_ que le traitement se limite à du paracétamol et qu'il ne ressort d'aucune pièce au dossier qu'une infiltration ou une consultation rhumatologique s'avèrent nécessaires (cf. avis médical du 6 juin 2016). Dans ces conditions, cette

- 32 - atteinte ne peut constituer à elle seule un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant. Il en va de même des adénopathies constatées par la Dresse II.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 janvier 2016. En effet, selon cette spécialiste, elles n'imposaient qu'un nouveau contrôle à effectuer dans une année. Quant au prostatisme diagnostiqué par le Dr MM.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 avril 2015, il sied de considérer, à l'instar du Dr G.\_\_\_\_\_, qu'il ne constitue pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité (cf. avis médical du 6 juin 2016). L'augmentation de la fréquence des mictions avec des impériosités entraînant parfois une incontinence urinaire, décrites par le Dr MM.\_\_\_\_\_, n'empêchent en effet pas l'exercice d'une activité professionnelle. Il en va de même s'agissant des atteintes présentées par l'assuré sur le plan de l'appareil digestif (reflux digestif, polype sessile sigmoïde, dolichocôlon, gastro-antro-bulbite, helicobacter pilori, anite, érythème péri-anal léger, éventuelles hémorroïdes internes) (cf. rapport du 21 janvier 2015 du Dr ZZ.\_\_\_\_\_, rapport du 5 août 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_). Au vu de ce qui précède, sur le plan somatique, le recourant ne présente pas de modification notable de son état de santé propre à influencer son taux d'invalidité depuis les décisions rendues le 5 décembre 2013. b) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut notamment du rapport du 7 décembre 2016 de la Dresse YY.\_\_\_\_\_ et de WW.\_\_\_\_\_, lesquels retenaient un trouble dépressif majeur, épisode dépressif sévère chronique, un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, ainsi qu'un retard mental léger. Selon eux, ce dernier diagnostic expliquait la persistance de la symptomatologie dépressive et douloureuse, ainsi que l'incapacité de travail à 100 % en résultant.

- 33 - Toutefois, la Dresse YY. \_\_\_\_\_ et le psychologue WW. \_\_\_\_\_ ont précisé que l'assuré présentait des symptômes similaires à ceux qui avaient été relevés par les Drs H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 13 novembre 2014. Ces symptômes étaient un abaissement de l'humeur persistant, une aboulie, des insomnies, une agitation psychomotrice, une asthénie, un sentiment de dévalorisation, des difficultés de concentration et des idées de mort récurrentes. Ils ont ainsi expliqué reconduire les diagnostics de trouble dépressif majeur avec épisode dépressif sévère chronique et de trouble douloureux, déjà retenus en 2014. Or, ces diagnostics avaient déjà été posés par les Drs M. \_\_\_\_\_, Y. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 25 mai 2007. En 2014, les Drs H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ avaient eux-mêmes exposé reconduire ces diagnostics, en décrivant exactement les mêmes symptômes que ceux susmentionnés. Par ailleurs, concernant la symptomatologie dépressive, le rapport du 25 mai 2007 retenait déjà un état de tristesse persistante, des pleurs occasionnels incontrôlés, une perte de capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt en général, une irritabilité et une impatience croissantes, des pertes de mémoire, un fort sentiment de dévalorisation, ainsi que des pensées de mort récurrentes. Ces éléments ne sont ainsi pas nouveaux. En outre, ce rapport faisait également déjà état de difficultés éprouvées par l'assuré dans sa vie quotidienne. En particulier, ce dernier avait expliqué qu'il éprouvait d'énormes difficultés à faire sa toilette et ses besoins, ainsi qu'à marcher plus d'un quart d'heure par jour, de sorte que son épouse et son fils devaient l'assister dans ses activités quotidiennes. Ainsi, la constatation des Drs H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, en 2014, selon laquelle les symptômes douloureux et dépressifs handicapaient l'assuré dans chacun des aspects de sa vie et l'empêchaient d'effectuer les tâches les plus simples, reprise par la Dresse AA. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 juin 2016, n'apporte aucun élément nouveau.

- 34 - Même si, dans le rapport du 7 décembre 2016, la Dresse YY. \_\_\_\_\_ et le psychologue WW. \_\_\_\_\_ ont évoqué que la symptomatologie de l'intéressé « se serait péjorée dans les derniers mois », ils ont précisé que cette aggravation était intervenue à la suite du refus de l'OAI d'augmenter sa rente. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement à cette dernière ne devant en principe pas être pris en considération (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a également souligné qu'il s'agissait d'un état réactionnel à ce refus (cf. avis du 30 janvier 2017). D'ailleurs, dans son rapport du 25 juin 2015, la Dresse AA. \_\_\_\_\_ décrivait une situation qui ne présentait pas de grande différence avec ce qui avait déjà été relevé par le rapport du 11 mars 2008 du SMR (cf. en ce sens, avis du 6 juin 2016 du SMR). Une amélioration était même présente, l'assuré ne verbalisant notamment plus d'idées suicidaires, alors qu'en 2008, il avait déclaré avoir envie de mourir. Même si la Dresse AA. \_\_\_\_\_ décrivait des symptômes dépressifs, elle ne retenait pas formellement le diagnostic de trouble dépressif. Elle précisait que son patient trouvait ressource au sein de sa famille, notamment auprès de sa fille, chez qui il se rendait plusieurs fois par semaine, ce qui lui donnait l'occasion d'investir son rôle de grand-père, qui le sortait de son statut de malade. Cependant, dans son rapport du 23 juin 2016, en réponse aux questions formulées par Fortuna dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de refus d'augmentation de la rente, la Dresse AA. \_\_\_\_\_ a cette fois posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en précisant, de manière contradictoire, que la symptomatologie était stable depuis le début du suivi, initié en

novembre 2014. Ainsi, hormis la mention d'une péjoration de la symptomatologie due au refus de l'OAI d'augmenter la rente de l'assuré – laquelle est en outre survenue postérieurement à la décision litigieuse –, les différents rapports successifs du V. \_\_\_\_\_ (2007, 2014, 2016) sont

- 35 - superposables (s'agissant du diagnostic de retard mental léger, voir ci-dessous). Or, la Cour de céans a déjà considéré, par arrêt du 27 juin 2013, que les conclusions du rapport du 25 mai 2007 du V. \_\_\_\_\_, soit une capacité de travail inférieure à 30 % dans une activité adaptée, pour des motifs psychiatriques, ne pouvaient être suivies (cause AI 13/12 – 124/2013 consid. 5bb). Elle s'est en revanche ralliée à l'appréciation des Drs C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du SMR, lesquels avaient retenu, dans leur rapport du 11 mars 2008, une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Ces derniers avaient expliqué que le tableau surprenait par une lassitude existentielle plus que par de réels symptômes dépressifs. L'assuré leur avait expliqué ne plus avoir envie de vivre et se laissait aller dans un rôle de dépendant dans une existence d'inactivité et de tristesse. Selon ces médecins, les critères stricts d'une maladie psychiatrique sévère n'étaient pas remplis. Le tableau était parasité par une exagération incontestable et croissante des symptômes. Ils avaient retenu un trouble somatoforme douloureux avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une dépression d'accompagnement sous forme d'une lassitude existentielle, lesquels n'entraînaient selon eux pas d'incapacité de travail. Même si le recourant est désormais suivi par un psychiatre, l'analyse des indicateurs de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux ne révèle pas d'atteinte invalidante, une exagération des symptômes ayant notamment été relevée (cf. consid. 5 supra). Au demeurant, le recourant dispose de ressources, tirées de son contexte de vie, en particulier de ses enfants et de son rôle de grand-père. Enfin, s'agissant du diagnostic de retard mental léger, il a certes été posé en 2016 seulement, mais ceci était déjà présent dès l'enfance du recourant. Celui-ci a néanmoins pu s'intégrer dans le monde professionnel en exerçant différentes activités, telles que maçon, commerçant indépendant, ou encore aide dans le domaine agricole (cf. rapport du 11 mars 2008 des Drs C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du SMR). La mise en évidence de ce diagnostic ne constitue pas à elle seule un

- 36 - changement important des circonstances depuis les décisions rendues en 2013. c) Il résulte de ce qui précède qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé du recourant autorisant une révision du droit à la rente, le tableau clinique présenté par celui-ci ne différant pas fondamentalement de celui prévalant en 2013. L'intimé était ainsi fondé à refuser l'augmentation de la rente.

## **E. 7**

Le recourant se prévaut encore de son âge et de sa formation de maçon, soutenant que sa capacité de travail réellement exigible est nulle. a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu

que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de

- 37 - son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la

- 38 - jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 (TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références). b) En l'espèce, la jurisprudence relative aux personnes proches de l'âge de la retraite n'est pas applicable. En effet, le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle depuis son licenciement au début de l'année 2006. En particulier, il n'a pas repris d'activité adaptée après les décisions du 5 décembre 2013 lui octroyant notamment un quart de rente d'invalidité à compter du 1er juin 2011. Pourtant, dans ces décisions, faisant suite à l'arrêt du 27 juin 2013 de la Cour de céans, il avait été déterminé que le recourant disposait encore d'une capacité de travail totale, avec une diminution de rendement de 30 %, dans une activité adaptée. Ainsi, dans le cadre de la demande de révision, l'intéressé savait, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité était attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance- invalidité. Il ressort du considérant 6 supra que la situation du recourant est comparable à celle ayant conduit aux décisions du 5 décembre 2013. La seule modification réside dans l'écoulement du temps. Dans ces circonstances, le facteur de l'âge « avancé » ne

peut entraîner l'application de la jurisprudence précitée. Ainsi, le recourant ne saurait être considéré comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur la capacité de travail qui lui est reconnue sur le marché équilibré du travail, et se voir octroyer des prestations de l'assurance- invalidité pour ce motif.

#### **E. 8**

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert le recourant. 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

- 39 -

#### **E. 9**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (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 (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 (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 (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire 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 (art. 69 al. 1bis LAI et 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 pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Patricia Spack Isenrich (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cette dernière a communiqué le 8 mars 2018 la liste de ses opérations, totalisant 14 heures et 15 minutes de travail. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), l'indemnité doit être fixée à 2'565 fr., à laquelle s'additionnent 100 fr. de débours. A cela s'ajoute la

- 40 - TVA au taux de 8 %, toutes les opérations ayant été effectuées en 2017. Le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Spack Isenrich s'élève ainsi à 2'878 fr. 20.