

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, assesseur,
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Vanessa Egli, avocate à Vevey,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1959, ayant vécu en Suisse dès la fin des années huitante et y séjournant de manière ininterrompue depuis 1992, s'est vu délivrer une autorisation d'établissement en 1994. Au bénéfice d'une scolarisation élémentaire et sans formation professionnelle, il a travaillé en Suisse comme manœuvre peintre, profession apprise à l'âge de quatorze ans dans son pays d'origine. Particulièrement, il a œuvré pour l'entreprise [...] entre 1988 et avril 1996, période entrecoupée par des retours en Italie les premières années puis le versement de prestations de l'assurance-chômage (cf. questionnaire pour l'employeur du 21 mai 1997 et extrait du compte individuel du 27 mai 1997).

Le 25 avril 1997, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel. Il se prévalait d'une malformation congénitale du pied gauche lui occasionnant d'importantes douleurs depuis avril 1996, et un suivi médical par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 24 juillet 1997 à l'OAI, le Dr L._____ a fait part du diagnostic de séquelles de pied-bot à gauche. Il énonçait des douleurs récidivantes du pied gauche chez un manœuvre peintre en bâtiment, ayant entraîné des périodes d'incapacité de travail en 1996 et l'absence d'activité professionnelle - avec émergence à l'assurance-chômage - dès l'été 1996. L'état de santé était stationnaire et le traitement symptomatique, avec la nécessité de porter des chaussures adaptées munies de supports plantaires.

Le 12 mai 1998, l'assuré a débuté un stage de réadaptation au Centre Afiro, dans le secteur technique. Aux termes du rapport d'observation du 16 juillet suivant, l'assuré parlait la langue française avec

peine et ses connaissances scolaires étaient limitées. Il n'était plus en mesure d'assumer un emploi en position debout de manière continue, mais uniquement sur une demi-journée, et le port de charges était à proscrire. Une activité plus légère pouvait être retrouvée mais qui nécessitait des compétences faisant actuellement défaut à l'assuré ; il a de ce fait été demandé la prolongation de la mesure dans la section mécanique jusqu'au 31 décembre 1999, avec périodes de réentraînement à l'effort et de formation pratique, demande de prolongation cautionnée par l'OAI. Cependant, face aux diverses périodes d'absentéisme de l'assuré, la mesure a été interrompue en été 1999. A cet égard, on extrait du rapport du Centre Afiro du 9 juillet 1999 les considérations suivantes :

« M. V. _____ étant absent depuis plusieurs jours, nous avons tenté (sans succès) de connaître les raisons qui le retenaient à la maison. Puis, nous avons contacté le Dr F. _____ (auteur du dernier certificat médical) pour lui faire part de l'absence prolongée de l'intéressé. Le médecin en question nous informe que M. V. _____ est capable de travailler et qu'aucune cause médicale l'empêche présentement d'être actif.

Depuis plusieurs mois, M. V. _____ se soustrait aux mesures de reclassement professionnel et ne démontre apparemment pas la volonté d'améliorer sa capacité de travail. Par conséquent, en accord avec M. [...] de l'OAI, il a été décidé d'interrompre les mesures professionnelles au 16 juillet 1999.

Par ailleurs, nous estimons M. V. _____ capable d'exercer un emploi n'exigeant pas d'efforts physiques importants nécessitant entre autre l'emploi d'échelles ou d'échafaudages. En revanche, il peut réaliser des activités d'ouvrier d'usine par exemple pour des travaux de perçage, petits montages industriels, usinages simples moyennant une alternance des positions (debout-assis). Il peut également fonctionner comme manutentionnaire ou aide magasinier dans une grande surface, tout comme convoyeur dans un hôpital ou EMS.

Limité intellectuellement et physiquement, nous pensons que sa capacité de gain n'excédera pas Sfr. 24'000.- par an. »

Le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, s'est prononcé à la demande de l'OAI dans un rapport du 29 octobre 1999. Il faisait état d'un patient suivi pour une hypertension artérielle et présentant une hypercholestérolémie pour laquelle il avait refusé les propositions thérapeutiques. Le Dr F. _____ précisait que les quelques arrêts de travail attestés l'avaient été dans le cadre d'affections bénignes

ainsi qu'à l'occasion du besoin de l'assuré de s'occuper de ses enfants, et qu'il apparaissait, après entretiens téléphoniques avec le Dr L._____, que l'intéressé pratiquait « le tourisme médical » afin d'obtenir la prolongation de ses arrêts de travail. Le Dr F._____ ne voyait aucune raison médicale justifiant une incapacité de travail s'agissant des affections pour lesquelles l'assuré l'avait consulté (hypertension et hypercholestérolémie), la capacité lui paraissant en outre totale dans l'activité exercée au Centre Afiro.

Dans un rapport du 17 novembre 1999, le Dr L._____ a posé pour seul diagnostic des séquelles de pied-bot gauche pour lesquelles il préconisait une évaluation en milieu universitaire, et a mentionné « pas d'indication sûre possible » s'agissant de l'incapacité de travail.

Par projet de décision du 22 février 2000, confirmé par décision du 14 mars suivant, l'OAI a dénié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a rappelé que l'interruption du stage au Centre Afiro résultait de son absentéisme et non de son état de santé, ajoutant que les séquelles de pied-bot engendraient des limitations dans le port de charges et les activités debout et de marche mais permettaient des activités d'usine, assises ou plutôt sédentaires, à un taux de 100%. Le degré d'invalidité se chiffrant à 20%, après comparaison des revenus sans et avec invalidité (48'840 fr. respectivement 39'000 fr.), l'assuré ne pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. Dans un courrier du 18 octobre 2001 adressé à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné un suivi de l'assuré à la suite du Dr L._____, retenant les diagnostics de status après probable tentative de correction de séquelles de pied-bot et arthrose séquellaire importante. De l'avis de ce spécialiste, conforté par un confrère, il n'y avait pas de traitement chirurgical à prévoir dans ce type de lésion, seul s'avérait nécessaire le port de chaussures orthopédiques associées à des supports plantaires sur mesure. Le Dr H._____ soulignait encore que l'activité de

peintre en bâtiment n'était plus réalisable et ne voyait pas d'autre alternative que l'octroi d'une rente.

L'OAI a fait savoir à l'assuré, en référence au courrier du Dr H._____, qu'il n'apparaissait aucun nouvel élément ni aggravation significative de son état de santé permettant de reprendre l'instruction de son dossier. L'OAI prenait cependant en charge, à titre de moyens auxiliaires, des chaussures orthopédiques sur mesure.

Le 2 septembre 2002, V._____, par l'entremise du Dr H._____, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il mentionnait quant au genre de l'atteinte « séquelle de pied bot - aggravation des douleurs ».

Suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes du rapport d'expertise du 12 décembre 2002, l'assuré se plaignait uniquement, du point de vue orthopédique, de douleurs au niveau du pied gauche, de type mécanique, apparaissant lorsqu'il restait debout plus d'une heure. Le Dr N._____ retenait les diagnostics de séquelles du pied-bot évoluant depuis l'enfance - comme sans répercussion sur la capacité de travail -, d'hypertension artérielle en traitement, d'hypercholestérolémie et d'obésité. Il reconnaissait à l'assuré une capacité de travail nulle dans la profession de peintre en bâtiment, mais totale dans l'activité de mécanicien de précision ou une activité de même type, pour autant qu'il s'agisse d'un métier plutôt sédentaire, sans port de charges lourdes, sans station debout prolongée ni grands déplacements (longues marches) et que l'intéressé bénéficie de chaussures adaptées.

Le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr N._____, relevant dans son rapport du 15 juin 2003 l'absence de péjoration de l'état de

santé de l'assuré se répercutant sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Par décision du 25 novembre 2003, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité. A l'appui de sa décision, l'office énonçait différents emplois qu'il qualifiait d'adaptés (employé d'usine au montage/câblage, aide-magasinier - réception de marchandise, ouvrier en montage électrique, manœuvre - opérateur sur machines, manœuvre - micro-soudeur et contrôleur, ouvrier au rivetage) et chiffrait le degré d'invalidité à 12%, soit à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

C. V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 juin 2007, mentionnant des « problèmes de santé », des douleurs au pied, renvoyant pour le surplus à l'avis du Dr H._____.

Par courrier du 9 juillet 2007, l'OAI a demandé à l'assuré de rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, tel qu'un certificat médical décrivant et précisant la date de l'aggravation, sous peine de se voir notifier une décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par certificat médical du 4 septembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr H._____ a relaté les douleurs résiduelles présentées par l'assuré après correction chirurgicale de son pied-bot réalisée durant son enfance en Italie. L'état semblait s'aggraver en raison de douleurs et tuméfactions locales de plus en plus marquées et une évaluation à l'Hôpital orthopédique était par ailleurs préconisée.

Dans un avis du 2 avril 2008, le SMR a exposé qu'il était dans l'ordre des choses, avec l'âge, que la situation de l'assuré évolue défavorablement, et qu'une certaine accentuation des douleurs et des tuméfactions n'engendrait pas de nouvelles limitations fonctionnelles ni une diminution de la capacité de travail. Aucun état algique important

avec répercussion sur la vie quotidienne de l'assuré n'était signalé. Le SMR rappelait finalement qu'il appartenait à l'assuré, compte tenu de sa troisième demande formulée pour la même raison, de démontrer l'aggravation de sa situation médicale ; l'unique rapport du Dr H. _____ ne suffisait pas à entamer une nouvelle instruction.

Le 4 avril 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un préavis de refus d'entrer en matière, estimant que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 25 novembre 2003. Ce projet a été confirmé par décision du 14 mai 2008.

D. Le 13 juin 2008, V. _____ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité, se prévalant d'une cirrhose hépatique Child C diagnostiquée en 2008, d'une hypertension artérielle, d'une agénésie rénale et d'un pied-bot. Il rappelait avoir effectué un stage au Centre Afiro en 1998 et 1999 et n'avoir ensuite plus exercé d'activité professionnelle.

Dans un rapport du 4 juillet 2008 à l'OAI, la Dresse W. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis avril 2008, a relevé que les deux premières demandes de prestations de l'assurance-invalidité se référaient uniquement au problème orthopédique de son patient, sans tenir compte des problèmes majeurs de médecine interne qu'il présentait. La Dresse W. _____ a ensuite listé les diagnostics suivants : une cirrhose hépatique Child C avec splénomégalie avec décompensation ascitique, varices œsophagiennes, œsophagite érosive de degré sévère, gastropathie hypertensive sévère, ulcère bulbaire, hernie hiatale axiale et épanchements pleuraux, une hypertension artérielle, une agénésie rénale droite, un tabagisme actif (60 UPA), un éthylisme chronique (abstinent depuis début mai 2008), un érysipèle du bas ventre (mai 2008) et des pieds-bots (status post correction chirurgicale effectuée en Italie durant son enfance). Elle a exposé que lors de la première consultation, l'état général de son patient était diminué au point qu'une hospitalisation en urgence s'était imposée, hospitalisation qui avait mis en

évidence la cirrhose hépatique. Elle avait également constaté une hypertension artérielle qui n'avait pas été traitée, une agénésie rénale droite chez un patient qui présentait un état dentaire catastrophique, également sans suivi jusqu'à ce jour, soulignant que des suivis réguliers eu égard à ses différentes atteintes étaient prévus. La Dresse W. _____ considérait ainsi, au vu de tous ces éléments, que le patient présentait une incapacité de travail totale.

Le médecin traitant transmettait par ailleurs le rapport de gastroscopie du 6 mai 2008 ainsi que la lettre de sortie du 23 mai 2008 rédigée par la Dresse U. _____, cheffe de clinique adjointe à l'Hôpital [...], faisant suite à l'hospitalisation de l'assuré du 29 avril au 9 mai 2008. La Dresse U. _____ mentionnait une admission aux motifs d'œdèmes des membres inférieurs, ascite et hypertension artérielle, avec le diagnostic principal de cirrhose Child C et les diagnostics secondaires de décompensation ascitique inaugurale, hypertension artérielle et érysipèle du bas ventre et des cuisses. L'œsogastro-duodénoscopie du 6 mai 2008 avait révélé une œsophagite sévère, une gastropathie hypertensive, un ulcère bulbaire et une duodénopathie sévère. Différents traitements ont été instaurés à la sortie ainsi qu'une prise en charge pour la consommation importante d'alcool, l'assuré ayant mentionné le désir d'arrêter toute consommation.

Se prononçant dans un avis du 13 août 2008, le SMR s'est étonné du fait que la nouvelle pathologie (cirrhose hépatique décompensée avec ascite, insuffisance hépatique et varices oesophagiennes) n'ait pas été signalée, laquelle avait vraisemblablement été décompensée ces derniers mois, alors que l'assuré n'avait pas eu d'autre suivi que celui orthopédique. Il ajoutait par ailleurs ce qui suit :

« Il s'agit d'une pathologie entièrement nouvelle, laissant la problématique orthopédique en arrière-plan. La Dresse W. _____ n'indique pas de date précise de début d'incapacité de travail, et le rapport d'hospitalisation ne permet pas non-plus d'être plus précis. Il n'est guère possible de remonter plus loin qu'avril 2008, date de la prise en charge par le Dr W. _____.

L'incapacité de travail actuelle est totale dans toute activité. L'alcool, très certainement à l'origine de cette importante détérioration de l'état de santé, n'est pas un obstacle à l'examen de ce cas, puisque ce sont les séquelles de cet abus qui sont actuellement invalidantes.

En cas d'abstinence stricte, une évolution relativement favorable pourrait intervenir.

Il faut demander un rapport intermédiaire en octobre, afin de connaître l'évolution et de savoir si des mesures de réinsertion prévues dans le cadre de l'IP pourraient être envisagées, avant l'échéance du délai de carence. »

Le 27 novembre 2008, la Dresse W. _____ a fait parvenir son rapport à l'OAI, aux termes duquel elle mentionnait une abstinence à l'alcool depuis mai 2008, un suivi consciencieux du traitement et une venue régulière aux contrôles. L'insuffisance hépatique persistait et la tension artérielle était stabilisée sous quadrithérapie. Le pronostic était réservé, le dernier contrôle gastroentérologique, en juillet 2008, ayant mis en évidence des varices œsophagiennes stade II, plusieurs languettes de métaplasie œsophagienne et trois lésions circonscrites de l'œsophage proximal. Interrogée sur les possibilités de mesures de réinsertion professionnelle, la Dresse W. _____ s'est prononcée comme il suit :

« Le patient n'a plus d'activité professionnelle depuis 1999... Une réinsertion professionnelle me semble difficilement envisageable après autant d'années. Le patient a fait une scolarité obligatoire de 8 ans en Italie. Il n'a pas fait de formation professionnelle. Il a travaillé comme peintre en bâtiment. Selon le dossier que vous m'avez mis à disposition il aurait fait une réinsertion comme mécanicien. Au vu du problème orthopédique (panarthrose du pied gauche) une activité physique en position debout n'est pas envisageable. L'insuffisance hépatique, les varices œsophagiennes comportent un risque hémorragique important qui rendent également une activité physique impossible. Une consommation d'alcool aussi importante durant des années laisse également craindre une atteinte des fonctions cognitives du patient. Je pense que tout au plus une activité légère de type occupationnelle à un petit pourcentage (env. 30%), pourrait être envisagé (emballer, postage etc.) »

Dans un avis du 11 mars 2009, le SMR a souligné l'abstinence de l'assuré, l'amélioration de son état hépatique et général, ainsi que la capacité de travail - de l'ordre de 50% mais à confirmer - compatible avec des mesures professionnelles. Ainsi, le droit à des mesures était ouvert, en

tenant compte cependant des nouvelles limitations fonctionnelles, à savoir les travaux physiquement lourds, nécessitant une presse abdominale (Valsalva), les activités à prédominance debout, les déplacements fréquents, les travaux sur échelles et échafaudages autres qu'occasionnels, ainsi que le port de charges de plus de 10 kg.

Lors d'un entretien à l'OAI avec un spécialiste en réadaptation, l'assuré a contesté l'exigibilité précitée, s'estimant incapable de travailler ; dès lors, il a été informé que son invalidité serait évaluée selon une approche théorique. Cela étant, de l'avis du SMR, il convenait préalablement d'actualiser l'aspect médical et d'interpeller le médecin traitant.

Le 17 juillet 2009, la Dresse W. _____ a confirmé la totale abstinence pour l'alcool de l'assuré, le suivi méticuleux de son traitement et la venue régulière aux rendez-vous. Le dernier ultrason abdominal, en mai 2009, montrait un foie remanié, cirrhotique, sans flux objectivable au niveau de la veine porte, de très nets signes d'hypertension portale avec recanalisation de la veine ombilicale et une importante splénomégalie. La Dresse W. _____ confirmait par ailleurs les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, tout en précisant que « la scolarité courte, l'absence de formation professionnelle, le long passé d'alcoolisme avec toutes les conséquences décrites et l'absence depuis 10 ans ! de toute activité professionnelle » rendaient illusoire l'idée d'une réinsertion professionnelle.

Interpellée une nouvelle fois sur demande du SMR, la Dresse W. _____ a répondu, par courrier du 24 août 2009, qu'il ne lui appartenait pas de déterminer le degré d'invalidité de son patient. Elle mentionnait que l'OAI savait tout aussi bien qu'elle que l'assuré ne reprendrait jamais une activité professionnelle et que l'invalidité que l'office lui reconnaît devait être rétroactive, dans la mesure où l'incapacité de travail était certainement (*sic*) de 100% lors de ses premières consultations en avril 2008, l'état dans lequel il était à ce

moment-là persistant certainement (*sic*) déjà depuis de nombreux mois, voire plusieurs années.

Le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale, confiée au Dr J._____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 23 janvier 2010, le Dr J._____ a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, une cirrhose du foie d'origine vraisemblablement alcoolique, actuellement Child Pugh A, diagnostiquée en avril 2008, des varices œsophagiennes au stade I et gastropathie et duodénopathie hypertensive, et des séquelles de pied-bot congénital à gauche ; il énonçait en outre, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une agénésie rénale droite, une hypertension artérielle, une obésité, une cholélithiase, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool - actuellement abstinent - et un tabagisme chronique. Selon l'expert, l'origine de l'asthénie annoncée importante par l'assuré ne recevait pas de substrat organique tout à fait convaincant ; il n'y avait pas d'anémie, d'encéphalopathie, de dénutrition ni de réduction de la masse musculaire. Dans ces conditions, et en l'absence d'une atteinte neurologique significative, l'expert retenait une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée, soit sans travaux physiquement lourds, ne nécessitant pas la presse abdominale, ni travaux sur les échelles ou échafaudages autres qu'occasionnellement, avec un port de charges limité à 10 kg et une alternance des positions ; l'activité habituelle de plâtrier-peintre n'était quant à elle plus exigible. Le Dr J._____ précisait encore que la décompensation ascitique d'avril 2008 représentait une aggravation de l'état de santé, responsable d'une incapacité de travail totale du début avril à la fin juin 2008, reconnaissant de ce fait que la capacité de travail résiduelle de 80%, dans une activité adaptée, existait depuis le 1^{er} juillet 2008. Il répondait finalement par la négative à la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, exposant que l'assuré avait démontré par le passé son absence de motivation pour un stage d'orientation avec acquisition d'une formation pratique et s'estimait, de plus, définitivement et totalement incapable de travailler.

Dans un rapport du 9 mars 2010, le SMR a retenu que l'expertise du Dr J._____ confirmait la survenance, au printemps 2008, de la pathologie hépatique avec atteinte importante de l'état général de l'assuré. Le début de l'incapacité de travail était ainsi fixé en avril 2008, mais en juillet 2008 déjà, l'état de santé s'était amélioré, permettant de retenir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, étant souligné que l'activité de peintre en bâtiment, comme toute autre activité physique lourde, était désormais exclue. Le SMR ajoutait que la poursuite du traitement et surtout l'abstinence à l'alcool étaient indispensables pour maintenir l'état de santé actuel, un tel traitement étant exigible sans qu'il y ait lieu de formuler une exigence particulière à ce sujet.

Par projet de décision du 20 avril 2010, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. L'office a rappelé qu'étant donné le refus d'une aide en vue d'un reclassement, c'est par une approche théorique que le préjudice était calculé. Il a ainsi été retenu, sur la base des données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, que le salaire hypothétique auquel pouvait prétendre l'assuré dans une activité légère de substitution à 80% se chiffrait à 41'336 fr. 24, tenant compte d'un abattement de 15%. En comparant ce montant au revenu annuel dans son activité habituelle de peintre, en référence à la Convention collective de travail, soit 61'357 fr., il apparaissait un degré d'invalidité de 32.6%, taux en-dessous du seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Ce projet a été confirmé par décision du 31 mai 2010.

E. Le 15 juin 2010, V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Par communication du 21 février 2011, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une orientation professionnelle, sous la forme d'un stage de trois mois, du 14 février au 15 mai 2011, en atelier d'intégration professionnelle au Centre Orif, avec un taux de présence de 80%.

Au terme du stage, il était relevé que l'assuré s'intéressait à ce qu'il faisait mais son manque de vocabulaire français le handicapait dans une activité nécessitant le suivi d'un mode opératoire écrit. Il existait un léger problème relationnel, lié à la question de la langue, mais surtout à une question de gêne liée à ses problèmes dentaires (il n'avait pratiquement plus de dents). Ses capacités d'apprentissage semblaient limitées à des éléments simples démontrés par la pratique, ses résultats restaient nettement insuffisants sur le plan qualitatif, il peinait trop dans la compréhension des consignes pour correctement les exécuter, mais était particulièrement assidu et concentré sur ses actions. Son rendement a été évalué à 60% pour un taux de 100%, ce qui laissait penser qu'avec un peu plus de pratique dans une activité d'ouvrier de conditionnement ou de production, son rendement pouvait atteindre 100% dans des tâches simples et répétitives ne nécessitant pas de formation (cf. rapport du Centre Orif du 17 mai 2011). Le service de réadaptation a dès lors proposé une aide au placement (cf. bilan de mesure du 27 mai 2011).

Par courrier du 4 juillet 2011, l'OAI a imparti à l'assuré un délai échéant au 15 juillet suivant pour se déterminer sur l'aide au placement. Il était exposé que dans le cadre d'un entretien à l'OAI, où l'assuré avait été informé de la capacité de travail reconnue par l'assurance-invalidité dans un emploi adapté à son état de santé, ce dernier avait estimé ne plus être en état de reprendre une quelconque activité professionnelle ; dans ce contexte, l'OAI avait convenu qu'une aide au placement n'avait aucune chance d'aboutir mais proposait toutefois à l'assuré de reconsidérer encore une fois la question.

Par communication du 18 août 2011, l'OAI a mis fin à l'aide au placement, faute de collaboration de l'assuré, notamment l'absence de réponse au courrier du 4 juillet précédent.

F. Par courrier du 30 décembre 2013, la Dresse W._____ a sollicité de l'OAI la réouverture du dossier de l'assuré, alléguant une péjoration de son état de santé. Elle mentionnait une hospitalisation en septembre 2013 pour une thrombose de la veine mésentérique supérieure

et la nécessité d'être anti-coagulé à vie selon l'avis d'un confrère gastroentérologue. Elle estimait que la nouvelle évaluation de l'OAI devait inclure des tests neuropsychologiques dans la mesure où l'assuré semblait très démuné d'un point de vue intellectuel, faisant état par ailleurs d'une scolarité déficiente et de la suspicion d'une atteinte cognitive due à l'abus d'alcool (bien qu'abstinent depuis 2008). La Dresse W. _____ concluait à une inaptitude au travail au vu de la nouvelle complication somatique, laquelle compromettait également le pronostic vital.

Le 22 janvier 2014, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, se prévalant de son pied bot, de la cirrhose hépatique Child C et de la thrombose de la veine mésentérique supérieure.

Le 17 février 2014, faisant suite à la demande de l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a indiqué n'avoir vu l'assuré en consultation qu'à trois reprises, entre juillet 2008 et janvier 2012, pour une gastroscopie. Il remettait les éléments médicaux en sa possession, soulignant que ces derniers ne lui permettaient pas de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail. Il résulte ainsi d'un rapport du 26 janvier 2012 que la dernière gastroscopie avait montré une disparition complète des varices œsophagiennes, présentes lors de la gastroscopie de septembre 2008, mais il persistait une varice cardiofundique. Les biopsies réalisées au niveau de l'œsophage n'avaient pas révélé de dysplasie au niveau de l'endobranchy-œsophage. Au terme de ce rapport, le Dr C. _____ préconisait le maintien du traitement, un contrôle endoscopique dans trois ans et une échographie abdominale deux fois par année comme dépistage du carcinome hépatocellulaire. Il figure également un avis de sortie relatif à un séjour de l'assuré à l'Hôpital [...], du 21 au 27 septembre 2013, en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic principal était celui de thrombose de la veine mésentérique supérieure, et les diagnostics secondaires, la cirrhose Child B, une hypertension artérielle et une hypertension portale. Il était prescrit la poursuite d'anticoagulant sur une durée minimale de six mois.

Dans un rapport du 17 février 2014 à l'OAI, la Dresse W._____ a mentionné, comme diagnostics affectant la capacité de travail, une thrombose de la veine mésentérique supérieure en septembre 2013 (avec anticoagulation par Sintrom à vie), une cirrhose Child B avec varice cardiofundique, des séquelles de pied-bot gauche symptomatique (nécessitant le port de chaussures orthopédiques et de supports plantaires), une probable diminution des moyens intellectuels (scolarité déficitaire, éventuellement atteinte cognitive à la suite d'abus d'alcool à long terme, la capacité à lire et écrire restant à évaluer), une hypertension artérielle et une gastropathie et duodéno-pathie hypertensives sévères. Elle énonçait également, comme sans répercussion sur la capacité de travail, un ancien alcoolisme (entièrement abstinent depuis 2008), une hernie hiatale, un endobrachy-œsophage, une agénésie rénale droite et une décompensation ascitique en 2008. Elle a rappelé que la thrombose de la veine mésentérique nécessitait la prise d'anticoagulants à vie, cette nouvelle situation étant un risque supplémentaire pour l'état de santé de l'assuré qui présentait des varices gastriques dans le cadre de sa cirrhose hépatique. Se prononçant sur les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, la Dresse W._____ a fait état de ce qui suit :

« Au vu des varices cardiofundiques (Valsalva) mais également des pieds bots, le port de charge est contre-indiqué. Le handicap au niveau des pieds interdit au patient de monter sur des échelles ou des échafaudages. L'anticoagulation rend tout travail dangereux avec un risque de blessures. Je crains que ce patient ne sache ni lire ni écrire, ce qui le rend très vulnérable dans toute interaction. S'il n'a pas toujours réagi aux courriers de l'AI, l'explication est probablement qu'il n'a pas su les lire. »

La Dresse W._____ attestait une incapacité de travail totale et estimait difficilement envisageable une reprise de l'activité professionnelle au vu de la péjoration de l'état de santé de l'assuré. Elle ajoutait cependant qu'une activité industrielle légère, conformément à l'évaluation au Centre Orif en 2011, était éventuellement envisageable, à condition qu'il soit également tenu compte des difficultés intellectuelles de l'intéressé, de sorte qu'il s'agirait probablement d'une activité occupationnelle mais non lucrative. Dans l'annexe au rapport, elle

indiquait que seule une activité uniquement en position assise était exigible, au taux de 50%, sous surveillance et à type occupationnel. Elle estimait limitées les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance, prônant une évaluation neuropsychologique aux fins d'apprécier les éventuels déficits intellectuels.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au SMR. Par avis du 16 juin 2014, après rappel des éléments figurant au dossier depuis 1997, le Dr R. _____ s'est exprimé en ces termes :

« [...] nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment (cf. nombreux avis SMR antérieurs, expertise du Dr J. _____) ; le seul point nouveau serait la thrombose de la veine mésentérique sup. en sept. 13 traitée depuis par Sintrom, mais ce type de pathologie n'est pas incapacitant. Par ailleurs, l'assuré n'a pas revu le Dr C. _____, gastro-entérologue, ce qui montre une situation rassurante, et les LF Dr W. _____ sont superposables à celles qui apparaissent antérieurement dans les 2 RM SMR. Ainsi, les affirmations du Dr W. _____, médecin traitant se basant sur la thrombose de la veine mésentérique sup., m'apparaissent donc, ni plausibles, ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de l'expertise du Dr J. _____. En ce qui concerne l'atteinte neuropsychologique, les évaluations antérieures montraient que l'assuré pouvait travailler, et il avait même demandé un placement à sa demande (cf. ci-dessus). Ainsi, les pièces présentées par le Dr W. _____ plaident en faveur de critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant, alors que l'assuré a l'obligation de réduire le dommage, et que l'incapacité de gain n'est pas objectivement insurmontable (art. 7 LPGA).

Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures. Nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. »

Par projet de décision du 30 juin 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité. Il rappelait avoir rejeté, par décision du 31 mai 2010, une demande relative au même objet, en raison d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Il énonçait également que l'assuré ne souhaitait pas de l'intervention du service de réadaptation, respectivement du service de placement, ne s'estimant pas en mesure de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Finalement, se référant à l'avis de son service médical, l'OAI relevait que

le seul élément nouveau était le diagnostic d'une thrombose de la veine mésentérique traitée par Sintrom, atteinte qui n'était pas constitutive d'une incapacité de travail. Il s'ensuivait que le préjudice demeurait inchangé.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision le 1^{er} septembre 2014. Préliminairement, il indiquait ne pas remettre en cause la décision du 30 juin 2014 mais démontrer une dégradation de la situation, eu égard aux conséquences journalières importantes engendrées par la thrombose (médicaments supplémentaires, contrôles fréquents) et à l'incapacité de travail totale attestée unanimement par les différents médecins. Il alléguait que si la thrombose de la veine mésentérique n'était en soi pas constitutive d'une incapacité de travail, l'état de santé pris dans son ensemble empêchait sérieusement la reprise d'une quelconque activité professionnelle. A cet égard, il reprochait à l'OAI d'étudier ses problèmes « un par un » au lieu de les mettre en relation les uns avec les autres. Il requérait par ailleurs que soient effectués des contrôles sur le plan psychologique et intellectuel, et s'interrogeait sur les perspectives d'engagement d'un homme de cinquante-cinq ans sans formation, ne parlant pas bien le français et étant malade de façon chronique. Finalement, il soulignait être dans une situation où il lui était difficile de couvrir ses besoins vitaux et mener une vie autonome, situation qui lui donnait droit à des prestations appropriées à son cas.

Dans un rapport du 17 décembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr H._____ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation en raison de douleurs et d'une déformation s'aggravant au niveau du pied gauche, sans n'avoir cependant fait de bilan radiologique récent. Le traitement était conservateur et le port de chaussures orthopédiques sur mesure s'avérait absolument nécessaire. Le Dr H._____ ne retenait pas d'indication chirurgicale mais préconisait une évaluation par un confrère de l'Hôpital orthopédique. Finalement, il faisait état d'une situation difficile avec de multiples comorbidités, et une reprise du travail voire une réinsertion professionnelle lui paraissait totalement illusoire.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 24 février 2015, soulignant que les documents à disposition n'apportaient aucune information nouvelle qu'il ne connaissait déjà. Le Dr R. _____ relevait que son confrère faisait état de douleurs, soit du domaine subjectif, s'interrogeant sur l'affirmation d'une aggravation en l'absence d'un nouveau bilan radiologique. Il soulignait que le conseil était le port de chaussures orthopédiques, ce qui était compatible avec des déplacements et la possibilité d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, comme fixée depuis juillet 2008. Les affirmations du Dr H. _____ n'apparaissaient ainsi ni plausibles ni convaincantes au vu du dossier médical, notamment de l'expertise du Dr J. _____.

Par décision du 27 février 2015, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il relevait qu'à l'aune de l'avis de son service médical, une capacité de travail de 80% au moins était reconnue comme exigible, dans une activité respectueuse de ses limitations fonctionnelles, cette capacité de travail médico-théorique s'entendant sur un marché du travail équilibré et ne tenant pas compte de la conjoncture économique du moment.

G. V. _____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 16 avril 2015, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 22 janvier 2014, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès d'un expert indépendant. Sans remettre en cause le rejet de ses premières demandes, le recourant allègue une appréciation de la situation biaisée par les précédentes décisions, le SMR et l'OAI n'ayant pas procédé à une évaluation globale de sa situation, soit de la multiplication des comorbidités et de l'impact de celles-ci sur sa capacité de travail. Il reproche à l'OAI de passer outre les avis des Drs W. _____ et H. _____, émis les 17 février respectivement 17 décembre 2014, et donner la

préférence à l'avis du 16 avril 2014 de son service médical, lequel apparaît grandement discutable ; cet avis ne se référait qu'aux précédentes appréciations du SMR et à l'expertise de janvier 2010, alors que son état a évolué depuis lors (hospitalisation en septembre 2013 en raison de la thrombose de la veine mésentérique supérieure et modification de son traitement médical). Il souligne que s'il lui appartenait de rendre vraisemblable une modification de la situation, chose qu'il a faite, il appartenait à l'OAI d'ordonner les mesures d'instruction nécessaires, notamment l'expertise demandée par son médecin traitant et l'évaluation relative à la suspicion d'analphabétisme et de limitations neuropsychologiques, non documentées dans la dernière expertise. Enfin, le recourant soutient que l'OAI aurait dû se demander si, au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles constatées, il existait encore une possibilité réelle d'exercer une activité lucrative autre que simplement occupationnelle. Au terme de son écriture, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, qu'il justifie par l'ancienneté de la précédente expertise, l'existence des nouvelles pathologies et d'une nouvelle médication.

Par décision du 22 avril 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 avril 2015 et désigné Me Vanessa Egli en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'OAI conclut au rejet du recours, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ne s'avérant en outre pas nécessaire. Il rappelle que le seul point nouveau est la thrombose de la veine mésentérique supérieure en septembre 2013, traitée par Sintrom, pathologie reconnue comme non invalidante par le SMR. S'agissant de l'atteinte neuropsychologique, il relève que les évaluations antérieures montraient un assuré pouvant travailler et ayant de surcroît sollicité un placement.

Le 25 août 2015, le recourant réitère sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Se fondant sur la prise de position du 26 mai 2015, dans laquelle l'OAI rappelle le taux d'invalidité de 32,6%

en 2010, le recourant soutient qu'il ne peut être exclu, en l'état du dossier, que la nouvelle atteinte et les suspicions d'atteinte neuropsychologique, ou les troubles comme pourrait l'être un analphabétisme, puissent augmenter le taux d'invalidité de manière suffisamment importante pour ouvrir le droit à une rente, même partielle.

L'OAI maintient sa position dans sa détermination du 15 septembre 2015.

E n d r o i t :

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 pascales (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.

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.

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).

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. 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 confidents 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).

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^{er} 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.

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.

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

- I. Le recours déposé le 16 avril 2015 par V._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Vanessa Egli, conseil du recourant V._____, est arrêtée à 2'166 fr. 80 (deux mille cent soixante-six francs et huitante centimes), TVA comprise.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Vanessa Egli (pour V._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :