

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4, 17 et 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1961, sans formation professionnelle, marié et père de trois enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé dans le domaine agricole au Portugal jusqu'à la perte de son exploitation des suites de la crise dite "de la vache folle". L'intéressé est alors venu en Suisse, où il s'est installé en 2003 et a essentiellement œuvré dans le secteur agricole puis dans celui de la construction. Dès le 5 septembre 2007, il a travaillé comme manœuvre auprès de l'entreprise XX. _____ SA.

B. L'assuré a déposé le 14 juillet 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) motivée par une atteinte à la santé existant depuis le 19 août 2008 - date marquant le début d'une période d'arrêt de travail (à des taux allant de 50 à 100%) jusqu'au 14 juin 2009.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr B. _____, chef de clinique à la Clinique AA. _____, s'est déterminé dans un rapport du 24 juillet 2009. A titre de diagnostics incapacitants, il a signalé une amputation transarticulation interphalangienne proximale (IPP) de l'annulaire gauche, le 12 mai 2009, après une aponévrectomie palmaire annulaire et auriculaire, le 14 janvier 2009, compliquée d'une nécrose de la face palmaire de l'annulaire dans le cadre d'une maladie de Dupuytren, le 14 janvier 2009. Il a précisé que l'incapacité de travail était totale pour la période du 14 janvier au 14 juin 2009. Le Dr B. _____ a en outre évoqué des restrictions consistant en un manque de dextérité et de force au niveau de la main gauche, ainsi qu'en des douleurs de l'extrémité du moignon de l'annulaire à l'appui. Il a ajouté que l'activité exercée demeurerait exigible avec une diminution de rendement et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un questionnaire complété le 30 juillet 2009, l'employeur XX. _____ SA a notamment indiqué que l'assuré percevait un salaire mensuel de 4'5410 fr. [sic] depuis le 1^{er} janvier 2009, que cette rémunération ne correspondait pas à son rendement dans la mesure où il se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 6 juillet 2009, et que, sans atteinte à la santé, le salaire s'élèverait à 58'600 fr. par an.

Le 11 décembre 2009, l'assuré s'est vu signifier son licenciement pour le 28 février 2010.

Par rapport du 1^{er} mars 2010, le Dr Y. _____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de personnalité psychotique, de trouble de l'humeur avec anamnèse de violence domestique, d'éthylisme chronique, de maladie de Dupuytren bilatérale et d'ablation de la phalange distale du 4^e doigt gauche. Etait en outre mentionnée, en guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, une stéatose hépatique. Le Dr Y. _____ a également signalé des périodes d'incapacité de travail à 100% du 4 au 20 juillet 2009 puis du 6 septembre au 1^{er} novembre 2009, et à 50% du 2 novembre 2009 au 3 janvier 2010. Il a précisé que l'intéressé était au chômage depuis le 1^{er} mars 2010 et qu'il ne pouvait physiquement plus exercer son activité habituelle depuis cette date. Il a ajouté que, sur le plan fonctionnel, les capacités restaient limitées à des mouvements grossiers sans force supérieure à 5 kg et que, dans une profession adaptée, l'assuré pourrait travailler à 100% avec un rendement de 80% *a priori* en fonction de ses troubles de la compréhension et de son intelligence limitée. A ce rapport étaient joints deux constats des 23 octobre et 10 novembre 2009 émanant du Dr K. _____, médecin chef à la Clinique S. _____, concernant les mesures entreprises en vue d'un sevrage d'alcool entre septembre et octobre 2009.

En date du 3 mars 2010, l'assuré a renouvelé sa demande de prestations AI, invoquant une incapacité de travail totale et permanente dans le bâtiment depuis le 1^{er} mars 2010. Dans ce contexte ont notamment été produits les documents suivants :

- un compte-rendu établi le 11 janvier 2010 par le Dr L._____, chef de clinique adjoint à la Clinique AA._____, indiquant que l'intéressé présentait une limitation de la force le gênant passablement dans son activité professionnelle, que la force de préhension au dynamomètre de Jamar était de 25 kg à droite contre 10 kg à gauche, que l'on notait en outre une diminution de la mobilité sur le flexum de l'IPP de D5 de 45° des deux côtés et qu'actuellement, le travail lourd dans la construction semblait difficilement envisageable compte tenu de la limitation de la force ;

- une attestation émise le 1^{er} mars 2010 par le Dr Y._____, certifiant que l'assuré était en incapacité de travail totale et permanente dans le bâtiment depuis le 1^{er} mars 2010 mais que, par contre, il pouvait travailler dans d'autres professions dans la mesure de son handicap des mains (problème de flexion des doigts et de force).

Par rapport du 16 mars 2010, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de maladie de Dupuytren de la main gauche atteignant les 3^e et 5^e rayons, de status après amputation trans-IPP de D4 à gauche dans le cadre du traitement de la maladie de Dupuytren, ainsi que de récurrence de maladie de Dupuytren de D5 à droite. Rappelant que l'assuré présentait une importante diminution de force de la main gauche et un important déficit de mobilité au niveau des rayons atteints par la maladie de Dupuytren, le Dr L._____ a indiqué que l'intéressé ne pouvait actuellement effectuer un travail de manœuvre dans la construction mais que sa capacité serait complète dès fin 2009 dans le cadre d'une profession adaptée.

Dans un avis complémentaire du 17 juin 2010, le Dr L._____ a notamment précisé que la mobilité en flexion au niveau digital de la main gauche était complète mais que, par contre, l'assuré présentait une limitation de l'extension de l'IPP de 30° de D3 et une limitation à l'extension de 55° de l'IPP de D5 avec une flexion à 110° ; la flexion-extension au niveau de l'articulation interphalangienne distale (IPD) était,

quant à elle, de 40-0-0. Le Dr L._____ a encore relevé, concernant D5 à droite, que le flexum était de 35° au niveau de l'IPP avec une flexion de 110° et que la mobilisation de l'IPD ne posait pas de problème. Il a conclu que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité moins lourde que dans la construction, horaire et rendement pourraient être normaux.

Aux termes d'un rapport du 2 juillet 2010, le Dr H._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu les atteintes principales à la santé de maladie de Dupuytren de la main gauche compliquée d'une nécrose du 4^e doigt après fasciectomy, ainsi que de status après amputation partielle de ce doigt. Le Dr H._____ a également observé que le trouble de la personnalité décrit par le Dr Y._____ n'était pas décompensé et donc pas incapacitant. Quant à l'éthylisme chronique, il n'entraînait pas de complications pour l'instant si bien qu'en tant qu'atteinte primaire, il n'était pas à la charge de l'AI. Cela étant, le Dr H._____ a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais que, depuis le 1^{er} mars 2010, l'exigibilité était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : « *Eviter tout travail nécessitant une utilisation prolongée de la main gauche, ou toute activité fine. Port de charge limité à 10 kilos à gauche, chez un patient droitier. Port de charge à droite, limité à 25 kilos. Eviter exposition au froid et aux intempéries* »).

Par décision du 28 septembre 2010, confirmant un projet du 9 juillet précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Il a considéré que, des suites de la maladie de Dupuytren, l'activité habituelle de manœuvre dans la construction n'était certes plus exigible mais que l'intéressé conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, cela à partir de mars 2010. Retenant que le degré d'invalidité atteignait 11% sur la base d'un revenu de valide de 58'600 fr. et d'un revenu d'invalidé de 52'053 fr., l'OAI a dès lors refusé le droit de l'assuré tant à des mesures de reclassement qu'à une rente d'invalidité.

C. Le 2 novembre 2011, un formulaire de détection précoce a été adressé à l'OAI par le Dr R._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant. Il y était fait mention d'une atteinte neuropsychiatrique induisant une incapacité de travail de 100% depuis 2009.

Considérant qu'il s'agissait là d'une demande de révision de l'invalidité, l'office a écrit à l'assuré le 15 novembre 2011 pour l'inviter à apporter tout élément susceptible de rendre plausible une modification de celle-ci.

En date du 28 novembre 2011, le Dr R._____ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

- Troubles graves de la personnalité avec psychose hallucinatoire chronique et troubles du comportement ;
- Déficience intellectuelle ;
- Syndrome de surconsommation pathologique d'alcool aujourd'hui sevrée ;
- Complications d'un status post consommation excessive d'alcool avec notamment une polyneuropathie et une insuffisance hépatocellulaire ;
- Troubles somatoformes et notamment troubles polyalgiques et état de mal migraineux.

Description de l'aggravation :

Patient incapable d'assumer seul la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Patient s'étant replié sur lui-même avec une désociabilisation, une incapacité à la réalisation d'ordres simples et à la compréhension d'un objectif ou la réalisation d'un projet simple.

Les déficits intellectuels (débilité) aggravent l'incompréhension et génère[nt] angoisse et bouffées délirantes, asthénie intense.

Douleurs polyarticulaires et crises migraineuses invalidantes.

Y compris dans une activité adaptée, la capacité de travail du patient est inférieure à 30%.

Pronostic :

Au vu de l'âge et au vu du fait [que le] sevrage de consommation d'alcool n'[a] pas produit d'amélioration, le pronostic est pessimiste.

A noter que même s'il est toujours marié, les troubles du comportement du patient ont provoqué le départ de sa fille puis de son épouse. Aujourd'hui, le patient vit donc seul, ce qui majore considérablement [s]es symptômes."

Suite à un avis du Dr G. _____ du SMR du 4 janvier 2012, l'OAI a mandaté expert le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir examiné l'assuré le 19 mars 2012 et effectué des tests psychométriques ainsi que des examens paracliniques, l'expert V. _____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 26 avril 2012 co-signé par la psychologue FSP A. _____, exposant en particulier ce qui suit :

"4. DIAGNOSTIC

4.1.0 DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR[...]

Axe I Troubles du comportement et / ou symptômes anxio-dépressifs liés à la consommation chronique d'alcool
Dépendance éthylique

Axe II Personnalité frustrée [sic], intelligence limitée

Axe III cf. spécialiste concerné

Axe IV Difficultés socio-professionnelles ; conflit conjugal (autre ?)

[...]

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- ---

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Troubles du comportement et / ou symptômes anxio-dépressifs liés à la consommation chronique d'alcool
- Dépendance éthylique
- Personnalité frustrée [sic], intelligence limitée

5. DISCUSSION

[...]

Mis à part ses problèmes d'alcool de longue date, rien n'indique que M. D. _____ ait souffert de troubles psychologiques jusqu'aux faits qui nous occupent. En tous les cas, M. D. _____ a toujours pu travailler dans la construction en tant que manœuvre. Les différentes incapacités de travail sont pour l'essentiel imputables à sa maladie de Dupuytren. On peut bien imaginer que cette activité ne fait que renforcer la consommation d'alcool.

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec M. D._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, lorsque nous l'examinons, M. D._____ présente une symptomatologie anxio-dépressive atypique, frustrée [sic], qui - vu les examens paracliniques et l'histoire personnelle de l'assuré - rentre probablement dans le cadre d[e] **troubles du comportement et / ou symptômes anxio-dépressifs liés à la consommation chronique d'alcool**. Contrairement à l'affirmation du Dr R._____, l'éthylisme chronique de M. D._____ est toujours en cours.

Il s'agit d'un sujet **peu intelligent**, relativement **frustré** [sic]. Le manque d'intelligence est aussi à mettre en rapport avec une scolarité très lacunaire d'à peine quatre ans. Lorsque nous l'examinons, M. D._____ est plutôt débonnaire. Il dispose d'un certain sens de l'humour.

Il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité invalidant, puisque M. D._____ a toujours œuvré, jusqu'en 2009, sans grandes difficultés. Il n'y a donc aucune raison de penser que dans une activité de manoeuvre ou de manutention simple l'assuré ne puisse pas travailler.

La dépendance éthylique existe de longue date. Elle ne se greffe pas sur un trouble de la personnalité ou une atteinte psychologique invalidante. Celle-ci est probablement primaire. M. D._____ paraît encore être au stade pré-contemplatif, avec une tendance marquée au déni.

M. D._____ mentionne différentes plaintes somatiques sur lesquelles il n'est pas spécialement focalisé. Il est bien entendu beaucoup trop prématuré d'évoquer un éventuel trouble douloureux, ce qui dans les faits ne change rien quant à l'appréciation de sa capacité de travail.

CAPACITE DE TRAVAIL

En d'autres termes, mis à part ses problèmes d'alcool - qui pour l'heure paraissent un petit peu mieux contrôlés - sa capacité de travail médico-théorique est entière depuis toujours.

Le rapport du Dr R._____, médecin généraliste, ne semble pas s'inscrire dans une réalité clinique objective. Il n'y a aucun indice en faveur d'une problématique psychotique, de délire hallucinatoire ou de syndrome polyalgique, dont il est d'ailleurs le seul à signaler dans les différents rapports médicaux en notre possession.

[...]"

Par avis médical du 2 mai 2012, le Dr G._____ a considéré qu'au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr V._____, il y avait lieu de s'en tenir aux limitations fonctionnelles somatiques décrites dans le rapport SMR du 2 juillet 2010.

Aux termes d'un projet de décision du 7 juin 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de prestations d'assurance, au motif que seule la maladie de Dupuytren pouvait être prise en considération par l'AI et que le préjudice qui en découlait demeurait inchangé.

Le 18 juin 2012, l'assuré a écrit à l'OAI afin de l'inviter à revoir sa position. A cette occasion, il a produit un rapport rédigé le même jour par le Dr R._____, reprenant en substance les éléments mis en exergue dans le précédent compte-rendu du 28 novembre 2011.

Dans un avis médical du 26 juin 2012, le Dr G._____ a relevé que le dernier rapport du Dr R._____ rappelait intégralement les diagnostics mentionnés le 28 novembre 2011 et réfutés par l'expertise du Dr V._____. Il n'y avait dès lors pas lieu de revoir la position du SMR, faute d'élément médical nouveau.

Par décision du 25 octobre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 7 juin précédent.

D. Le 5 novembre 2013, un nouveau formulaire de détection précoce a été adressé à l'OAI par le Dr R._____. Y était annexé un courrier de ce médecin daté du même jour, indiquant que l'état de santé et de dépendance de l'assuré s'était considérablement détérioré en particulier au cours des trois dernières années, le conduisant notamment à ne plus travailler depuis mars 2003 [recte : 2010].

A la suite d'un entretien de détection précoce avec une collaboratrice de l'OAI en date du 25 novembre 2013, l'assuré a déposé le surlendemain une demande de prestations AI.

Aux termes d'un rapport du 6 janvier 2014, le Prof. P._____, spécialiste en neurologie, a signalé des céphalées bitemporales à titre d'atteinte incapacitante, mentionnant en outre un état dépressif sévère en guise de diagnostic sans influence sur la capacité de travail. Il a précisé n'avoir vu l'assuré qu'à une seule reprise, le 21 novembre 2013, et a préconisé une expertise multidisciplinaire.

Par rapport du 10 janvier 2014, le Prof. O._____, spécialiste en chirurgie de la main à la Clinique AA._____, a retenu le diagnostic de maladie de Dupuytren. Relevant n'avoir vu le patient qu'une seule fois à sa consultation, le 3 décembre 2013, ce médecin a en particulier constaté que, du côté droit, on notait un flexum IPP de 40, 10, 30 et 30° respectivement de l'index à l'auriculaire, que du côté gauche le flexum IPP était de 30° pour le médus et de 50° pour l'auriculaire, que la flexion des doigts était complète, que la force de préhension au dynamomètre de Jamar était de 20/20/20 unités à droite comme à gauche et que le Pinch était mesuré à 4/4/4 unités à droite et à 3/4/5 unités à gauche. Cela étant, le Prof. O._____ a considéré que l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de maçon et que, s'il était évident sur le plan symptomatologique que l'intéressé pourrait bénéficier d'une révision du moignon de l'annulaire et d'une fasciectomy pour espérer rétablir ou diminuer le déficit d'extension IPP des doigts concernés, cela n'apporterait toutefois aucune amélioration sur le plan fonctionnel quant à une activité manuelle.

Par rapport du 12 mars 2014, le Dr R._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de troubles graves de la personnalité de type psychotique, de manifestation psychiatrique et neurologique d'une consommation à risque d'alcool, de début de démence multifactorielle et de maladie de Dupuytren bilatérale avec amputation. Il a précisé qu'il y avait une atténuation des troubles du comportement, de l'hyperconsommation d'alcool et des phases dépressives depuis 2012 et l'introduction d'un traitement par neuroleptique retard, mais que persistait cependant un fond d'idées chronique générateur d'angoisses ou de

somatisations (céphalées) ; depuis 2011, étaient par ailleurs apparus des troubles cognitifs témoignant de l'installation probable d'une démence multifactorielle à dominante Korsakoff et d'une polyneuropathie des membres inférieurs. Pour ce praticien, il s'agissait à l'évidence d'un état chronique où le seul espoir résidait dans la stabilisation des symptômes obtenue par le suivi régulier d'un traitement neuroleptique et le maintien d'une abstinence à l'alcool. Sur cette base, le Dr R._____ a retenu une pleine incapacité de travail dans l'activité de maçon depuis le 28 février 2010, estimant que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Concernant les travaux exigibles dans le cadre d'une activité adaptée, il a exposé qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position assise ou debout, les activités exercées principalement en marchant, les activités nécessitant de se pencher ou de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, ainsi que les activités impliquant de soulever/porter et de monter sur une échelle ou un échafaudage. En outre, la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation étaient limitées, de même que la résistance.

A teneur d'un rapport du 27 avril 2014 faisant suite à un contact téléphonique avec l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé avoir rencontré l'intéressé à deux reprises sans jamais avoir réussi à démarrer une réelle prise en charge. En effet, la demande de consultation émanait de l'entourage de l'assuré, lui-même n'ayant montré aucun intérêt à s'impliquer dans un suivi psychiatrique. Le Dr N._____ a ajouté que les moyens psychiques du patient demeuraient fragiles et aléatoires, s'agissant de son discernement et de sa capacité à reconnaître la gravité de ses troubles. Dans l'hypothèse d'un « *manque d'évaluation sérieuse sur la nécessité d'une reprise de consultations psychiatriques* », il y aurait en outre lieu de prendre en compte les risques d'aggravation, voire de danger pour la sécurité de l'intéressé et celle de son entourage.

Le 10 octobre 2014, le Dr R._____ a établi un compte-rendu imputant à l'assuré une entière incapacité de travail dans toute activité,

les diagnostics posés consistant en des troubles de la personnalité avec importante limitation des capacités intellectuelles, une consommation à risque d'alcool avec dépendance, une hépatopathie sur cirrhose avec hypertension portale et ascite, une maladie de Dupuytren avec rétractions en griffes, ainsi que des cervico-brachialgies et lombalgies chroniques. Joint à ce compte-rendu figurait notamment un rapport du Prof. P. _____ du 29 novembre 2013 indiquant, d'une part, que l'assuré se plaignait de céphalées probablement mixtes, tensionnelles, sur un état certainement dépressif, mais qu'aucune évaluation neurocognitive n'avait pu être effectuée vu l'intensité des céphalées et l'absence de maîtrise du français. Se trouvait également annexé un rapport du Prof. O. _____ du 9 décembre 2013, au contenu essentiellement identique à celui du 10 janvier 2014. Etaient de surcroît produits un compte-rendu du 29 septembre 2014 du Service de chirurgie de l'Hôpital I. _____ (site de WW. _____) relatif à une prise en charge le jour même pour de vives douleurs abdominales, ainsi qu'un rapport d'œso-gastro-duodéoscopie établi le 9 octobre 2014 par le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, indiquant que l'assuré avait été hospitalisé le 29 septembre 2014 en raison d'une décompensation hépatique liée à une cirrhose d'origine éthylique et concluant à une gastropathie d'hypertension portale et à plusieurs cordons de varices œsophagiennes de stade II.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique F. _____) à [...], réalisée - avec le concours d'un interprète indépendant - par les Drs X. _____, spécialiste en médecine interne, C. _____, spécialiste en neurologie, et Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par J. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. L'assuré a plus précisément été vu par l'expert X. _____ le 27 janvier 2015, de même que par l'expert C. _____. L'examen de l'expert Z. _____ a quant à lui eu lieu le 28 janvier 2015, à l'instar de celui de l'expert J. _____ réalisé en portugais avec le concours la psychologue EE. _____. Les experts ont ensuite procédé à la synthèse de leurs conclusions dans un rapport du 9 février 2015, dont on extrait ce qui suit :

"Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Maladie de Dupuytren de la main gauche atteignant les 3e et 5e rayons.
- Récidive d'une maladie de Dupuytren de D5 à droite.
- Status après amputation trans-articulation interphalangienne proximale annulaire gauche dans un status après aponévrectomie palmaire annulaire et auriculaire compliquée d'une nécrose de la face palmaire de l'annulaire dans le cadre d'une maladie de Dupuytren en 2009.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstiné (F10.20)
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme [(JF45.3)
- Hépatopathie sur cirrhose vraisemblablement d'origine éthylique, avec hypertension portale
- Céphalées chroniques

APPRECIATION

[...]

Invité à exprimer ses **doléances**, M. D. _____ mentionne en premier lieu des vertiges et de picotements de la tête, quotidiens, nécessitant la prise d'un AINS (Brufen 400 mg).

Il se plaint également de douleurs au foie, responsables de vomissements matinaux fréquents. Il n'a jamais représenté d'épisode d'hématémèse depuis le 29 septembre 2014. Depuis les funérailles de son père, en décembre dernier, il dit ne plus avoir bu de l'alcool[.]

Finalement, il se plaint de manque de force dans les mains, surtout la gauche. Ces douleurs ne sont pas insomniantes, et répondent également à la prise d'ibuprofène.

Il n'émet spontanément aucune plainte du domaine psychologique.

L'**examen physique** nous met face à un homme faisant plus que son âge, au faciès rougeaud, modérément obèse, présentant les stigmates d'une consommation ancienne et abusive d'alcool (érythème palmaire, circulation veineuse collatérale, ascite). Il est subictérique. Le foie est au rebord costal, la rate n'est pas palpée. Sur le plan ostéo-articulaire, outre le status post amputation trans-IPP de l'annulaire gauche, on retient des déficits d'extension des 3e et 5e doigts à gauche, et du 5e doigt à droite.

En relation avec la consommation d'alcool, l'**examen neurologique spécialisé** n'a révélé qu'une possible très discrète polyneuropathie sensitive, retenue sur la base des déclarations de l'assuré qui mentionne une altération de la sensibilité superficielle en distalité du

membre inférieur gauche. Par contre, il y a préservation des réflexes achilléens, de la sensibilité profonde, sans ataxie statique.

Tout comme le Pr O._____, de la Clinique AA._____, dans son rapport du 14 janvier 2014, l'expert neurologue n'a plus constaté d'asymétrie dans la force testée contre résistance des doigts, écartant ainsi la suspicion ancienne figurant au dossier de parésie distale du membre supérieur gauche documentée par une asymétrie au Jamar.

Sinon, sur la base d'un status et d'une IRM cérébrale effectuée en janvier 2011 normaux, l'expert rejoint l'avis du Dr P._____, qui estime que les céphalées chroniques et constantes dont se plaint M. D._____ rentrent vraisemblablement dans le cadre de céphalées de tension, avec toutefois une présentation quelque peu atypique, modulée par une composante non organique.

D'un point de vue cognitif, l'expert relève que M. D._____ est indépendant pour les activités de la vie quotidienne, ce qui exclut déjà pour lui le diagnostic de démence.

L'examen neuropsychologique a mis en évidence un ralentissement sévère à diverses tâches, mais qui était fluctuant et contrastait avec l'absence de ralentissement clinique durant l'anamnèse, que l'expert attribue plus à une mobilisation non optimale des ressources attentionnelles qu'à une consommation éthylique abusive antérieure. Sinon, il n'a été constaté que de légères difficultés mnésiques épisodiques antérogrades ou de légères difficultés exécutives, de raisonnement et de compréhension de consignes abstraites.

Ainsi, une démence de Korsakoff est formellement exclue.

Cette appréciation est également soulignée par l'**expert psychiatre**, qui n'a pas relevé de trouble mnésique rétrograde ou antérograde caractéristique, ni d'indication suggérant une confabulation. S'il retient certes un psychisme un peu "empâté", avec un discret ralentissement psychomoteur et une impression d'émoussement affectif global, l'expert relève que ces signes peuvent correspondre à des effets indésirables d'une prescription de Risperdal Consta, dont, sur la base des éléments du dossier, il n'identifie pas la raison. Il lui paraît judicieux de revisiter l'indication à ce médicament.

De même, il n'adhère pas au terme "fruste" figurant à plusieurs reprises dans le dossier. Si M. D._____ a certes été peu scolarisé, et qu'il n'a pas eu le désir ou l'occasion de se cultiver, il n'y a cependant aucune indication suggérant une intelligence limitée, ce qu'a également confirmé l'examen neuropsychologique.

L'expert psychiatre retient le diagnostic de Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent. En ce qui concerne les autres symptômes, il retient le diagnostic de Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme plutôt que syndrome somatoforme douloureux, la douleur n'étant pas la plainte principale, mais bien plus des symptômes neurovégétatifs.

Les **examens de laboratoire** révèlent une nette perturbation des tests hépatiques, à trois fois la norme, une thrombopénie en l'absence d'anémie, altérations compatibles avec une consommation ancienne et abusive d'alcool. La CDT est à 1.1% (norme < 1.9), corroborant l'abstinence annoncée par M. D._____.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent unanimement que M. D._____ présente une atteinte significative à sa santé physique.

Sur le plan de la médecine interne, M. D._____ présente une cirrhose vraisemblablement d'origine éthylique avec signes d'hypertension portale. Le traitement mériterait d'être intensifié (introduction d'un diurétique). L'abstinence durable de toute consommation de boissons alcoolisées est impérative.

Sur le plan ostéo-articulaire, la récurrence de la maladie de Dupuytren laisse présager d'une possible nouvelle intervention. Les experts partagent l'appréciation du Pr O._____, de la Clinique AA._____, qui, dans son rapport du 10 janvier 2014, mentionne que si M. D._____ pourrait bénéficier, sur le plan symptomatique, d'une révision du moignon de l'annulaire gauche ainsi que d'une fasciectomy pour espérer rétablir ou diminuer le déficit d'extension IPP des doigts concernés, cela n'apporterait aucune amélioration sur le plan fonctionnel quant à une activité manuelle.

Sur le plan psychiatrique, tout comme la précédente expertise de 2012, l'expert ne retient aucun diagnostic incapacitant. Dans son domaine, l'approche est plus du registre alcoologique et psychosocial que médical.

Ainsi, de manière définitive, l'incapacité de travail, dans l'activité de manœuvre, est complète dès le 19 août 2008. Par contre, dans une activité adaptée, évitant tout travail nécessitant une utilisation prolongée de la main gauche, ou toute activité fine, avec un port de charges limité à 25 kilos, sans exposition au froid et aux intempéries, la capacité de travail est de 100 %. Une activité dans un milieu professionnel familier à M. D._____, tel le monde agricole, augmenterait certainement les chances de sa réinsertion. Le pronostic reste cependant très réservé, le processus d'invalidation paraissant déjà très structuré."

Dans un complément d'expertise du 31 mars 2015, le Dr X._____ a fourni les précisions suivantes :

"1. A partir de quand une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée est exigible ?

Comme mentionné, il n'est pas possible d'établir à partir de quand une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée est exigible, étant donné qu'à ce dossier, [c]e sont des éléments non

médicaux (problème de la langue, absence de formation professionnelle, fort déconditionnement chez un assuré déjà fort [a]ncré dans le statu[t] d'invalidé) qui prédominent. Il est toujours périlleux de se prononcer rétroactivement, en l'absence d'élément objectif. Pour cette raison, nous suggérons, de manière purement arbitraire, de retenir comme date celle du jour de l'expertise.

2. Est-ce que des mesures de réadaptation pourraient être utiles ?

Comme mentionné, oui. Une réinsertion dans le monde agricole, environnement professionnel familier de M. D._____, devrait être privilégiée. Les chances de succès sont cependant minces, le processus d'invalidation paraissant déjà très structuré.

3. A partir de quelle date sont-elles envisageables ?

De suite."

Par avis médical du 14 avril 2015, le Dr W._____, du SMR, s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique F._____.

En date du 1^{er} mai 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité, motivé comme suit :

"Résultat de nos constatations :

[...]

Une précédente décision de refus de prestations AI[,] notifiée le 28 septembre 2010, présentait un degré d'invalidité de 11%. En effet, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée en restant [sic] vos limitations fonctionnelles.

Aujourd'hui, selon les pièces médicales en notre possession, dont une expertise pluridisciplinaire, et après examen de votre dossier par le Service Médical Régional, force est de constater qu'il n'y a aucune modification dans votre état de santé.

Dès lors, le préjudice économique du passé, soit 11%[,] reste inchangé. Aucune mesure professionnelle n'est susceptible de réduire ce dernier."

Par courrier du 26 mai 2015, l'assuré a invité l'OAI à revenir sur sa position, se référant à une correspondance du même jour du Dr R._____, jointe en annexe. Aux termes de cet écrit, ce praticien relevait que, bien que n'étant pas en possession de l'expertise ordonnée par l'office, il lui semblait que les conclusions des experts s'opposaient à l'avis

des médecins traitants de l'intéressé. En particulier, le Dr R. _____ soulignait que, depuis 2010, les graves troubles de la personnalité avaient imposé un suivi psychiatrique et l'instauration d'un traitement par neuroleptique retard scrupuleusement observé par l'assuré, que les troubles neurologiques de type démence de Korsakoff s'étaient incontestablement majorés, que les difficultés de préhension s'étaient aggravées, que les complications d'une cirrhose étaient apparues et que des complications hématologiques avec thrombopénie et une leucopénie étaient apparues. Pour le Dr R. _____, ces pathologies majoraient toute l'incapacité de travail de l'assuré. En annexe, étaient produits les rapports susdits du Dr O. _____ du 9 décembre 2013, de l'Hôpital I. _____ du 29 septembre 2014 et du Dr M. _____ du 9 octobre 2014.

Par envoi du 15 juin 2015, l'assuré a transmis diverses pièces à l'OAI, dont une liste de ses médicaments dressée le 11 juin 2015 par le Dr R. _____, ainsi qu'un rapport non daté émanant de ce même médecin. A teneur de ce dernier document, le Dr R. _____ posait les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de troubles graves de la personnalité avec épisodes dépressifs sévères, capacités intellectuelles limitées et troubles du comportement, de consommation à risque d'alcool aujourd'hui sevrée, de cirrhose d'origine éthylique avec décompensation hépatique et hypertension portale et de maladie de Dupuytren bilatérale déjà opérée deux fois avec flexion fixée en griffe des doigts. Ce médecin signalait également une thrombopénie et une leucopénie, à titre d'atteintes dépourvues d'impact sur la capacité de travail. Pour le reste, le Dr R. _____ mentionnait en particulier ce qui suit :

"Très nette détérioration de l'état de santé et de l'incapacité de travail du patient au cours de ces 2 dernières années avec apparition d'une cirrhose décompensée malgré le sevrage alcoolique, de la fixation non réductible de ses griffes digitales bilatérales[,] de l'aggravation de son état dépressif notamment sous l'effet de l'apparition d'une démence de type Korsako[ff] dans ces conditions (faits attestés par mes constatations mais également s'appuyant sur les rapports de confrères [g]astroentérologue[,] psychiatre[,] neurologue[,] chirurgien, etc... [...])[,] [I] est impossible de ne pas admettre l'aggravation de la situation de ce patient qui non seulement présente une incapacité totale de travail y compris dans une profession adaptée, mais présente également

une dépendance de plus en plus grande vis-à-vis de son réseau familial."

Par avis médical du 29 juin 2015, le Dr W._____ et le Dr E._____, du SMR, ont relevé que les rapports du Dr R._____ des 26 mai et 15 juin 2015 énuméraient des diagnostics mais ne fixaient aucune limitation ou restriction fonctionnelle précise. A cela s'ajoutait que ce médecin évoquait une aggravation depuis deux ans et estimait impossible de reconnaître une capacité de travail à l'assuré, mais que les pathologies qu'il mentionnait étaient déjà présentes au moment de l'expertise, les experts s'étant du reste prononcés en tenant compte du dossier complet de l'AI et de la situation clinique de l'assuré. Partant, les conclusions des spécialistes de la Clinique F._____ demeuraient probantes. Aussi, faute d'information médicale objective nouvelle susceptible d'amener le SMR à changer sa position, les Drs W._____ et E._____ ont indiqué qu'il y avait lieu de s'en tenir à l'appréciation de ce service, en ce sens que si la capacité de travail devait être considérée comme nulle en tant que manœuvre depuis 2008, elle demeurait en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par décision du 2 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet du 1^{er} mai précédent. Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assuré, se référant notamment à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par les spécialistes de la Clinique F._____.

E. D._____ a recouru le 30 juillet 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Il se prévaut essentiellement d'un compte-rendu du Dr R._____ du 30 juillet 2015, joint en annexe. Aux termes de ce constat, le médecin traitant indique notamment qu'à l'instar du psychiatre et des orthopédistes ayant pris en charge l'assuré, il ne partage pas le point de vue des experts de la Clinique F._____ quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par décision du 4 septembre 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 août 2015, sous la forme de l'exonération des avances et des frais de justice.

Dans sa réponse du 7 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant en particulier au rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 9 février 2015 et à son complément du 31 mars 2015, considérés comme parfaitement probants.

En date du 17 novembre 2015, le recourant a produit un onglet de pièces, parmi lesquelles figurent notamment les documents suivants :

- un rapport établi le 29 juin 2015 par la Dresse Q._____, cheffe de clinique adjointe à la Consultation gastro-entérologique du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier U._____), posant les diagnostics de cirrhose éthylique Child A sevrée, compliquée d'hypertension portale (varices oesophagiennes de grade II, splénomégalie et hypersplénisme avec thrombopénie de grade II), de dépression non traitée et d'obésité de grade I avec indice de masse corporelle (IMC ou BMI) de 34,4 kg/m² ;

- un rapport du 30 juin 2015 du Dr ZZ._____, radiologue, établi consécutivement à une échographie abdominale et comportant les conclusions suivantes :

"Remaniement hépatique nodulaire avec un foie de contours bosselés dans le cadre d'une cirrhose connue. Pas de nodule suspect en faveur d'un hépatocarcinome. Le foie est légèrement agrandi. Lithiase vésiculaire sans signe de cholécystite ou dilatation des voies biliaires. Importante splénomégalie homogène. Pas d'ascite ni de recanalisation de la veine ombilicale."

- un certificat médical établi le 29 octobre 2015 par le Dr R._____, faisant état de ce qui suit :

"1. Troubles graves de la personnalité avec troubles neuropsychologiques des fonctions supérieures et état anxio-dépressif sévère récurrent.

1a. Troubles graves de la personnalité avec troubles neuropsychologiques.

Status :

Le patient est un ancien ouvrier portugais qui a d'abord travaillé dans l'agriculture puis comme aide maçon depuis son plus jeune âge jusqu'en 2009. Sa scolarité a été très limitée, et ce pas uniquement à cause de problèmes socio-familiaux mais aussi et surtout du fait de la limitation de ses capacités intellectuelles. Depuis que je le connais, ses capacités de compréhension, y compris en portugais, sont très limitées. Son quotient intellectuel apparaît sur des tests simples comme très limité. Le patient peut être considéré comme illettré.

On note par ailleurs, comme chez la plupart des sujets présentant ce type de déficit, une tendance spontanée à développer des idées délirantes ou interprétatives.

Cet état s'est aggravé depuis 2010 par les premiers signes d'une démence de type Korsakoff avec céphalées, amnésie, troubles de la coordination et de la marche, etc.

Cet état remontant à l'enfance rend ses capacités de compréhension et d'adaptation très limitées.

1b. Troubles de la personnalité avec symptomatologie psychiatrique.

Status :

Etat anxio-dépressif avec phases dépressives sévères. Les symptômes rencontrés et décrits par moi-même et par le Dr. N. _____, qui avait assuré son suivi psychiatrique, retrouvent la présence constante d'une dévalorisation de soi, d'anhédonie, de tristesse allant jusqu'à la tenue de propos morbides, de grandes difficultés relationnelles avec repli sur soi, de grandes difficultés à maîtriser ses impulsions et son comportement y compris lorsqu'il n'est pas sous l'effet de l'alcool en en faisant un être qui peut être capable d'une grande violence, tant par hétéro-agression qu'auto-agression, de conduites à risque comme la consommation à risque d'alcool. On note également des troubles du comportement avec insomnies, de somatisations diverses dont la plus spectaculaire est certainement les migraines qu'il présente accompagnées de flashes vasculaires.

Cette symptomatologie a été contenue et chronicisée par la mise en place d'un traitement associant anxiolytique, somnifère et neuroleptique retard (RISPERIDON, DORMICUM, SERESTA).

Cette symptomatologie que j'ai constamment connue chez ce patient remonte probablement au début de l'âge adulte, elle a incontestablement produit la consommation à risque d'alcool qui en a amplifié les symptômes.

Cette symptomatologie, qui a un important impact sur la vie quotidienne du patient, limite considérablement ses capacités de compréhension et d'adaptation.

2. Consommation à risque d'alcool totalement sevré depuis début 2015.

Consommation pendant plus de 20 ans de quantités importantes et quotidiennes de vin, de bières et d'alcools forts. Cette consommation est totalement sevrée depuis janvier 2015 sans utilisation d'ANTABUS, ce sevrage ayant été contrôlé régulièrement par dosage ASAT ALAT GGT CDT.

3. Cirrhose éthylique Child A sevrée compliquée d'hypertension portale.

Depuis septembre 2014, le patient est suivi pour une cirrhose éthylique compliquée avec hépato-splénomégalie, des varices œsophagiennes de grade 2, une anémie mégacaryocytaire avec déficit en Vit B et thrombopénie, une ascite.

Cette cirrhose stabilisée depuis le sevrage de consommation d'alcool, n'en est pas moins préoccupante imposant un traitement constant (ALDACTONE, DUPHALAC, INDERAL 120 mg par jour[,] PANTOPRAZOL 40 mg par jour) et un suivi régulier, afin d'anticiper toute éventuelle évolution vers un hépatome.

Ce suivi est assuré par le service d'hépatologie du Centre hospitalier U. _____ [...]. En dehors des complications déjà survenues de type gastrite ou hémorragies digestives sur varices œsophagiennes[, c]ette symptomatologie crée notamment une asthénie intense rendant impossible toute activité professionnelle.

4. Obésité.

Avec un BMI à 35, cette obésité, probable[ment] résultante des troubles psychiques évoqués ci-dessus, vient compliquer le tableau somatique[.]

5. Déformation en griffe figée des deux mains sur maladi[e] de Dupuytren.

Status :

Malgré plusieurs interventions survenues ces 15 dernières années sur les 2 mains[,] le patient se présente avec une fixation en flexum et en griffe de ses doigts avec des tendons fléchisseurs très indurés et douloureux rendant impossible la préhension, ce status est compliqué depuis 2 ans environ par la présence de pathologies algiques rachidiennes et des 2 épaules rendant l'abduction des 2 membres supérieurs douloureuse et limitée.

Au total, ce patient[,] qui ne dispose ni des capacités physiques et psychiques, ni de l'âge requis, pour d'éventuelles mesures de réadaptation et réinsertion, présente un état de santé rendant :

la station debout ou assise prolongée impossible,

la marche en terrain accidenté impossible,

le fait de se pencher en avant impossible,

le fait de travailler les bars en dessus de la tête impossible,

le fait de travailler accroupi ou à genoux impossible,

le fait de travailler sur un échafaudage ou une échelle impossible,

le fait de soulever et de porter, même de très petites charges, impossible,

le fait d'effectuer des mouvements fins impossible,

une préhension normale impossible,

et que ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance soient très limitées, justifient le fait de reconnaître que ce patient, âgé de 54 ans, est totalement incapable d'assumer une activité professionnelle, y compris une activité adaptée.

Devant ce constat que je fais tous les mois depuis 8 ans dans le cadre de son suivi, mais qu'ont fait également mes confrères spécialistes qui ont assur[é] sa prise en charge, et la discordance qui existe entre ces constats et les conclusions des experts, certes indépendants, mais mandatés par l'AI, je ne peux que demander au Tribunal des assurances sociales de prendre l'initiative de faire réaliser une expertise totalement indépendante."

Se déterminant le 3 décembre 2015, l'intimé a maintenu sa position, se référant en particulier à un avis médical SMR établi le 30 novembre 2015 par les Drs W. _____ et E. _____, dont on extrait ce qui suit :

"Le recours de l'assuré est accompagné de plusieurs rapports médicaux. Le rapport du Dr R. _____, médecin traitant, énumère les pathologies déjà connues et prises en considération par les différents experts en février 2015. Il insiste en particulier sur la pathologie psychiatrique qui serait incapacitante, alors que ni le Dr V. _____ dans sa première expertise psychiatrique en 2012 ni l'expert psychiatre lors de l'expertise multidisciplinaire, ne retiennent une pathologie psychiatrique incapacitante. D'ailleurs le fait que le Dr R. _____ fasse lui-même remonter ladite pathologie au début de l'âge adulte confirme le caractère non incapacitant puisque l'assuré a pu travailler normalement jusqu'en 2008. Il n'existe donc aucun nouveau diagnostic ou situation clinique qui aurait pu être négligé par les experts et rendrait leurs conclusions non valables. De même le rapport médical spécialisé de la Dresse Q. _____ [...] détaille la situation au niveau hépatique (cirrhose hépatique Child A sévère avec hypertension portale) sans apporter de nouveaux éléments au dossier qui n'auraient pas été connus des experts. Elle ne s'exprime pas sur une éventuelle incapacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport radiologique du Dr ZZ. _____ du 30.06.2015 confirme la cirrhose connue et élimine un éventuel hépatocarcinome, sans autre apport. [...]

En synthèse, nous ne trouvons pas dans les pièces médicales accompagnant le recours d'éléments médicaux objectifs nouveaux qui n'auraient pas été considérés et qui pourraient rendre plausible une modification de la situation étudiée par les experts en février 2015. Leurs conclusions restent donc tout à fait valables et nous ne modifions pas notre position initiale pour une CT entière dans une activité adaptée aux différentes limitations fonctionnelles retenues."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 27 novembre 2013.

3. a) Est réputée invalidité 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 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 (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (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).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) 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 (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit. ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007

consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) 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 (cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 et la référence citée). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force 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 (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

5. Il est constant que, le 14 juillet 2009, le recourant a déposé une première demande de prestations AI sur laquelle l'OAI a statué négativement par décision du 28 septembre 2010. A cette occasion, l'office a retenu en particulier que, des suites de la maladie de Dupuytren, l'intéressé n'était certes plus à même de poursuivre son activité habituelle de manœuvre dans la construction mais qu'il conservait en revanche une

pleine exigibilité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, du point de vue économique, il en résultait un taux d'invalidité de 11% insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations d'assurance.

Suite au dépôt d'une deuxième demande AI le 2 novembre 2011, l'intimé a procédé à un nouvel examen matériel du droit aux prestations en particulier par le biais d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr V._____. Par décision du 25 octobre 2012, l'office a toutefois maintenu son refus de prester, compte tenu d'une situation inchangée au niveau somatique et de l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique selon l'expertise du Dr V._____.

L'assuré a ensuite déposé une troisième demande de prestations le 27 novembre 2013, sur laquelle l'OAI est entré en matière en ordonnant notamment une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique F._____, pour finalement dénier encore une fois le droit aux prestations par décision du 2 juillet 2015, objet de la présente contestation. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. Nonobstant la formulation trompeuse de la décision entreprise, qui se réfère à la décision rendue le 28 septembre 2010 (cf. décision du 2 juillet 2015 p. 2), il s'agit en l'occurrence de déterminer si, depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit aux prestations, soit la décision du 25 octobre 2012, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'AI.

a) La décision du 25 octobre 2012 reposait, d'une part, sur l'appréciation du SMR considérant que, du point de vue physique, il y avait lieu de s'en tenir aux limitations fonctionnelles somatiques définies dans le cadre de la première demande de l'assuré (cf. avis SMR du 2 mai 2012 du Dr G._____), à savoir : « *Eviter tout travail nécessitant une utilisation prolongée de la main gauche, ou toute activité fine. Port de charge limité à 10 kilos à gauche, chez un patient droitier. Port de charge à droite, limité à 25 kilos. Eviter exposition au froid et aux intempéries* » (cf. rapport SMR du 2 juillet 2010 du Dr H._____). Dite décision se fondait en outre sur le

rapport d'expertise psychiatrique du Dr V._____ du 26 avril 2012. Aux termes de ce rapport, étaient retenus les diagnostics de troubles du comportement et/ou symptômes anxio-dépressifs liés à la consommation chronique d'alcool, de dépendance éthylique, ainsi que de personnalité fruste et d'intelligence limitée - aucune de ces atteintes ne se répercutant toutefois sur la capacité de travail. Le Dr V._____ estimait ainsi que, mis à part les problèmes d'alcool (s'agissant d'une dépendance probablement primaire qui, pour l'heure, paraissait un petit mieux contrôlée), la capacité de travail médico-théorique était entière depuis toujours (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2012 pp 15 ss).

Sur cette base, la décision du 25 octobre 2012 retenait que seule la maladie de Dupuytren pouvait être prise en considération et que le préjudice qui en découlait demeurerait inchangé.

b) Pour se prononcer sur la troisième demande de prestations de l'assuré, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique F._____, axée sur les plans de la médecine interne (Dr X._____), de la neurologie (Dr C._____), de la neuropsychologie (J._____) et de la psychiatrie (Dr Z._____).

aa) Il convient tout d'abord de s'arrêter sur l'aspect strictement somatique.

aaa) A cet égard, les spécialistes de la Clinique F._____ ont considéré que l'assuré présentait des atteintes incapacitantes liées à la maladie de Dupuytren, à savoir un status post amputation trans-IPP de l'annulaire gauche, ainsi que des déficits d'extension des 3^e et 5^e doigts de la main gauche et du 5^e doigt de la main droite. A l'instar du Prof. O._____, ils ont constaté qu'il n'y avait pas d'asymétrie dans la force testée contre résistance des doigts, écartant ainsi toute suspicion de parésie distale du membre supérieur gauche. Comme ce dernier médecin, ils ont également estimé qu'une révision du moignon de l'annulaire gauche et une fasciectomy pourraient être bénéfiques mais que ces interventions n'apporteraient aucune amélioration sur le plan fonctionnel

quant à une activité manuelle. Cela étant, ils ont retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité de manœuvre depuis le 19 août 2008 mais qu'elle était en revanche entière dans une activité adaptée, à savoir une activité ne nécessitant pas l'utilisation prolongée de la main gauche, ne relevant pas d'une activité fine, avec un port de charges limité à 25 kg et sans exposition au froid ou aux intempéries (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 pp. 12 à 15). Ultérieurement, l'expert X._____ a précisé que les éléments non-médicaux prédominaient dans le cas de l'assuré - problèmes de langue, absence de formation professionnelle, important déconditionnement chez assuré déjà fortement ancré dans un processus d'invalidité - et qu'il y avait lieu, dans ces conditions, de fixer le début de l'exigibilité à la date de l'expertise (cf. complément d'expertise du 31 mars 2015).

Pour le reste, les experts de la Clinique F._____ ont relevé que l'assuré présentait une cirrhose vraisemblablement d'origine éthylique avec signes d'hypertension portale. Ils ont néanmoins nié toute atteinte incapacitante à ce niveau. Si, sur la base des déclarations de l'assuré, ils ont en outre évoqué une possible très discrète polyneuropathie sensitive en relation avec la consommation d'alcool, avec toutefois préservation des réflexes achilléens comme de la sensibilité profonde et sans ataxie statique, ils n'en ont toutefois pas déduit de diagnostic influant sur la capacité de travail. Quant aux céphalées annoncées par l'assuré, les experts de la Clinique F._____ ont rejoint le Prof. P._____ pour considérer qu'il s'agissait de céphalées tensionnelles, de présentation cependant quelque peu atypique modulée par une composante non organique mais, là encore, ils n'y ont pas prêté de caractère incapacitant (cf. *ibid.* pp. 12, 14 et 15).

bbb) Aucun des avis médicaux au dossier ne vient contredire les conclusions des experts de la Clinique F._____.

Ces derniers ont en particulier dûment tenu compte des constatations antérieures des Prof. O._____ (cf. rapports des 9 décembre 2013 et 10 janvier 2014) et P._____ (cf. rapports des 29

novembre 2013 et 6 janvier 2014), qu'ils ont non seulement intégrées à leur évaluation, mais auxquelles ils se sont de surcroît ralliés s'agissant tant des conséquences de la maladie de Dupuytren (Prof. O._____) que de l'origine tensionnelle des céphalées (Prof. P.____). S'ils se sont certes écartés de l'avis du Prof. P._____ attribuant un caractère incapacitant aux céphalées de l'assuré (cf. rapport du 6 janvier 2014), il reste que ce médecin n'a à aucun moment motivé son opinion sur la question et que l'on ne voit pas, dès lors, en quoi son point de vue devrait l'emporter sur celui, mieux explicité, des spécialistes de la Clinique F._____. Ainsi, rien ne permet au final de considérer que les éléments mis en avant par les Prof. P._____ et O._____ n'auraient pas été examinés à leur juste valeur par les experts.

Le même constat s'impose s'agissant des rapports de l'Hôpital I._____ du 29 septembre 2014 et du Dr M._____ du 9 octobre 2014, concernant l'hospitalisation intervenue le 29 septembre 2014 pour un épisode de décompensation hépatique des suites de la cirrhose d'origine éthylique contractée par l'assuré. Le contenu de ces documents se trouve en effet résumé dans le rapport d'expertise (cf. spéc. p. 13) et rien ne démontre que les experts n'en auraient pas saisi la portée, en particulier en niant le caractère incapacitant des troubles constatés sur ce plan (cf. notamment pp 12 et 15).

En ce qui concerne les nombreux rapports établis par le Dr R._____ entre novembre 2013 et octobre 2015, la Cour de céans observe que ces comptes-rendus portent avant tout sur le tableau symptomatologique de l'assuré, tel qu'il ressort également des autres pièces au dossier et en particulier du rapport d'expertise du 9 février 2015. Si, sur cette base, le médecin traitant a défendu sa propre appréciation du cas en faveur d'une exigibilité nulle dans toute activité, il n'a cependant pas mis en lumière d'éléments médicaux concrets qu'auraient négligés les experts de la Clinique F._____. A la lecture des rapports du Dr R._____, on ne relève notamment aucun indice pertinent montrant que les experts de la Clinique F._____ auraient évalué de manière inexacte l'étendue des limitations fonctionnelles induites par la

maladie de Dupuytren. De même, le Dr R._____ a certes affirmé que la reprise d'une quelconque activité professionnelle était exclue du fait d'une asthénie intense liée à la cirrhose de l'assuré (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2), mais il n'a cependant pas motivé cette assertion s'agissant tant de l'existence d'une telle atteinte que de sa nature incapacitante ; ses allégations ne sauraient donc être suivies, sauf à admettre, de manière totalement schématique et contraire aux principes de base régissant l'octroi de prestations AI, que l'existence d'une cirrhose éthylique de type Child A serait automatiquement synonyme d'asthénie intense entraînant une entière incapacité de travail dans tout domaine que ce soit. Le Dr R._____ a également mis en avant l'existence d'une obésité avec un IMC à 35 kg/m², venant compliquer le tableau somatique (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2). Ce facteur n'a toutefois pas été ignoré par les experts de la Clinique F._____, qui ont relevé que l'assuré - à l'époque avec un IMC de 34,4 kg/m² - était modérément obèse (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 10) mais n'ont toutefois pas vu là d'élément influant sur la capacité de travail. De fait, la jurisprudence considère que l'obésité n'est pas en soi constitutive d'invalidité, celle-ci ne pouvant être admis que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé (cf. TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359) - ce que rien ne permet d'établir en l'occurrence, y compris du point de vue psychique (cf. consid. 5b/bb infra). Si le Dr R._____ a de surcroît évoqué des cervico-brachialgies et des lombalgies à l'automne 2014 (cf. rapport du 10 octobre 2014 p. 3 ch. 7), on relève qu'il n'en a plus fait état par la suite et que les experts de la Clinique F._____ n'ont, quant à eux, rien relevé de significatif à ce niveau. Dans ces conditions, on ne voit donc pas en quoi l'avis du Dr R._____ devrait l'emporter, du point de vue physique, sur les conclusions de la Clinique F._____.

Finalement, on relèvera encore que les atteintes somatiques mentionnées par la Dresse Q._____ dans son rapport du 29 juin 2015 étaient déjà connues des experts de la Clinique F._____ et que les conclusions figurant dans le rapport du radiologue ZZ._____ du 30 juin

2015 n'apportent, elles non plus, aucun élément nouveau pour l'évaluation du cas - comme l'a relevé le SMR (cf. avis des Drs W. _____ et E. _____ du 30 novembre 2015).

ccc) Cela étant, il y a donc lieu de s'en tenir à l'appréciation des experts de la Clinique F. _____ sur le plan strictement somatique. Celle-ci témoignant d'une situation essentiellement superposable à celle prévalant lors des précédentes demandes de prestations, s'agissant tant des atteintes incapacitantes retenues que des limitations fonctionnelles arrêtées, on ne constate ainsi aucune évolution notable à ce niveau.

bb) Les experts de la Clinique F. _____ ont également abordé la question d'un éventuel déficit d'ordre cognitif ou neuropsychologique.

aaa) Ainsi, le neurologue C. _____ a relevé que, d'un point de vue cognitif, l'assuré était indépendant pour les activités de la vie quotidienne. Quant au neuropsychologue J. _____, il a observé un ralentissement sévère à diverses tâches mais a précisé que ce ralentissement était fluctuant, qu'il contrastait avec l'absence de ralentissement clinique durant l'anamnèse et qu'il y avait lieu de l'attribuer davantage à une mobilisation non optimale des ressources attentionnelles qu'à une consommation éthylique abusive antérieure. Il a en outre mentionné de légères difficultés mnésiques épisodiques antérogrades et de légères difficultés exécutives, de raisonnement et de compréhension de consignes abstraites. Au regard de ces éléments, tant le neurologue C. _____ que le neuropsychologue J. _____ ont formellement nié l'existence d'une démence de Korsakoff (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 14) et, par là-même, de tout déficit neuropsychologique engendré par la surconsommation d'alcool - rejoints en cela par l'expert psychiatre Z. _____, lequel n'a pas observé de trouble mnésique rétrograde ou antérograde caractéristique ni d'indication suggérant une confabulation et a, de surcroît, considéré que le psychisme un peu "empâté", avec un discret ralentissement psychomoteur et une impression d'émoussement affectif global, pouvait correspondre à un effet indésirable de la médication de l'assuré (cf. *ibid.* loc. cit.).

bbb) Seul le Dr R. _____ a émis un avis contraire sur la question. Ainsi, dans un rapport du 12 mars 2014 (p. 2), il a exposé que l'assuré présentait des troubles cognitifs témoignant de l'installation probable d'une démence multifactorielle à dominante Korsakoff. Ce praticien n'a ensuite plus fait mention de ce diagnostic dans son constat du 10 octobre 2014, pour finalement le retenir à nouveau en mai 2015 et juin 2015. Dans son rapport du 29 octobre 2015, le Dr R. _____ a plus précisément retenu des signes de démence de Korsakoff (« *céphalées, amnésie, troubles de la coordination et de la march[e], etc.* ») et y a ajouté des troubles neuropsychologiques remontant à l'enfance, avec un quotient intellectuel très limité sur des tests simples et des capacités de compréhension et d'adaptation très réduites (p. 1). On ne saurait toutefois se contenter des seules affirmations du Dr R. _____, qui prennent le contre-pied de l'expertise de la Clinique F. _____ tout en ne reposant sur aucune motivation médicale concrète et n'étant pas davantage étayées par des éléments objectifs ; notamment, on cherche en vain les tests de quotient intellectuel auxquels se réfère le médecin traitant. Bien plus, même à admettre l'existence d'un déficit cognitif remontant à l'enfance, on ne pourrait que douter de sa nature incapacitante dans la mesure où l'assuré a malgré tout travaillé dans sa patrie - exploitant, qui plus est, un domaine agricole en tant qu'indépendant au Portugal avant d'être mis en échec des suites de la crise dite "de la vache folle" (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2012 p. 6 et rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 7) - comme en Suisse avant d'être licencié au 28 février 2010. Dans ces conditions, on ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des experts de la Clinique F. _____, qui résultent d'une évaluation minutieuse effectuée par des spécialistes, au profit de l'opinion émise par le Dr R. _____, qui traduit tout au plus une appréciation divergente d'un même état de fait.

ccc) Sous l'angle neuropsychologique, on ne peut par conséquent pas retenir d'atteinte incapacitante. Sur ce plan également, il n'y a donc pas eu d'évolution notable depuis le précédent refus de prestations.

cc) Reste à examiner la situation sur le plan psychiatrique.

aaa) Aux termes du rapport d'expertise du 9 février 2015, les spécialistes de la Clinique F._____ n'ont posé aucun diagnostic incapacitant d'ordre psychique. Ils ont en revanche retenu les atteintes sans impact sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 pp. 12 et 14 s.).

Concernant plus particulièrement le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, il a été expressément préféré à celui de trouble somatoforme douloureux au motif que la douleur n'était pas la plainte principale, mais bien plutôt les symptômes neurovégétatifs (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 14). Ce diagnostic ne relève de surcroît pas d'un trouble psychosomatique comparable à un trouble somatoforme douloureux – soit le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, l'hypersomnie non organique, les troubles dissociés de la motricité, le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique et les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 et la jurisprudence citée). Partant, les experts pouvaient se prononcer sur la nature incapacitante ou non d'une telle atteinte sans avoir à se référer aux exigences spécifiques développées par le Tribunal fédéral à l'égard des troubles somatoforme douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables (cf. en particulier ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 6).

bbb) Cela précisé, la Cour de céans ne peut que constater l'absence de motif sérieux incitant à s'écarter de l'appréciation des experts de la Clinique F._____.

De fait, si le Prof. P._____ a bien évoqué un état dépressif sévère (cf. rapport du 6 janvier 2014 p. 1), il a toutefois indiqué qu'il ne

s'agissait pas là d'un diagnostic incapacitant. De même, on notera que la Dresse Q._____ a certes évoqué une dépression non traitée (cf. rapport du 29 juin 2015) mais que cette assertion ne repose toutefois sur aucune motivation médicalement convaincante.

Quant au Dr N._____, il s'est gardé de poser un quelconque diagnostic ou d'évaluer la capacité de travail de l'assuré lorsqu'il a été interpellé par l'OAI, mais a uniquement évoqué les moyens psychiques fragiles et aléatoires du recourant (cf. rapport du 27 avril 2014 p. 2). Or, ce constat s'avère bien trop laconique pour mettre en cause le raisonnement détaillé des experts de la Clinique F._____.

En ce qui concerne le Dr R._____, ses différents rapports évoquent, d'une part, l'existence de troubles psychiatriques en particulier sous forme de troubles de la personnalité, avec épisodes dépressifs sévères ou état anxio-dépressif sévère récurrent. Néanmoins, loin de reposer sur une analyse méthodique de l'état de santé psychique du patient, ce médecin a émis ses avis sur la seule base des plaintes de l'assuré, en marge d'un quelconque examen spécialisé. Rien ne permet notamment de suivre le Dr R._____ lorsqu'il écrit que les symptômes mentionnés auraient été observés par le Dr N._____ dans le cadre du suivi du recourant (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 1), ce psychiatre n'en ayant pas fait mention dans son rapport précité et n'ayant du reste vu l'assuré qu'à deux reprises sans parvenir à démarrer une prise en charge effective (cf. rapport du 27 avril 2014 p. 1) - ce qui n'équivaut manifestement pas à un réel suivi psychiatrique, contrairement à ce qu'a indiqué le médecin traitant. Le Dr R._____ a du reste situé l'apparition de la symptomatologie au début de l'âge adulte, ce qui cadre toutefois difficilement avec les données anamnestiques au dossier puisqu'il s'agit là d'une période durant laquelle le recourant a certes dû face aux exigences contraignantes d'une activité agricole mais sans pour autant rencontrer d'écueil spécifique d'ordre médical dans son parcours professionnel. En définitive, le Dr R._____ n'a mis en lumière aucun élément médical objectif dont les experts de la Clinique F._____ n'auraient pas tenu compte. Dans ces conditions, on ne saurait suivre l'appréciation du

médecin traitant quant à l'état de santé psychique du recourant, et cela également quant à l'origine prétendument psychique du surpoids de l'assuré (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2).

D'autre part, le Dr R._____ s'est également exprimé du point de vue de la dépendance à l'alcool. A cet égard, on notera que l'alcoolisme ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi mais peut en revanche jouer un rôle lorsqu'il provoque une atteinte à la santé, qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou s'il résulte lui-même d'une atteinte à la santé, qui a valeur de maladie (cf. TF 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2). En l'espèce, si le Dr R._____ a initialement évoqué des troubles psychiatriques induits pas l'alcoolisme (cf. rapport du 12 mars 2014 p. 1), il n'en a ensuite plus fait mention (cf. en particulier rapport du 29 octobre 2015 p. 2) - étant au demeurant rappelé que toute démence de Korsakoff doit être exclue dans le cas particulier (cf. consid. 5b/bb supra) et que la cirrhose dont souffre l'intéressé n'a pas été considérée comme incapacitante (cf. consid. 5b/aa supra). Le Dr R._____ n'a pas non plus clairement imputé cette dépendance à un trouble psychique antérieur. Cela étant, on ne peut que suivre les experts de la Clinique F._____ pour nier toute valeur incapacitante à la dépendance de l'assuré, ce dernier ayant du reste interrompu sa consommation à la fin de l'année 2014 (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 10), voire depuis janvier 2015 (cf. rapport du Dr R._____ du 29 octobre 2015 p. 2). A ce propos, on soulignera en particulier qu'en tant que les experts de la Clinique F._____ n'ont évoqué aucun trouble psychique à l'origine de la surconsommation d'alcool de l'assuré, ils se sont ainsi rapprochés de l'appréciation de leur confrère V._____ qui avait, quant à lui, évoqué un alcoolisme probablement primaire (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2014 p. 17).

ccc) Au regard de ce qui précède, il s'impose de retenir avec les experts de la Clinique F._____ que l'assuré ne présente pas d'atteinte psychique influant sa capacité de travail. En ce sens, les experts ont ainsi attesté de l'absence d'évolution significative depuis le rapport d'expertise du Dr V._____ du 26 avril 2014.

dd) Par surabondance, en tant que les experts ont souligné la composante alcoologique et psychosociale du cas particulier (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 15), respectivement la présence d'éléments non médicaux (cf. complément d'expertise du 31 mars 2015), on relèvera encore, d'une part, que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne sont pas pertinents sous l'angle d'une conception biomédicale de la maladie dans l'Al (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177) et, d'autre part, que les conséquences socioprofessionnelles de la dépendance à l'alcool dont l'assuré a été victime par le passé (étant aujourd'hui abstiné) ne sauraient à ce stade être assimilées à une atteinte à la santé de caractère invalidant.

ee) La Cour de céans retient dès lors qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions des experts de la Clinique F._____. Le rapport d'expertise du 9 février 2015 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

C'est du reste en vain que le Dr R._____ a mis en doute la fiabilité du rapport d'expertise du 9 février 2015 au motif que les médecins intervenus avaient été mandatés par l'Al (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 3). Le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les

doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4). Or, rien ne tend à en faire la démonstration dans le cas particulier.

c) En définitive, faute d'évolution notable de l'état de santé du recourant, il apparaît qu'en rejetant par décision du 2 juillet 2015 la nouvelle demande de prestations déposée le 27 novembre 2013, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

6. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. 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; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limité à la dispense des frais judiciaires et à l'avance de ceux-ci, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, qui a au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 30 juillet 2015 par D. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est provisoirement laissé à la charge de l'Etat.
- IV. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D. _____,
- 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 :