

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 octobre 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Z._____, à Clarens, recourant, représenté par Me Laurent Schuler, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI; 6, 7, 8 et 17 LPGA; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, sans formation, originaire de Bosnie, a notamment travaillé en Suisse en qualité de déménageur. Souffrant de douleurs dorsales, il a dû cesser cette activité dès le 10 mai 1993 et a été licencié avec effet au 31 octobre 1993. Il n'a plus travaillé depuis lors. Le 25 octobre 1993, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a bénéficié d'un stage de reclassement professionnel en mécanique et montage industriel à partir du 4 décembre 1995. A ce titre, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) lui a également reconnu le droit à des indemnités journalières. Après avoir été prorogée à plusieurs reprises, la mesure de reclassement a été interrompue au mois d'avril 1997, motif pris que les absences de plus en plus fréquentes ainsi que la péjoration de l'état de santé de l'intéressé compromettaient le processus de réadaptation.

Par arrêt du 21 mars 2002, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assuré contre la décision prise le 15 février 2001 par l'OAI rejetant la demande de rente d'invalidité de l'assuré pour le motif que son degré d'invalidité était insuffisant (0,08 %). Par arrêt du 4 février 2003 (I 512/02), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté contre l'arrêt cantonal, annulé celui-ci et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la capacité de travail exigible.

Le 15 janvier 2004, les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (COMAI) de Genolier, ont examiné l'assuré. Ces médecins ont déposé leur rapport le 19 mars 2004, dont il ressort que l'assuré était apte à œuvrer à un taux de 50 % au maximum dans un travail léger, sans port de charges supérieures

à 10 kg et avec alternance de position debout et assise, mais sans autre limitation sur les plans psychique, mental et social.

Selon un rapport complémentaire établi le 14 septembre 2004 par la Dresse D._____, spécialiste en rhumatologie, du COMAI, la présence d'altérations discales sur l'IRM contre-indiquait l'exercice d'un travail de force à 100 %; en revanche, dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions assise et debout, évitant l'antéflexion prolongée ou répétitive et les charges supérieures à 10-15 kg, la capacité de travail exigible était de 100 %. Elle relevait que la situation était stable depuis 1993.

Par décision du 31 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité. L'assuré a fait opposition.

Par décision sur opposition du 12 mars 2008, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, en reconnaissant que celui-ci pouvait prétendre à une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (sous réserve toutefois du fait qu'il reconnaisse disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé). N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision sur opposition du 12 mars 2008 est entrée en force.

Par communication du 14 avril 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une aide au placement sous la forme d'un soutien dans les recherches d'emploi. Le 12 juin 2008, l'assuré a signé une "charte de collaboration au placement" par laquelle il s'engageait à coopérer activement aux recherches d'emploi dans une activité adaptée. Par lettre recommandée du 14 novembre 2008, l'OAI a constaté que l'assuré n'avait pas donné suite, sans excuse valable, à une convocation du 3 novembre 2008 pour un entretien le 13 novembre 2008, et a rappelé son obligation de collaborer activement aux mesures d'ordre professionnel (art. 7 LAI et 43 al. 2 LPGA), sous peine de voir les prestations réduites ou refusées (art. 21 al. 4 LPGA). L'OAI lui a fixé un ultime rendez-vous le 3 décembre 2008, en précisant qu'en cas d'absence, il serait mis un terme aux démarches d'aide au placement. Le 3 décembre 2008, l'assuré ne s'est pas présenté à

l'entretien prévu. Par décision du 6 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande d'aide au placement en considérant qu'en raison de la non collaboration de l'assuré, cette aide était fermée. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision précitée par arrêt du 13 septembre 2011.

B. Par courrier du 1^{er} mai 2009, le Dr G._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a signalé à l'OAI que l'état de santé de son patient s'était dégradé en ce sens que le diagnostic d'un adénocarcinome de la vésicule avait été posé lors de la cholécystectomie effectuée en Bosnie à la fin de l'année précédente. A cette lettre était joint le rapport médical établi le 27 mars 2009 par le Dr P._____, médecin chef du Service unifié d'oncologie - hématologie de l'Hôpital Q._____ à l'intention du Dr G._____. Il indiquait que l'assuré avait été opéré en urgence le 31 décembre 2008, alors qu'il se trouvait en Bosnie pour les fêtes de fin d'année, pour une suspicion d'une cholécyste. Une IRM hépatique effectuée le 26 février 2009 n'avait pas révélé de lésion et un contrôle hématologique au début du mois de mars montrait une normalisation des tests hépatiques mais la persistance d'une élévation modérée du marqueur CA 19-9 à 41 KU/l. La question d'un traitement optimal pouvant inclure une réintervention chirurgicale s'était donc posée, mais, compte tenu des éléments négatifs au niveau du bilan et des comorbidités vasculaires et métaboliques majeures, l'oncologue préconisait l'abstention thérapeutique et un suivi régulier.

Dans un avis établi le 3 septembre 2009 par le Dr F._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, celui-ci relevait qu'à première vue, l'évolution immédiate de l'état de santé de l'assuré était favorable et sans complication et qu'en l'absence de tout traitement adjuvant, une cholécystectomie simple ne devrait pas entraîner une incapacité de travail supérieure à 6 semaines. Il proposait de compléter l'instruction par la demande de rapports aux Drs G._____ et P._____ ainsi qu'à la policlinique psychiatrique de [...].

Le 11 septembre 2009, la policlinique psychiatrique de [...] a informé l'OAI que l'assuré avait terminé son traitement le 29 octobre 2008.

Dans un rapport médical du 14 septembre 2009, le Dr P._____ indiquait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un adénocarcinome invasif de la vésicule biliaire, stade pT1b, G1, pNx, MO, un syndrome pluri-métabolique et un état dépressif. Il précisait que l'assuré ne suivait pas de traitement mais faisait l'objet d'un suivi et que ses seules plaintes avaient trait à de l'asthénie et à de vagues douleurs abdominales. L'oncologue relevait que les contrôles ne montraient pas de récurrence de l'adénocarcinome, de sorte qu'il n'y avait pas de restriction quant à la capacité de travail de l'assuré. Il indiquait toutefois que le syndrome plurimétabolique avec HTA, hyperlipidémie, diabète de type II et excès pondéral pouvait avoir des répercussions sur la capacité de travail et que celles-ci pouvaient être chiffrées par le médecin traitant de l'assuré.

Dans un rapport médical du 22 septembre 2009, le Dr G._____ indiquait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un status après cholécystectomie pour adénocarcinome invasif de la vésicule biliaire le 31 décembre 2008, des lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 et protrusion discale en L5-S1 et un état dépressif. Il retenait également les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de HTA, diabète de type II et hypercholestérolémie. Le médecin traitant relevait que l'examen clinique montrait un état général stable et un abdomen souple et précisait que la douleur lombaire était présente avec irradiation dans le membre inférieur gauche, sans syndrome déficitaire. Le pronostic était favorable sur le plan oncologique, mais défavorable sur le plan algique. Selon le Dr G._____, son patient disposait d'une capacité de travail limitée à 4 heures par jour et s'exerçant dans une activité permettant la position assise ou la rotation en position assise/debout. En annexe à son rapport médical, le Dr G._____ produisait une copie du rapport médical établi le 1^{er} octobre 2008 par le Dr M._____, chef de clinique à la Fondation C._____. Ce dernier indiquait avoir rencontré à deux reprises l'assuré dans le cadre de l'investigation psychiatrique, dans

un but de consilium médicamenteux. Il relevait que l'intéressé lui semblait être un patient habitué à se protéger des affects pénibles en les mettant à distance et en relativisant l'importance des difficultés et des problèmes qu'il rencontrait dans la vie. Il décrivait ce mode de fonctionner comme suit : "ce fonctionnement, qui le porte à "faire avec" sans trop se poser de questions, l'a probablement aidé à traverser l'éclatement de sa famille pendant son enfance, les carences qui l'ont accompagné et les vicissitudes de la première partie de sa vie adulte. Ce système défensif semble toutefois débordé par la situation à laquelle il doit faire face depuis quelques mois, caractérisée par les exigences de l'AI et par son sentiment d'être mis au pied d'un mur, sans alternative possible". Le psychiatre soulignait qu'il était ardu de soulager efficacement l'assuré sur le plan symptomatique, compte tenu du contexte difficile auquel il était confronté et du type de fonctionnement défensif qui était le sien. Il proposait au médecin traitant de changer d'antidépresseur et préconisait un traitement par Remeron, connu pour son action bénéfique sur le sommeil.

Dans un avis SMR du 27 octobre 2009, le Dr F. _____ relevait que l'évolution oncologique était favorable, sans évidence de récurrence et que, selon le Dr P. _____, il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée en relation avec la cholécystectomie. Il estimait par conséquent que l'assuré avait retrouvé les capacités qui étaient les siennes avant l'intervention dès le 7 septembre 2009, date du dernier contrôle effectué par l'oncologue.

Par projet de décision du 8 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en considérant que les mesures d'instruction avaient permis de constater que l'évolution oncologique était favorable, sans évidence de récurrence, qu'il n'y avait aucune incapacité de travail de longue durée en relation avec la cholécystectomie, que de ce fait la capacité de travail de l'assuré était estimée totale dès le 7 septembre 2009 et que, dans la mesure où l'assuré n'avait pas subi d'incapacité de travail d'une année au moins, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

Le 4 janvier 2010, l'assuré s'est opposé au projet de décision du 8 décembre 2009 en faisant valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis qu'il avait été opéré d'une cholécystectomie pour un adénocarcinome invasif de la vésicule biliaire, qu'il souffrait toujours de douleurs au niveau de l'hypochondre droit et d'une fatigue permanente. Il relevait en outre qu'il était traité depuis de nombreuses années pour un diabète, pour une HTA et pour des douleurs lombaires chroniques. Il indiquait qu'il allait demander à ses médecins traitants d'établir des rapports médicaux à l'attention de l'OAI.

Sans attendre la fin du délai imparti à l'assuré pour produire les rapports médicaux annoncés dans son opposition, l'OAI a, par décision du 10 février 2010, confirmé son projet de refus de rente.

Le 4 mai 2010, l'OAI a écrit à l'assuré en ces termes :

"(...)

En date du 1^{er} avril 2010, nous avons reçu un courrier du Dr G._____ daté du 30 mars 2010 ainsi qu'un certificat du Dr P._____ indiquant que vous étiez toujours suivi à sa consultation. Ces documents ont été présentés au service médical régional (SMR) qui maintient sa position et qui confirme qu'il n'y a aucune incapacité de travail de longue durée en relation avec l'atteinte oncologique et que votre capacité de travail est entière dès le 7 septembre 2009.

(...)

Au vu de ce qui précède, notre position exprimée dans le préavis du 8 décembre 2009 se doit d'être entièrement confirmée.

Par conséquent, nous vous remettons, en annexe, une décision formelle de refus de rente contre la quelle vous pourrez recourir dans les 30 jours auprès du Tribunal cantonal."

L'assuré n'ayant pas recouru contre la décision du 4 mai 2010, celle-ci est entrée en force.

C. Le 12 octobre 2011, le Dr G._____ a transmis à l'OAI les derniers rapports médicaux en sa possession en indiquant que l'assuré avait été opéré le 3 novembre 2011 (recte réd. : 2010) pour une maladie occlusive aorto-iliaque avec sténose serrée des deux artères iliaques externes. Il précisait qu'un pontage aorto-bi-fémoral avec dilatation et stenting de l'artère fémorale superficielle droite avait été effectué avec mise en place d'un stent, que les suites de l'opération avaient été

compliquées par une infection de la plaie opératoire et une hémorragie sur prothèse aorto-bi-fémorale infectée, que l'assuré avait été réopéré le 30 juillet 2011 pour le remplacement de la prothèse aorto-bi-fémorale ainsi que le 31 juillet suivant pour hémostase et réfection de l'anastomose du pontage aorto-bi-fémoral et qu'il était sorti de l'hôpital le 2 septembre 2011.

Dans un avis SMR du 24 octobre 2011, le Dr F. _____ estimait que "l'opération du 3 novembre 2011 (?)" constituait un fait nouveau qui devait être instruit.

Le 26 octobre 2011, l'OAI a transmis à l'assuré un formulaire de nouvelle demande de prestations AI que celui-ci a renvoyé, dûment complété, le 6 novembre 2011.

Dans un rapport médical du 21 novembre 2011, le Dr G. _____ indiquait que l'état de santé de son patient s'était aggravé et posait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une maladie occlusive aorto-iliaque avec sténose serrée des deux artères iliaques externes, une sténose de 70 % dans l'artère fémorale superficielle droite ainsi que des lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5. Le médecin traitant exposait que son patient se plaignait d'une claudication bilatérale avec un périmètre de marche à environ 200 mètres à plat et que le dernier contrôle du 26 octobre 2011 au service d'angiologie du Centre hospitalier U. _____ (ci-après : U. _____) avec doppler artériel des membres inférieurs et épreuve d'effort avaient montré des pontages perméables. Il précisait qu'en raison de l'infection des plaies opératoires résistante aux antibiotiques, un traitement de Klacide à raison de 1 fois 500 mg par jour avait été prescrit à vie. Il estimait l'incapacité de travail de son patient totale pour une durée indéterminée. Sur la feuille annexe relative à la description des limitations fonctionnelles, le Dr G. _____ indiquait toutefois que son patient avait une capacité résiduelle de travail de 50 %, à raison de 4 heures quotidiennes dans une activité professionnelle pouvant s'exercer en position assise seulement. Parmi les rapports médicaux joints au rapport du Dr G. _____ figurent :

- Un courrier du 27 octobre 2011 adressé au médecin traitant par la Dresse R._____, médecin adjointe de la Consultation d'angiologie ambulatoire du U._____, qui indique que l'épreuve de marche sur tapis roulant a permis d'éliminer une étiologie artérielle à la symptomatologie douloureuse des membres inférieurs présentée par l'assuré et que celle-ci relève plus d'une atteinte neurologique que vasculaire.
- Un courrier du 15 novembre 2011 adressé au médecin traitant par le Dr K._____, médecin associé auprès du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du U._____, qui relève notamment ce qui suit :

"Actuellement, le patient se plaint essentiellement d'une claudication intermittente des deux membres inférieurs surtout en montée après 300-400 m. Il a eu un bilan angiologique à la PMU qui a permis d'exclure une atteinte artérielle à l'origine de cette douleur des membres inférieurs.

Dans ce contexte, je prévois d'effectuer un électromyogramme afin d'évaluer les éventuelles étiologies neurologiques à cette douleur relativement invalidante chez votre patient.

Par ailleurs, il se plaint d'une asthénie chronique relativement importante avec un manque d'entrain significatif. Il est actuellement en demande d'AI pour des problèmes de dos qui seront probablement soutenus par un status post-opératoire.

De plus, le patient m'a signalé des douleurs aiguës basi-thoraciques G systématisées sans irradiation survenant essentiellement à l'effort en montée. Ces douleurs lui sont apparues quelques fois.

J'ai donc prévu un bilan cardiologique (...)."

- Un courrier du 2 novembre 2011 adressé au médecin traitant par les Drs V._____ et E._____, respectivement chef de clinique et médecin associé auprès du Service des maladies infectieuses du U._____, dans lequel ils indiquaient avoir reçu l'assuré à leur consultation le 19 octobre 2011. Ils estimaient que l'évolution était favorable, dès lors qu'il n'y avait pas de symptômes locaux ni systémiques. Ils relevaient que leur patient décrivait une fatigue et surtout des douleurs bilatérales aux mollets lors de marches de 500 mètres ou en montées. Ils soulignaient en outre notamment ce qui suit :

"Nous revoyons M. Z._____ en contrôle d'un traitement au long cours d'une probable infection de prothèse vasculaire à mycobactéries atypiques. Vu que la stérilité de la nouvelle prothèse n'est pas garantie (remplacement dans l'urgence, sans traitement antibiotique ciblée), il faudra prévoir un traitement à vie par un

macrolide. A ce propos, il serait important de suivre la toxicité des médicaments, en particulier au niveau hépatique et cardiaque (QT long) et de retenir le risque d'interaction au niveau de l'inhibition du cytochrome. Nous proposons un contrôle de laboratoire aux 3 mois. Nous avons également prévu un CT de l'abdomen en décembre et nous allons revoir le patient par la suite. En cas de bonne évolution, le PAC devra aussi être retiré.

En raison d'une claudication bilatérale, après discussion avec le Dr K. _____, nous adressons le patient à la consultation d'angiologie de la PMU."

Le 13 janvier 2012, le Dr P. _____ a indiqué au médecin traitant de l'assuré qu'il avait reçu celui-ci à sa consultation pour un contrôle oncologique, qu'il n'avait pas constaté de symptôme d'appel, en particulier pas de douleur abdominale ni de trouble du transit. Après avoir relevé une nette prise pondérale à 95 kg (87 kg au début du mois d'octobre précédent, un examen cardiovasculaire sommaire dans les normes, une tension 150/90 mmHg, un pouls 72/min régulier, un abdomen sans masse ni organomégalie, une palpation indolore, des poumons sans particularité et une absence d'adénopathie périphérique, le Dr P. _____ a informé le Dr G. _____ que, compte tenu d'une affection oncologique remontant à un peu plus de 3 ans, sans récurrence, chez un patient régulièrement suivi par divers spécialistes, il avait décidé, d'entente avec l'intéressé, de renoncer au contrôle oncologique de routine.

Dans un avis SMR du 17 janvier 2012, le Dr F. _____ indiquait que, compte tenu de l'aspect juridique de l'ensemble du dossier et de l'absence de description cohérente et synthétique des limitations fonctionnelles, la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne lui paraissait judicieuse, le soin étant laissé à l'expert de décider si un consilium neurologique était nécessaire.

Par lettre du 18 janvier 2012, les Drs V. _____ et E. _____ ont informé le médecin traitant de l'assuré qu'ils avaient revu l'assuré à la consultation spécialisée d'infectiologie les 14 novembre 2011 et 18 janvier 2012. Ils rapportaient que l'assuré décrivait notamment une fatigue persistante ainsi que quelques épisodes de vomissements avec nausées lorsque la clarithromycine était prise à jeun. Au status, ils mentionnaient un bon état général, un poids de 93 kg, une tension artérielle de 138/79

mmHg, un pouls de 72/mn, un patient afébrile, un abdomen souple, une cicatrice de laparotomie sans particularité à la palpation des quadrants inférieurs, une tuméfaction à la partie distale de la cicatrice inguinale droite connue, des pouls palpables aux pieds et l'absence de souffle vasculaire. Relevant que, 4 mois après la dernière intervention, le patient ne présentant aucun signe de récurrence, ils proposaient de retirer le "PAC", qui représentait un risque infectieux supplémentaire. Ils indiquaient encore que l'imagerie montrait une diminution des collections péri-prothétiques et que l'assuré était très motivé à poursuivre le traitement antibiotique à vie, malgré quelques intolérances digestives. A ce sujet, ils précisaient ce qui suit :

"Compte tenu de la présence d'un QT long et du profil de sensibilité attendu du *Mycobacterium smegmatis* (cf. Griffith et al, Am J Resp Crit Care Med 2007), nous décidons (après discussion avec le Dr. [...], qui a suivi le patient lors de ses hospitalisations en chirurgie septique) de remplacer la clarithromycine par une combinaison de doxycycline et cotrimoxazole pour une durée de 3 mois, avec par la suite un traitement de doxycycline au long cours. Nous reverrons le patient dans 2 semaines pour évaluer la tolérance clinique et biologique du nouveau traitement (...). En cas de mauvaise tolérance intestinale, la dose de cotrimoxazole pourra être réduite à 1 cp 2-3x/jour.

Concernant le suivi de l'infection, nous ne prévoyons pas de nouvelle imagerie en l'absence de nouveau symptôme, vu qu'il n'y a aucune indication à une révision chirurgicale uniquement sur la base de signes infectieux radiologiques, comme une collection."

Le 23 janvier 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait confié un mandat d'expertise au Dr O. _____, spécialiste en médecine interne. La communication précisait que, pour des motifs pertinents, l'assuré pouvait, par requête écrite dans un délai de dix jours, demander la récusation de l'expert désigné.

Par lettre du 2 février 2012, la Dresse R. _____ a informé le médecin traitant de l'assuré qu'elle avait reçu ce dernier à la consultation d'angiologie pour contrôle après 6 mois d'un pontage aorto-bifémoral avec thromboembolctomie peropératoire du MID, pour ischémie aiguë. Elle indiquait avoir pratiqué un doppler artériel des membres inférieurs et un échodoppler artériel des membres inférieurs et concluait que l'état

vasculaire était stable et le pontage perméable. Elle proposait de revoir l'assuré pour un contrôle à 6 mois, soit à 1 an de l'intervention.

Le 6 mars 2012, les Drs E. _____ et V. _____ ont informé le Dr G. _____ qu'ils avaient revu l'assuré à leur consultation spécialisée d'infectiologie le 22 février 2012. Ils indiquaient que, suite à l'introduction du nouveau traitement de co-trimoxazole et de doxycycline, le patient avait présenté des nausées importantes nécessitant la prise quotidienne de Pimpéran, mais qu'après qu'ils avaient réduit de moitié la dose de co-trimoxazole, les nausées étaient désormais tolérables et le patient ne prenait plus le Pimpéran que de manière occasionnelle. L'assuré n'avait pas d'autre plainte, hormis la fatigue. Ils relevaient en outre ce qui suit :

"Comme mentionné dans notre dernier courrier, nous prévoyons de poursuivre la bithérapie contre le *Mycobacterium smegmatis* pour une durée de 3 mois, soit jusqu'au 19.04.2012. Grâce à la réduction de la dose, le co-trimoxazole est maintenant mieux toléré. A noter que nous n'avons pas de signe de laboratoire pour une hépatite qui expliquerait les symptômes digestifs du patient.

Avant d'arrêter le co-trimoxazole, nous reverrons le patient en consultation et nous effectuerons un CT abdominal. Il est vrai qu'il n'y a plus aucune indication à une révision chirurgicale mais la persistance d'une collection justifierait la poursuite de la bithérapie plus longtemps. La doxycycline sera ensuite poursuivie au long cours.

Nous proposons au Dr K. _____ qui suit le patient du point de vue vasculaire d'effectuer l'ablation du PAC dans les prochains mois, ceci afin d'éviter une surinfection par voie hématogène. "

Le 2 mai 2012, le Dr O. _____ a rendu son rapport d'expertise. Il en ressort notamment les éléments suivants :

"5. Diagnostic

5.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Lombalgies chroniques discopathies étagées (M47.87) (dès 1993).
- Maladie occlusive aorto-iliaque (17022) (novembre 2010).
- Status après pontage aorto-bi-fémoral et stent de l'artère fémorale superficielle droite (03.11.2010).
- Status après multiples débridements inguinaux bilatéraux.
- Status après cure d'un pseudo-anévrisme fémoral bilatéral (juillet 2011).
- Remplacement de prothèse aorto-bi-fémorale pour choc hémorragique (juillet 2011).
- Réfection de l'anastomose du pontage et embolectomie poplitée droite (juillet 2011).
- Infection à *Mycobacterium smegmatis* du pontage aorto-bi-fémoral.

5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome métabolique avec :
- Diabète de type II insulino-requérant.
- Obésité.
- Dyslipidémie.
- Hypertension artérielle.
- Syndrome des apnées du sommeil non appareillé.
- Status après cholécystectomie en 2008 pour adénocarcinome.
- Troubles anxio-dépressifs légers à modérés (dès 1998).

6. *Appréciation du cas et pronostic*

(...)

6.1 Rappel de l'histoire médicale

M. Z. _____ présente des lombalgies chroniques à l'origine d'un arrêt complet de ses activités professionnelles dès le mois de mai 1993. Il était alors déménageur. Il était décrit essentiellement des discopathies étagées en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une petite hernie discale L4-L5 gauche, non déficitaire. Le traitement est donc resté conservateur et la symptomatologie non évolutive. En 2004, il était mis en évidence une autolimitation manifeste avec présence des signes de non organicité. Pour ce tableau de lombalgies communes avec irradiation fessière gauche, il était logiquement considéré qu'un métier de travail de force était contre-indiqué. En revanche, dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise debout, évitant l'antéflexion prolongée répétitive et les charges supérieures à 10 kg à 15 kg, la capacité de travail restait exigible à 100%. M. Z. _____ n'a pas présenté de complications depuis lors en rapport avec ses lombalgies. Il ne fait pas état de traitement depuis 5 ou 6 ans et ne signale pas de blocages lombaires ou de sciatalgies handicapantes. Il n'y a plus eu de nouveaux bilans radiologiques.

On peut ainsi en déduire que sur le plan des lombalgies chroniques communes, la situation est restée stable durant ces dernières années et que les diverses appréciations effectuées auparavant, concernant l'activité exigible, gardent toute leur validité.

Le 31.12.2008, alors qu'il séjourne à Tuzla, il bénéficie d'une cholécystectomie par laparotomie. Il est mis en évidence un adénocarcinome invasif de la vésicule biliaire, stade pT1b, G2. Il n'y a pas eu de traitement adjuvant et l'affection oncologique est restée non évolutive jusqu'à actuellement à plus de 3 ans sans récurrence, le pronostic de cette affection est favorable. Concernant cette affection, il est retenu une incapacité de travail de moins d'un mois (...).

M. Z. _____ présente une nouvelle affection à savoir une maladie occlusive aorto-iliaque à l'origine d'une claudication de stade IIB. Ces facteurs de risque sont constitués d'un tabagisme et d'un syndrome métabolique avec obésité de classe II (BMI : 35 kg/m²), d'une dyslipidémie, d'une hypertension artérielle traitée et d'un diabète de type II, insulino-requérant dès 2008.

Un bilan cardiologique de dépistage, effectué le 05.10.2010, est rassurant quant à la fonction ventriculaire, sans coronaropathie pronostique.

Il est identifié un syndrome d'apnées du sommeil léger avec index de 11,5/heure. Il n'y a pas de syndrome obstructif malgré le tabagisme.

Le 03.11.2010, il bénéficie d'un pontage aorto-bi-fémoral pour sténose de l'artère iliaque externe bilatérale, une dilatation et stenting de l'artère fémorale superficielle droite. Tout d'abord, l'évolution est simple et il retourne à domicile le 15.11.2010 puis

présente une surinfection des plaies inguinales avec fistulisation secondaire à la peau. Il est hospitalisé à l'Hôpital de [...] du 30.12.2010 au 07.01.2011 pour drainage des abcès inguinaux puis débridement inguinal bilatéral le 15.01.2011 et le 11.02.2011 avec plastie du muscle couturier à droite. Il est réhospitalisé en chirurgie septique au U. _____ du 08.03.2011 au 19.04.2011. Il est traité conservativement par antibiotiques. Un pyoderma gangrenosum est exclu et des tests épicutanés ne confirment pas une éventuelle allergie à la prothèse.

Le 30.07.2011, il est hospitalisé en urgence, présentant à nouveau deux volumineuses collections en regard de l'anastomose distale de la prothèse. Il est procédé en urgence à un débridement-drainage et pansement VAC pour pseudo-anévrisme fémoral bilatéral. En post-opératoire immédiat, il développe un choc hémorragique sur fuite au niveau du pontage entraînant le jour même, soit le 30.07.2011, un remplacement de prothèse aorto-bi-fémorale. Le 31.07.2011, il présente un nouveau choc hémorragique sur fuite anastomotique accompagné d'une ischémie aiguë du membre inférieur droit sur thrombo-embolie de l'artère poplitée. Il est procédé le 31.07.2011 à une réfection de l'anastomose proximale du pontage aorto-bi-fémoral, à une embolectomie poplitée droite ainsi qu'à la réfection des VAC inguinaux. Les VAC inguinaux ont été fermés le 24.08.2011. Les cicatrices sont propres et M. Z. _____ peut retourner à domicile le 02.09.2011. Il est soupçonné une possible infection à *Mycobacterium smegmatis* du pontage aorto-bi-fémoral et il est, depuis lors, traité par antibiotique de Doxycycline 100 et de Co-Trimoxazole. Ce traitement a été moyennement toléré avec des nausées et prévu jusqu'à mi-avril 2012 à condition que le CT scan confirme la bonne évolution clinique, sans collection péri-prothétique.

Du fait de l'infection vraisemblable de la prothèse, le traitement de Doxycycline sera poursuivi au long cours.

Au cours du choc hémorragique, il est relaté un arrêt cardio-respiratoire fort heureusement bien récupéré, sans séquelle annoncée.

Ainsi et du fait de l'affection artérielle, il apparaît que M. Z. _____ a présenté une incapacité de travail à 100% du 03.11.2010 (date de l'opération) au 19.10.2011. En effet, nous disposons à cette date d'un rapport du Dr E. _____ qui indique que l'évolution est favorable, sans symptômes locaux, ni systémiques. Il décrit une fatigue rapportée de longue date par M. Z. _____ confirmée par le Dr P. _____ et le médecin traitant, le Dr G. _____ lequel atteste un état de fatigue en octobre 2008. Il continue de se plaindre d'une claudication intermittente évaluée à 200 mètres à plat. Pourtant, le 26.10.2011, le pontage est déclaré perméable par la Dresse R. _____, angiologue. Le contrôle angiologique, 6 mois après l'intervention, soit le 25.01.2012, est toujours favorable avec un pontage perméable n'expliquant pas la claudication bilatérale avec périmètre de marche limité à 200 mètres.

6.2 Situation actuelle

M. Z. _____ annonce actuellement une baisse de l'état général. Il fait état d'une fatigabilité exagérée laquelle est présente depuis plusieurs années et en tout cas depuis octobre 2008, soit antérieure à la cholécystectomie. Il se plaint de troubles de l'humeur intermittents, d'irritabilité et d'un manque d'élan vital guère influencés par un traitement de Remeron et de Zolpidem. Les nuits sont bonnes. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique spécialisé.

Il n'a pas de plaintes concernant le syndrome métabolique. L'hypertension est annoncée compensée. Des épisodes d'oppressions thoraciques ne reçoivent pas de substrat cardiologique, un récent bilan étant revenu normal. Le diabète est équilibré avec des hémoglobines glyquées assez proches de la cible. La créatinine est dans la norme. Il n'y a pas d'anémie et la CRP est normale.

Actuellement, l'antibiothérapie est relativement bien tolérée avec parfois des nausées mises sur le compte du traitement de Bactrim et la diminution de ce traitement a permis une amélioration de la symptomatologie.

Enfin, il se plaint de lombalgies en barre avec irradiations fessières plutôt bilatérales, sans changement appréciable depuis des années.

L'examen clinique est plutôt rassurant, trouvant un assuré en bon état général, afebrile et sans adénopathie. Il n'y a pas de tuméfaction inguinale suspecte. Les pieds sont bien chauds, sans troubles trophiques. Les pouls sont palpés. Il n'y a pas de signes d'insuffisance cardiaque gauche ou droite. L'examen neurologique ne met pas en évidence de souffrance radiculaire ou plexulaire.

Dans ces conditions, un avis neurologique spécialisé complémentaire n'est pas requis.

S'agissant du problème oncologique, il n'est pas trouvé d'élément suggestif d'une poursuite évolutive du cancer vésiculaire tant clinique que biologique ou sur la base des CT scans rapportés durant ces derniers mois.

Il est à relever que sur le plan psychiatrique, M. Z. _____ a été examiné au courant de l'automne 2008 à la Fondation C. _____, sans diagnostic précis porté et dont le traitement s'est terminé le 29.10.2008. La description des troubles est très proche de celle identifiée lors de l'expertise de 2004 où il était conclu à un état dépressif, d'intensité moyenne, dans le cadre d'une personnalité borderline avec traits abandonniques sans répercussion sur la capacité de travail.

A l'évidence, la situation n'a pas évolué depuis lors.

6.3 Limitations fonctionnelles

L'affection intercurrente, à savoir la maladie occlusive aorto-iliaque, a ainsi justifié une incapacité totale du 03.11.2010 au 19.10.2011. L'évolution somme toute favorable laisse supposer qu'une activité exigible dans une activité adaptée est à nouveau possible dès le 20.10.2011. Bien entendu, la poursuite du traitement reste indispensable et celui-ci est suffisamment bien toléré (antibiothérapie) et ne permet pas de retenir de baisse de rendement.

Le syndrome métabolique ne détermine pas d'incapacité de travail actuellement même si le pronostic, à moyen terme, est plutôt réservé chez cet assuré qui poursuit son tabagisme malgré les complications présentées. Nous avons également constaté que la dyslipidémie était mal contrôlée. Pour autant, et en l'absence de symptôme handicapant, il n'est pas retenu d'incapacité de travail.

Quant à la claudication intermittente présentée, sous forme de douleurs lombaires avec irradiations fessières après 200 ou 300 mètres, elle est à situer probablement dans le contexte des lombalgies chroniques avec discopathies non déficitaires pour lesquelles les limitations fonctionnelles ont déjà été décrites par le passé. Ces limitations gardent toute leur actualité et peuvent être consignées comme suit :

- Port de charges uniquement légères.

- Activité permettant le changement de posture.
 - Activité évitant l'antéflexion prolongée et répétitive.
- Une activité industrielle légère, semi-sédentaire peut être considérée comme adaptée."

Dans ses réponses aux questions posées par l'OAI, l'expert a relevé que la capacité de travail dans une activité adaptée, telle celle de petite mécanique à l'établi, était entière, sans diminution de rendement. Il a également précisé que, si l'on se référait aux échecs successifs des mesures de réadaptation, de reclassement ou d'aide au placement, de telles mesures n'étaient pas envisageables.

Dans un avis SMR du 27 juin 2012, le Dr F. _____ relevait que l'expertise du Dr O. _____ reflétait fidèlement l'histoire médicale de l'assuré et que ses plaintes (mal-être avec fatigue, douleurs des cuisses, constrictions thoraciques et de palpitations, lombalgies en barre et discrète hypo-dysesthésie des orteils) avaient été entendues, que le status clinique était rassurant dans son ensemble, et la vascularisation des membres inférieurs satisfaisante. Il soulignait également le fait qu'il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque, que l'examen neurologique n'avait pas montré de souffrance radiculaire et que l'état psychique ne semblait pas avoir changé depuis 2008. Il estimait ne pas avoir de raisons de s'écarter des conclusions de l'expertise, à savoir une capacité de travail exigible à 100 % dès le 20 octobre 2011 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge uniquement légères, alternance des positions possible, pas d'antéflexion ni de porte-à-faux prolongés et répétitifs du tronc.

Par projet de décision du 18 juillet 2012, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré toute rente d'invalidité pour le motif que celui-ci n'avait pas subi d'incapacité de travail d'une année au moins en raison de la maladie occlusive aorto-iliaque et qu'il disposait, depuis le 20 octobre 2011, d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 14 septembre 2012, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI en faisant valoir que son état de santé ne s'était pas

amélioré, qu'il était toujours suivi au Service des maladies infectieuses du U. _____ pour une infection de prothèse aorto-bi-fémorale et des plaies opératoires. Il expliquait être sous traitement antibiotique à vie et indiquait qu'au dernier scanner de contrôle, une persistance de collection liquidienne péri-prothétique inguinale gauche avait été constatée. Il annonçait la production d'un certificat médical établi par le Dr V. _____ (réd. : chef de clinique auprès du Service des maladies infectieuses du U. _____). Enfin, l'assuré exposait être toujours suivi à la consultation d'oncologie de la [...] pour un carcinome vésiculaire et sous traitement depuis de nombreuses années pour un diabète, une HTA et des douleurs lombaires chroniques. Il concluait que, dans son état de santé actuel, il était en incapacité de travail pour une durée qui restait encore indéterminée. Dans le certificat médical établi le 2 août 2012 à la demande de l'assuré par le Dr V. _____, celui-ci relevait en particulier ce qui suit :

"Nous suivons M. Z. _____ à la consultation ambulatoire des maladies infectieuses depuis sa sortie d'hôpital en septembre 2011. Auparavant, il avait été suivi par la consultation spécialisée de chirurgie septique, également intégrée dans le Service des maladies infectieuses. Le patient présente une infection du pontage aorto-bi-fémoral, documentée par une fistule avec la peau, avec plusieurs récurrences depuis le premier traitement début 2011. Lors de la dernière révision chirurgicale en juillet 2011, un Mycobacterium smegmatis a été mis en évidence par PCR, mais pas par culture. Nous ne pouvons donc pas être sûrs du rôle pathogène de ce germe dans cette infection. En post opératoire, nous avons poursuivi un traitement antibiotique dirigé contre la mycobactérie mise en évidence et aussi contre d'éventuels autres germes non documentés mais souvent associés avec des infections de prothèses (staphylocoques, entérocoques, Propriobacterium acnes). Compte tenu de la sévérité de l'infection, des nombreuses récurrences et des risques associés à une nouvelle récurrence (lâchage d'anastomose vasculaire, hémorragie pouvant être mortelle), nous allons proposer un traitement antibiotique à vie. Signalons que le traitement antibiotique en cours est absolument essentiel et par ailleurs mal toléré par le patient avec nausées et vomissements fréquents. Cependant, il n'y a pas d'alternative. Il décrit également une fatigue très importante qui pourrait être associée à son traitement antibiotique comme à une persistance de l'infection, comme démontré par les CT qui montrent une persistance de collection liquidienne péri-prothétique inguinale gauche."

Dans un avis SMR du 9 octobre 2012, le Dr F. _____ estimait que les éléments ressortant du certificat médical du Dr V. _____

(interventions vasculaires et traitement anti-infectieux encore en cours) étaient antérieurs à l'expertise du Dr O._____ et avaient déjà été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Il concluait que l'opposition de l'assuré n'était fondée sur aucun élément médical nouveau de nature à modifier la position de l'OAI.

Par décision du 6 novembre 2012, l'OAI a confirmé le projet de décision du 18 juillet 2012. Dans la lettre de motivation du même jour accompagnant la décision, il reprenait à son compte les conclusions de l'avis SMR du 9 octobre précédent.

D. Par acte de son conseil, Me Laurent Schuler, avocat à Lausanne, du 12 décembre 2012 Z._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 6 novembre 2012. Il conclut principalement à la réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité d'un degré que justice dira lui est allouée à compter du mois de mai 2012. Subsidiairement, il conclut à l'octroi de mesures de réadaptation. Le recourant conteste la conclusion du rapport d'expertise du Dr O._____ selon laquelle il aurait retrouvé une capacité de travail complète dans une activité semi sédentaire dès le 20 octobre 2011 à la suite de la maladie occlusive aorto-iliaque pour laquelle il a été opéré le 3 novembre 2010. Il se prévaut de trois avis médicaux soit, en ce qui concerne les lombalgies, sur une expertise réalisée par le COMAI le 19 mars 2004 qui conclut à une capacité de travail de 50 %, en ce qui concerne son état général (lombalgies chroniques et maladie occlusive aorto-iliaque notamment), sur l'avis de son médecin traitant le Dr G._____ (cf. rapport médical du 21 novembre 2011), qui conclut à une incapacité totale de travail de durée indéterminée, enfin, concernant les suites infectieuses de l'intervention chirurgicale liée à sa maladie occlusive aorto-iliaque, sur les rapports des Drs V._____ et E._____ du Service des maladies infectieuses du U._____ (cf. rapports médicaux des 18 janvier, 6 mars et 2 août 2012), qui ne se prononcent pas sur la capacité de travail de leur patient mais dont il ressort que l'infection dont celui-ci souffre depuis l'intervention du 3 novembre 2010 n'est toujours pas guérie. Dans un second grief, le

recourant conteste, de façon générale, la valeur probante du rapport d'expertise du Dr O._____, mettant en doute l'indépendance de l'expert. Il fait valoir que ce dernier effectue très régulièrement des expertises pour le compte de l'OAI, fait dont il semble déduire une prétendue dépendance économique envers l'office, laquelle se répercuterait sur son impartialité. En outre, le recourant prétend que le Dr O._____ lui aurait demandé avec insistance pourquoi il restait en Suisse et ne retournait pas dans son pays d'origine, remarques qui dénoteraient un parti pris en défaveur du recourant. Enfin, il a l'impression d'avoir été peu écouté lors de la consultation par le Dr O._____, qui aurait minimisé ses plaintes. Il en tire comme conclusion que l'expert avait une idée préconçue sur son dossier. Le recourant fait valoir que le droit à la rente prendrait naissance au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations et que celui-ci prendrait donc naissance au mois de mai 2012. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à un expert indépendant qui devra déterminer le taux de l'incapacité de travail en lien avec les lombalgies et la problématique infectieuse.

Par décision du 19 décembre 2012, la Juge instructeur de la Cour de céans a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire requise, avec effet au 21 novembre 2012 (exonération d'avances, des frais judiciaires et assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Schuler) et astreint l'intéressé à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 31 janvier 2013, à verser auprès du Service juridique et législatif.

Dans sa réponse du 31 janvier 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en précisant qu'il n'avait rien à ajouter à la décision entreprise qu'il ne pouvait que confirmer.

Le 11 février 2013, le recourant a sollicité un délai au 15 mars 2013 pour produire un questionnaire médical rempli par les services compétents du U._____, délai ultérieurement prolongé et dont il n'a pas fait usage.

Le 10 décembre 2013, la Juge instructeur de la Cour de céans a informé les parties que, sous réserve d'un complément d'instruction qui serait ordonné par ses soins, la cause paraissait en état d'être jugée. Elle a précisé que, sans réquisition d'ici au 13 janvier 2014, il serait passé au jugement en temps voulu.

E. Le 29 juillet 2014, le conseil d'office du recourant a produit la liste détaillée de ses opérations pour la période allant du 21 novembre 2012 au 29 juillet 2014, en précisant que, sur les onze heures consacrées à ce mandat, quatre l'avaient été par une avocate-stagiaire. Il a comptabilisé ses débours à 62 fr. 10, frais d'envois postaux compris.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2

al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, envoyée sous pli B le 7 novembre 2012, a été reçue par le recourant le 12 novembre 2012. Cela étant, il y a lieu de constater, qu'interjeté le 12 décembre 2012, le recours a été déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales de forme (art. 61 let. b LPGA) et est donc recevable.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite du dépôt, le 12 octobre 2011, d'une nouvelle demande de prestations (courrier du Dr G. _____ du 12 octobre 2011 faisant part à l'OAI de la nouvelle pathologie de son patient) sur laquelle l'intimé est entré en matière. L'OAI a rejeté la nouvelle demande en considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis sa décision du 4 mai 2010 et que la durée de l'incapacité totale de travail, inférieure à 1 année, ne lui ouvrait pas le droit à une rente. Pour ce faire, il s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise de médecine interne du Dr O. _____ du 2 mai 2012, qui admet, en raison de l'intervention chirurgicale effectuée le 3 novembre 2010 et des suites opératoires, une incapacité totale de travail du 3 novembre 2010 au 19 octobre 2011, mais conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant dès le 20 octobre 2011.

A titre subsidiaire, le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation. Or, dès lors que la décision litigieuse ne porte que sur le droit à une rente d'invalidité, cette conclusion subsidiaire, hors litige, est irrecevable.

3. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 (art. 8 al. 1 LPGA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, 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 (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

4. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

ont subi un changement important (TFA I 408/05 arrêt du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

b) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment du dépôt de la nouvelle demande par l'assuré, le 12 octobre 2011.

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI 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 (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 117 V 200 consid. 4b et les références; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

c) Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, 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. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108; 130 V 75, consid. 3.2). Si elle 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 (TFA I 238/03, consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 114, consid. 2b; TFA, I 490/03, arrêt du 25 mars 2004, consid. 2.1).

5. a) 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 (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

6. a) A titre liminaire, il faut constater que le présent recours est dirigé contre la décision du 6 novembre 2012 de l'intimé niant le droit du recourant à une rente. Cette décision fait suite à la troisième demande de prestations d'invalidité déposée en octobre 2011 par le médecin traitant de l'assuré, le Dr G._____, qui faisait état de l'existence d'une nouvelle pathologie (maladie occlusive aorto-iliaque) entraînant une dégradation de l'état de santé de son patient. Cela étant, pour déterminer s'il y a eu péjoration de l'état de santé du recourant avec effet sur sa capacité de travail modifiant le degré d'invalidité, il faut comparer la situation médicale actuelle avec celle prévalant au moment où l'OAI a rendu sa dernière décision relative à l'octroi d'une rente, soit celle du 4 mai 2010. A l'époque, le SMR (avis du Dr F._____ du 27 octobre 2009) avait considéré que le développement d'un adénocarcinome invasif de la vésicule biliaire - opéré le 31 décembre 2008 - n'avait pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée et que l'évolution oncologique était favorable, de sorte que l'assuré avait retrouvé la capacité de travail qui était la sienne avant l'apparition de cette pathologie au plus tard le 7 septembre 2009, date du dernier contrôle effectué par l'oncologue. Pour rappel, la capacité de travail du recourant avant l'apparition de cette nouvelle pathologie avait été jugée totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles résultant de lombosciatalgies chroniques (décision sur opposition de l'OAI du 12 mars 2008 entrée en force).

b) En premier lieu, le recourant soutient que l'expertise du 2 mai 2012 du Dr O._____ n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence dans la mesure où ses conclusions quant à la capacité de travail du recourant sont en contradiction avec d'autres rapports médicaux au dossier. Il fait plus particulièrement grief à l'expert de ne pas avoir tenu compte du fait que, dans son rapport du 14 septembre 2004, le COMAI avait estimé que la capacité de travail exigible était de 50 % dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ni de l'avis médical de son médecin traitant le Dr G. _____ qui, dans son rapport médical du 21 novembre 2011, indiquait que l'incapacité de travail de son patient était totale, ni enfin des rapports médicaux des Drs E. _____ et V. _____ (rapports des 18 janvier 2012, 6 mars 2012 et 2 août 2012) dont il ressort que l'infection de la prothèse vasculaire persiste, alors que l'expert retient que "les problèmes artériels au sens larges, sont résolus en date du 19 octobre 2011". Ce faisant, le recourant s'en prend à l'évaluation de la capacité de travail en lien avec les lombalgies chroniques sur discopathies, avec la maladie occlusive aorto-iliaque avec sténose de 70 % dans l'artère fémorale superficielle droite et la persistance de l'infection de la prothèse vasculaire avec collections péri-prothétiques (cf. mémoire de recours p. 5 à 8).

ba) En ce qui concerne la capacité de travail liée aux lombosciatalgies, l'expert Dr O. _____ a rapporté les plaintes de l'assuré (lombalgies en barre avec irradiations fessières plutôt bilatérales), tout en relevant que celui-ci n'avait pas fait état de complications depuis l'évaluation effectuée par le COMAI de Genolier en 2004, ni d'un traitement depuis 5 ou 6 ans ni encore n'avait signalé de blocages lombaires ou de sciatalgies handicapantes. Considérant qu'il n'y avait pas eu de nouveaux bilans radiologiques, il a estimé que, sur le plan des lombalgies chroniques communes, la situation était restée stable durant ces dernières années, de sorte que les diverses appréciations effectuées auparavant concernant l'activité exigible gardaient toute leur validité. En conséquence, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (avec port de charges légères uniquement, permettant le changement de posture et évitant l'antéflexion prolongée et répétitive). Contestant cette appréciation, le recourant se prévaut des conclusions du rapport d'expertise COMAI du 19 mars 2004, qui retenait une capacité de travail de 50 % dans un travail léger, sans port de charges supérieures à 10 kg et avec alternance de position debout et assise. Ce faisant, il perd de vue le complément d'expertise du 16 septembre 2004 qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (permettant l'alternance

des positions assise et debout, évitant l'antéflexion prolongée ou répétitive et les charges supérieures à 10-15 kg). Or, les conclusions de ce complément de rapport d'expertise COMAI ont été reprises telles quelles par l'OAI pour fonder sa décision sur opposition du 12 mars 2008 contre laquelle l'assuré n'a pas déposé de recours et qui est par conséquent entrée en force. Au demeurant, la Cour de céans relève, d'une part que le recourant admet lui-même que ses douleurs dorsales n'ont pas empiré (cf. mémoire de recours, p. 5), d'autre part qu'aucun rapport médical postérieur au 12 mars 2008, voire au 2 mai 2010 - date de la dernière décision de l'OAI - n'indique que l'atteinte lombaire se serait aggravée ou qu'elle entraînerait de nouvelles limitations fonctionnelles qui auraient des répercussions sur la capacité de travail. L'avis du Dr G. _____ sur ce point diverge certes, puisqu'en 2009 (rapport médical du 22 septembre 2009), il considérait que son patient ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50 % à raison de 4 heures par jour dans une activité permettant la position assise ou la rotation en position assise/debout et qu'en 2011 (rapport médical du 21 novembre 2011), il semblait considérer que l'incapacité de travail du recourant était totale, tout en indiquant sur l'annexe au rapport médical que la capacité de travail exigible était de 50 % à raison de 4 heures par jour dans une activité sédentaire uniquement. Peu importe toutefois, l'appréciation du médecin traitant du recourant ne constitue qu'un avis divergent relatif à une situation médicale identique (et stable depuis 2004 au moins; cf. aussi ATF 112 V 371 consid. 2b excluant une révision en raison d'une appréciation différente de la même situation médicale). Cette appréciation, non documentée ni motivée, ne suffit pas pour mettre en doute les conclusions de l'expert.

bb) S'agissant de l'occlusion aorto-iliaque, l'expert a constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail à 100 % du 3 novembre 2010 (date de l'intervention chirurgicale avec pontage aorto-bi-fémoral pour sténose de l'artère iliaque externe bilatérale, dilatation et stenting de l'artère fémorale superficielle droite) au 19 octobre 2011. Il a exposé que le recourant avait présenté une surinfection des plaies inguinales pour laquelle il avait dû être réhospitalisé à deux reprises ainsi que des chocs hémorragiques à la suite du remplacement de la prothèse aorto-bi-

fémorale le 30 juillet 2011. Il estimait toutefois que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 20 octobre 2011. Pour retenir cette date, l'expert se référait au courrier que les Drs V._____ et E._____ avaient adressé au Dr G._____ le 2 novembre 2011, dans lequel ces praticiens indiquaient avoir reçu l'assuré à leur consultation du 19 octobre 2011, estimaient que l'évolution était favorable vu l'absence de symptômes locaux ni systémiques, tout en relevant qu'en raison d'une probable infection de la prothèse vasculaire à mycobactéries atypiques, un traitement à vie par un macrolide devait être prévu. Contestant la date retenue par l'expert pour fixer le moment où il aurait prétendument recouvré une pleine capacité de travail, le recourant soutient que le Dr O._____ n'a pas procédé à l'évaluation des effets de l'infection de la prothèse vasculaire sur sa capacité de travail, respectivement qu'il a nié que cette infection ait des effets sur sa capacité de travail. Il se prévaut à cet égard des rapports médicaux des Drs V._____ et E._____ des 18 janvier 2012 et 6 mars 2012, ainsi que du certificat médical établi le 2 août 2012 par le Dr V._____ à la demande de l'assuré.

D'emblée, la Cour de céans, à l'instar du SMR (avis du 9 octobre 2012), observe que, contrairement à ce que soutient le recourant, les éléments résultant du certificat médical établi le 2 août 2012 par le Dr V._____ à la demande de l'assuré, étaient connus par l'expert et ont été pris en compte par celui-ci dans son évaluation de la capacité de travail. Dans ce document médical, l'infectiologue atteste que l'assuré présente une infection du pontage aorto-bi-fémoral, avec plusieurs récurrences depuis le premier traitement début 2011, la mise en évidence par PCR, mais pas par culture, d'un *Mycobacterium smegmatis* et la nécessité en découlant d'instaurer un traitement par macrolide à vie. Ces éléments figuraient déjà dans le rapport médical des Drs E._____ et V._____ du 2 novembre 2011 ainsi que dans leurs rapports postérieurs des 18 janvier et 6 mars 2012. L'expert les a d'ailleurs mentionnés dans son rapport d'expertise. Il est utile de relever que l'existence d'un état infectieux et la nécessité d'un traitement antibiotique à vie n'induisent pas obligatoirement une incapacité de travail. Il n'en est d'ailleurs pas question dans aucun des rapports médicaux des infectiologues. De même, la très grande fatigue et

les problèmes de nausées et de vomissements (tolérance au traitement antibiotique) rapportés par le Dr V. _____ dans son certificat médical du 12 août 2012 étaient connus de l'expert puisque mentionnés dans les rapports médicaux des 18 janvier et 6 mars 2012 mis à sa disposition. Il discute d'ailleurs ces points. En ce qui concerne la grande fatigue, il estime que, dans la mesure où elle est attestée par le médecin traitant du recourant en 2008 déjà au moins, soit bien avant l'apparition de la maladie aorto-iliaque et de ses suites infectieuses, elle ne saurait être considérée en lien avec l'infection ou le traitement antibiotique et n'a dès lors pas à être prise en tant que telle en considération dans l'appréciation de la capacité de travail. En ce qui concerne la présence de collection liquidienne péri-prothétique inguinale gauche révélée par imagerie et signalée par le Dr V. _____ dans le certificat médical du 12 août 2012, on constate qu'au moment de la consultation au Service des maladies infectieuses du U. _____, elle était en diminution (cf. rapport médical du 18 janvier 2012) et que les infectiologues indiquaient que la persistance d'une telle collection entraînerait un prolongement de la bithérapie. Ils n'indiquaient à aucun moment que la présence d'une telle collection induisait une incapacité de travail. S'agissant de l'intolérance au traitement antibiotique entraînant des nausées et des vomissements, il y a lieu de constater qu'elle a fluctué dans le temps en fonction des molécules prescrites par les médecins. Par exemple, si on se réfère au rapport médical des Drs E. _____ et V. _____ du 18 mars 2012, on observe que ceux-ci ont dû introduire du Primpéran pour diminuer les nausées et les vomissements et qu'ils ont également réduit de moitié la dose de cotrimoxazole, de sorte que les nausées étaient désormais tolérables et que l'assuré ne prenait plus le Primpéran que de manière occasionnelle. A l'époque de l'expertise (le 23 avril 2012), le recourant a signalé à l'expert qu'il supportait moyennement le traitement antibiotique, ce qui correspond au changement de médication introduit le 18 mars précédent. Cela étant, il ne ressort nulle part des rapports médicaux des infectiologues que le traitement antibiotique serait si mal toléré qu'il entraînerait une incapacité de travail. D'ailleurs, ils ne se prononcent à aucun moment sur une éventuelle incapacité de travail. Pour autant l'expert, sur la base de ses propres constatations, des plaintes exprimées

par le recourant et en pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale du recourant, était en mesure d'apprécier la capacité de travail exigible du recourant en lien avec ses diverses pathologies. Il l'a fait, expliquant soigneusement pourquoi il ne retenait pas d'incapacité de travail pour chacune d'entre elles. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation de la capacité de travail du recourant par l'expert n'est pas en contradiction avec le contenu des rapports médicaux des Drs E. _____ et V. _____ figurant au dossier.

bc) En dernier lieu, le recourant se prévaut encore de motifs d'ordre formel, tenant à la personne de l'expert et à de prétendus a priori de ce dernier, pour contester ses conclusions. Ces griefs ne résistent pas à l'analyse. Informé en date du 23 janvier 2012 de la désignation du Dr O. _____ en tant que praticien chargé de procéder à son expertise, le recourant n'a pas fait valoir d'objections quant à ce choix. Il n'est dès lors pas fondé, au stade de la procédure judiciaire, à émettre des doutes sur la neutralité de l'expert, d'autant que des impressions individuelles ne suffisent pas, seules des circonstances constatées objectivement devant être prises en considération. En tout état de cause, le recourant n'explique pas en quoi il existerait des motifs propres à faire douter de la neutralité et de l'impartialité de l'expert. On ne saurait déduire de mandats régulièrement confiés à l'expert par l'OAI qu'il s'agit d'un motif suffisant pour retenir un manque d'objectivité et d'indépendance (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.2.1; 137 V 210 consid. 3.1; TF, 9C_67/2007 arrêt du 28 août 2007 consid. 2.4). Quant aux allégations du recourant selon lesquelles il ne se serait pas senti entendu dans ses plaintes, elles relèvent, faute d'autres éléments les corroborant, elles aussi de l'impression personnelle. L'ensemble des griefs tenant à la personne de l'expert ou à la qualité avec laquelle il a réalisé l'expertise doit être rejeté, en l'absence d'éléments concrets susceptibles de les rendre pertinents : c'est d'ailleurs en vain qu'on cherche une écriture émanant du recourant ou une note téléphonique au dossier faisant état de tels griefs dans les suites immédiates de l'expertise. Ce n'est qu'après avoir reçu la décision de l'OAI du 6 novembre 2012 rejetant sa demande de rente d'invalidité, soit dans l'acte de recours du 12 décembre 2012, que le recourant a formulé des

griefs quant à la neutralité et à l'indépendance de l'expert. Cette absence de réaction immédiate - eu égard à l'importance des reproches formulés et aux conséquences juridiques que le recourant entend en retirer - paraît pour le moins surprenante, voire douteuse sous l'angle du principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 1.01]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 132 II 485 consid. 4.3; 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1).

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport d'expertise du Dr O. _____ du 2 mai 2012 procède d'une analyse particulièrement fouillée du cas du recourant, se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes du recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées et convaincantes, de sorte que la Cour de céans les fait siennes.

Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction du point de vue médical, en ordonnant une nouvelle expertise, dès lors que celle du Dr O. _____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

d) En définitive, c'est à juste titre que l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr O. _____, a considéré que l'assuré n'avait pas été en incapacité de travail pendant une année au moins, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

b) En l'espèce, le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance et des frais de justice ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a, b et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Laurent Schuler a chiffré à 11 heures, dont quatre effectuées par sa stagiaire, le temps consacré à ce dossier pour la période du 21 novembre 2012 au 29 juillet 2014. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocat n'a été consultée qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 1'700 fr. (7 heures x tarif horaire de 180 fr. + 4 heures au tarif horaire de 110 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 21 novembre 2012. En outre, 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, il convient d'allouer à Me Schuler le montant de 62 fr. 10 qu'il réclame à titre de débours. En définitive, compte tenu de la TVA par 8 % calculée sur les honoraires proprement dits et les débours (141 fr.), l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'903 fr. 10.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 6 novembre 2012 est confirmée.
- III.** L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de conseil d'office de Me Laurent Schuler est fixée à 1'903 francs 10 (mille neuf cent trois francs et dix centimes), TVA et débours compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office supportés provisoirement par l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Schuler, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- 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 :