

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseures
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) S. _____ (ci-après aussi : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce, a fait une chute du haut de la plateforme d'un camion militaire dans le cadre de son école de recrues, en 197 [...]. Il a subi un traumatisme cranio-cérébral ainsi qu'une contusion de la colonne cervicale et a été mis au bénéfice des prestations de l'assurance militaire.

Le 6 mars 1979, l'assurance militaire a fait savoir à l'assuré que l'expertise à laquelle il avait été soumis le 7 novembre 1978 avait confirmé les conclusions émises lors de l'expertise effectuée en mars 1978, à savoir que son état actuel ne nécessitait pas de traitement et ne limitait pas sa capacité de travail, qui continuait d'être entière.

b) L'assuré a travaillé dans les assurances d'abord comme salarié, jusqu'en 2001, puis comme indépendant jusqu'en 2005. Il est sans activité depuis lors et bénéficie de l'aide sociale depuis 2006.

Le 17 février 2011, l'assuré a signalé à l'assurance militaire qu'il était suivi médicalement depuis environ 5 ans en raison de douleurs cervicales.

Le 8 avril 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'un accident qui avait eu lieu le [...] 197 [...] et d'une dépression subie en 2005-2007.

Selon l'extrait du compte individuel de l'assuré adressé le 20 avril 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'intéressé a travaillé de 1980 à 1987 auprès de V. _____, puis de 1987 à 2001 auprès de L. _____.

Dans son rapport à l'OAI du 21 avril 2011, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé le diagnostic

avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies des deux côtés depuis 197 [...] ainsi que celui de dépression, ce dernier étant sans répercussion sur la capacité de travail. Pour lui, la capacité de travail était nulle depuis le 4 janvier 2010, définitivement.

Le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de l'assurance militaire, a examiné le cas de l'assuré le 27 juin 2011. Dans sa notice du même jour, il a notamment relevé ce qui suit :

« Tous les médecins qui ont vu cet assuré ont parlé d'un cas complexe [...].

En résumé, on peut dire que l'assuré a subi en 197 [...], durant son école de recrues, une contusion ou distorsion de la colonne cervicale.

Ont persisté des douleurs sous forme de cervico-brachialgies gauches ; le Dr M._____ a effectué deux expertises (en 1978 et 1980) où il a pu mettre en évidence une légère instabilité C4-C5. A l'époque, l'assuré a présenté des douleurs et des fourmillements irradiant dans le membre supérieur gauche.

Entre 1980 et 2005, il n'y a pas de documents médicaux.

L'assuré cependant a mentionné que les douleurs ont persisté et qu'elles se sont aggravées en 2006, raison pour laquelle il a consulté à nouveau.

Les investigations consécutives (radiologies, IRM, neurochirurgiens, anesthésiste) ont permis de poser les diagnostics de syndrome cervico-vertébral sur changements dégénératifs de nature osseuse et discale.

En tenant compte de toutes ces considérations, j'arrive à la conclusion que les changements dégénératifs sont d'une part dus à l'âge (rappelons que l'assuré en présente aussi au niveau lombaire). D'autre part, ces changements sont localisés aux environs de C4-C5 où l'on a, à l'époque, décrit une certaine instabilité.

Du point de vue médical, il est donc justifié de considérer ces changements dégénératifs en partielle relation avec l'accident militaire de 197 [...].

On a diagnostiqué également une neuropathie sévère du tronc cubital au passage du coude. Il s'agit en l'espèce d'un problème local du coude au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne qui n'est pas en relation avec le rachis cervical.

Du point de vue médical, cette affection ne peut être mise en relation de causalité avec l'accident militaire de 197 [...]. »

Par décision du 1^{er} septembre 2011, l'assurance militaire a admis sa responsabilité à l'égard des cervico-brachialgies gauches

présentées par l'assuré à hauteur de 50% mais l'a refusée à l'égard de la compression du nerf cubital du coude gauche.

Par courrier du 29 septembre 2011 à l'OAI, le Dr D._____, médecin-chef auprès du Service [...] du R._____, (ci-après : R._____), a indiqué que l'équipe du rachis avait vu l'assuré à deux reprises, les 14 et 20 avril 2010, pour des syndromes radiculaires au niveau du membre supérieur droit en relation avec une hernie paramédiane droite au niveau C6-C7 et une sténose foraminale bilatérale C5-C6. Elle ne l'avait plus revu depuis.

Dans son rapport du 13 octobre 2011 à l'OAI, le Dr N._____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies des deux côtés, des douleurs irradiant dans le genou, et, sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif récurrent et des acouphènes à l'oreille gauche, renvoyant pour le surplus à son rapport du 21 avril 2011.

Relevant dans son avis du 25 octobre 2011 que le Dr N._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr G._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a observé que l'assuré devait être convoqué pour un examen orthopédique ou rhumatologique.

L'assuré a été examiné le 18 novembre 2011 par le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR. Dans son rapport du 25 janvier 2012, ce médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies chroniques (M54.2) (troubles dégénératifs étagés avec cervicarthrose, uncarthrose, modification de type Modic 1 des plateaux vertébraux C5-C6 et protrusion disco-ostéophytaire étagée prédominant à droite, canal cervical étroit modéré pluri-étagé de C4 à C7, sténose foraminale étagée d'origine dégénérative ; status après neurolyse et transposition du nerf cubital au coude gauche en novembre 2009), de dorsalgies hautes (inter-scapulaire sur dysfonction dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal), et de cruralgies gauches (névralgies irritatives fémorales à

l'arcade crurale). Il a en outre posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire sans traduction clinique, d'acouphènes d'origine indéterminée, de psoriasis cutané évoluant depuis 1988-1989, de surcharge pondérale avec pré-obésité, de déconditionnement musculaire global et focal et d'éléments de non organicité selon Waddell. Il a par ailleurs relevé ce qui suit dans la rubrique "appréciation" de son rapport :

« Il s'agit d'un assuré âgé de [...] ans, mettant en avant une symptomatologie douloureuse cervico-brachiale chronique évoluant depuis 197 [...] à la suite d'un traumatisme survenu à l'école de recrues.

L'assurance militaire admet une responsabilité à hauteur de 50% dans sa décision du 01.09.2011 (troubles dégénératifs du rachis cervical, secondaires au traumatisme de 197 [...]).

Sur le plan professionnel, Monsieur S._____ a exercé une activité en tant que courtier en assurances à titre de salarié jusqu'en 2001 puis en tant qu'indépendant jusqu'en 2005. Depuis cette date, il n'exerce plus d'activité professionnelle, il n'a pas été possible de déterminer avec précision les motifs de la cessation d'activité professionnelle (trouble dépressif, symptomatologie douloureuse ou difficultés socio-économiques).

Une demande de prestations AI est déposée le 08.04.2011 appuyée par son médecin traitant le Dr N._____ qui atteste une incapacité de travail totale depuis le 04.01.2010 en relation avec des troubles dégénératifs rachidiens.

Lors de l'examen au SMR, nous nous trouvons en présence d'un assuré à l'état général conservé, présentant tantôt une mine triste et désabusée ; à d'autres moments, il est tout à fait capable de plaisanter et le contact est plutôt agréable. Sur le plan ostéoarticulaire, mise en évidence d'une nette diminution de la mobilité du rachis cervical en ce qui concerne la flexion et surtout l'extension avec une distance menton-sternum de 2-11. La diminution de la mobilité en ce qui concerne l'extension et les mouvements en rotation et flexion du rachis lombaire, s'intègre dans un processus algique avec la mise en évidence des signes de non organicité selon Waddell.

L'examen neurologique met en évidence un trouble subjectif de la sensibilité de l'ensemble du MSG [membre supérieur gauche] par rapport à la droite non reproductible, sans mise en évidence d'erreur au piqué-touché, de trouble du sens positionnel ou de trouble de la pallesthésie. Mise en évidence d'une amyotrophie en défaveur de la gauche de 2 cm au niveau des V-deltaïdiens. La trophicité musculaire au niveau des avant-bras est conservée. La force de préhension et la force musculaire globale est considérée comme conservée et symétrique. En ce qui concerne les membres inférieurs, Monsieur S._____ déclare une hypoesthésie subjective touchant le territoire fémoral avec phénomènes dysesthésiques, lâchages du genou et la présence d'une zone hyper-douloureuse élective en regard de la sortie du nerf fémoral au niveau de l'arcade

crurale gauche. Pas de mise en évidence d'amyotrophie des membres inférieurs ou de troubles de la force musculaire hormis les phénomènes de lâchages (testing musculaire symétrique avec force conservée).

Le reste de l'examen met en évidence un déconditionnement de la musculature posturale dans son ensemble. L'assuré présente par ailleurs une légère surcharge pondérale avec une pré-obésité et la mise en évidence de 3 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus à caractère de non organicité (signes comportementaux). L'interprétation des signes comportementaux est extrêmement difficile dans un contexte de troubles dégénératifs avérés pluri-étagés aggravés par le déconditionnement musculaire.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des troubles dégénératifs pluri-étagés de l'ensemble du rachis cervical relativement avancés pour l'âge de l'assuré. Ces troubles dégénératifs peuvent expliquer l'ensemble de la symptomatologie cervicale et brachiale ; toutefois, l'absence de résultat aux différents traitements appliqués à ce jour et l'ensemble du discours mis en avant par Monsieur S. _____ nous font suspecter une tendance à l'accentuation (majoration des symptômes).

La symptomatologie dorsale haute est en relation avec des dysfonctions consécutives au déconditionnement musculaire aggravé par la désinsertion sociale évoluant depuis plus de 5 ans et par un vraisemblable trouble d'ordre psychique (trouble anxio-dépressif).

La symptomatologie inguinale et du MIG [membre inférieur gauche] reste à ce jour inexpliquée hormis un syndrome irritatif du nerf fémoral au niveau de l'arcade crurale sur une éventuelle pointe d'hernie crurale (hernie indirecte).

L'ensemble des atteintes structurelles sont à l'origine de limitations fonctionnelles responsables d'une incapacité de travail de 50% y compris dans une activité adaptée. La diminution de la capacité de travail y compris dans une activité adaptée s'explique par l'étendue des troubles structurels présentés, aggravés par le déconditionnement musculaire. Au vu de l'évolution chronique des symptômes, il est peu probable que, même après réentraînement progressif à l'effort, rééquilibration musculaire et adaptation du traitement antalgique, Monsieur S. _____ puisse récupérer une capacité de travail supérieure à 50%.

Limitations fonctionnelles

Absence de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 5 kg. Pas d'activité nécessitant un rendement imposé des membres supérieurs de façon formelle. Pas d'activité en hauteur (antépulsion ou abduction au-delà de 30-60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°). Pas de position statique prolongée du rachis cervical, pas d'activité nécessitant des extensions ou des rotations du rachis cervical à répétition ou de façon brusque. Diminution du périmètre de marche à environ ½ heure. Pas de position statique assise au-delà de ½ d'heure avec possibilité de varier les positions assises-debout minimum 2 x à l'heure de préférence à la guise de l'assuré.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur la base de la documentation médicale mise à disposition, une incapacité de travail à 100% est attestée depuis le 04.01.2010.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur la base des documents médicaux mis à disposition et de l'anamnèse fournie, l'incapacité de travail chez cet assuré semble évoluer depuis au moins l'automne 2008 (hospitalisation au R._____). Cette incapacité de travail totale est pertinente jusqu'à 3 mois après l'intervention de neurolyse et transposition du nerf cubital au coude réalisée en avril 2009.

Une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée obéissant de façon stricte aux limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible depuis le mois d'août 2009.

L'activité habituelle de Monsieur S._____ (courtier en assurances) peut être considérée comme une activité adaptée, toute forme d'activité professionnelle qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles établies est possible sur le plan médico-théorique depuis août 2009, à 50%. »

Par communication du 1^{er} mai 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'afin de pouvoir évaluer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, il devait examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, prenant à cet effet en charge les frais d'un stage d'observation auprès du E._____ de [...] à 50% du 21 mai au 15 juin 2012.

Le 4 juin 2012, le Dr N._____ a attesté que son patient avait arrêté la formation à E._____ le 29 mai 2012 pour des raisons médicales.

Dans un rapport du 14 juin 2012 à l'OAI, le directeur de l'E._____ a notamment relevé que l'assuré n'était manifestement pas en mesure de travailler actuellement.

Par avis du 4 septembre 2012, le Dr G._____ du SMR a relevé que devant la situation complexe de l'assuré, il convenait d'organiser une expertise P._____ avec les trois spécialités suivantes : rhumatologie, psychiatrie et neurologie.

Le 10 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré, par son conseil Me Jean-Michel Duc, qu'il mandaterait un centre d'expertises médicales pour un examen médical approfondi, lui transmettant son questionnaire et lui laissant la possibilité de lui adresser des questions complémentaires à poser aux experts, en précisant que le centre serait choisi de façon aléatoire (cf. art. 72bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité ; RS 831.201). Le même jour, l'OAI a également fait savoir au conseil de l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible.

Le 19 septembre 2012, l'assuré a fait savoir à l'OAI que le questionnaire à adresser au centre désigné de manière aléatoire paraissait complet et qu'il renonçait à produire des questions complémentaires.

Le 27 novembre 2012, l'OAI a indiqué à Me Duc, pour le compte de l'assuré, qu'une expertise pluridisciplinaire serait mise en œuvre à la K._____ (ci-après : K._____), à [...], et comporterait les examens suivants :

Médecine interne générale	Dr X. _____
Neurologie	Dr Z. _____
Psychiatrie et psychothérapie	Dr Q. _____
Rhumatologie	Dr B. _____

L'assuré a ensuite été convoqué à la K. _____, où il a séjourné du 15 au 16 janvier 2013.

Les Drs B. _____, X. _____, Q. _____ et Z. _____ ont adressé le 5 mars 2013 leur rapport d'expertise à l'OAI. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

« Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Cervicalgies chroniques
 - uncodiscarthrose C5-C6
 - canal cervical étroit
- Status après transposition du nerf cubital gauche pour une neuropathie tronculaire axonale sensitivomotrice au coude

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Méralgie paresthésique gauche
- Douleurs interscapulaires
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement l'alcool (F10.24)
- Status après trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève (F43.20)
- Psoriasis cutané »

Les experts ont en outre relevé ce qui suit dans la rubrique «appréciation» de leur rapport :

« L'assuré est âgé de [...] ans. A l'énoncé de ses plaintes, il signale des cervicalgies, des dorsalgies inter-scapulaires et des inguinalgies gauches. Sur le plan professionnel, on relève un premier arrêt de travail de longue durée suite à un accident à l'école de recrues où, lors d'une chute d'un pont de camion, il heurtera le timon. Il présentera par la suite des cervicalgies. Une reprise du travail ne sera possible que près de deux ans plus tard. Sur le plan asséculoologique, plusieurs expertises seront réalisées et c'est finalement en 2011, que l'AMF [assurance militaire fédérale] reconnaîtra en partie sa responsabilité à l'égard des cervico-brachialgies à hauteur de 50 %. L'assuré travaillera par la suite dans le monde des assurances comme employé puis comme courtier

indépendant jusqu'en 2005, date à laquelle il interrompra toute activité professionnelle en raison, selon ses dires, de son atteinte cervicale.

Initialement, l'irradiation douloureuse concernait le membre supérieur gauche sous forme de crampes, de paresthésies avec également des plaintes proximales intéressant la région du pectoral et du trapèze. Depuis quelques années, des douleurs sont également présentes à droite. Une symptomatologie douloureuse, quasi constante, est présente en regard de la région inter-scapulaire. Enfin, des inguinalgies gauches limitent son périmètre de marche. Différentes investigations n'ont pas permis de retenir un diagnostic de certitude.

De l'expertise de médecine interne, sont retenues des cervicalgies chroniques sur uncodiscarthrose C5-C6 et canal cervical étroit. Cette atteinte organique peut créer un obstacle à une activité de type administratif mais joue un rôle secondaire dans la désinsertion professionnelle de l'assuré. D'éventuels motifs psychologiques sont évoqués en raison d'un état dépressif anamnestique, l'expert ne se prononce pas quant à leur importance et à leur retentissement sur la capacité de travail du patient se référant à l'expertise psychiatrique. La désinsertion professionnelle s'est faite progressivement, liée au décès de son collègue et à un état dépressif consécutif, à des problèmes financiers et d'alcool.

De l'expertise neurologique, on relève l'absence de signes déficitaires radiculaires à point de départ cervical. Il existe des séquelles d'une neuropathie tronculaire sensitivo-motrice ulnaire gauche. Le diagnostic de meralgie paresthésique est également retenu, expliquant les inguinalgies gauches. Un retentissement sur la capacité professionnelle du patient pourrait être reconnu dans une activité impliquant des travaux manuels lourds avec la main gauche, ce qui n'est pas le cas. Dans une activité de type employé de commerce ou courtier en assurances, aucune limitation n'est retenue.

De l'expertise psychiatrique, on retient entre 2004 et 2006, une mauvaise période avec état dépressif et consommation d'alcool. Lorsque cet épisode dépressif caractérisé a été constaté par un psychiatre, il s'est résolu rapidement en deux mois. Il répond aux critères d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le seul élément relevé par l'expert psychiatre concernant son domaine de compétence est une consommation chronique nocive d'alcool. Cette dernière a été, par le passé, à l'origine d'ennuis professionnels, témoignés par un retrait de permis et un licenciement. Aucune psycho-pathologie susceptible de limiter la capacité de travail du patient n'est reconnue.

De l'avis unanime des experts, il ressort que, bien que l'assuré présente des cervico-brachialgies, des dorsalgies et des séquelles d'une intervention du cubital à gauche, ces atteintes ne justifient pas d'incapacité de travail comme employé de commerce ou courtier en assurances. Aucune affection d'ordre psychologique n'est retenue par l'expert psychiatre qui estime également une pleine capacité de travail.

L'histoire médicale de l'assuré met en évidence un premier épisode d'arrêt de travail de longue durée suite à l'accident dont il a été victime à l'école de recrues.

Au milieu des années 2000, toute activité professionnelle sera interrompue sans que l'on arrive, lors de l'anamnèse, à mettre en évidence un facteur particulier pouvant l'expliquer. On relève un état dépressif dont l'évolution sera favorable, des cervico-brachialgies dont il est difficile d'affirmer une nette aggravation ainsi que des difficultés socio-économiques avec arrêt de travail et perte d'emploi. Progressivement, il s'isolera sur le plan social, ne trouvant d'intérêt que dans son activité de père de jour secondant sa fille.

Les troubles dégénératifs cervicaux objectivés peuvent être à l'origine de gêne et de douleurs. Ils ne constituent pas toutefois au vu des éléments anamnestiques, cliniques, ainsi que des bilans complémentaires effectués, un obstacle justifiant une incapacité de travail dans les professions d'employé de commerce ou de courtier en assurances. »

Le 14 mars 2013, l'OAI a communiqué au conseil de l'assuré le rapport d'expertise de la K._____.

Dans son avis du 16 avril 2013, le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie auprès du SMR, a retenu une incapacité de travail durable à 100% depuis octobre 2008, puis une exigibilité complète dans l'activité habituelle dès le mois d'août 2009 à distance de la neurolyse du nerf ulnaire.

Par projet de décision du 24 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré, par son conseil, qu'il prévoyait de rejeter la demande de prestations AI, sur la base des diverses constatations qui précèdent.

Le 30 mai 2013, l'assuré, par son conseil, a formulé des objections à ce projet de décision, en contestant pour l'essentiel l'expertise de la K._____. Il a joint à son envoi un rapport du 25 avril 2013 du Dr N._____, qui fait état des remarques suivantes :

« 1. Le lien entre l'accident durant son école de recrue et les symptômes du dos dont se plaint le patient, actuellement, est plausible. Les troubles neurologiques et ostéoarticulaires sont objectivables et justifient soit une réinsertion professionnelle dans un métier adapté, soit une rente. Malheureusement, M. S._____ n'a jamais poursuivi les formations proposées (E._____).

2. L'expertise psychiatrique montre bien la souffrance personnelle et les difficultés dans la vie de M. S._____, ce qui explique, à mon avis, de états dépressifs récurrents. Malheureusement, l'expertisant met trop en avant la consommation d'alcool. Les examens du sang ne permettent pas de l'affirmer. »

Par avis du 20 août 2013, le Dr G._____ du SMR a proposé que le Dr X._____ soit réinterrogé afin qu'il se détermine par rapport à l'examen du Dr J._____ et donne les raisons argumentées pour lesquelles il s'éloigne du taux d'incapacité de 50% retenu dans toute activité arrêté par le médecin du SMR dans son avis du 25 janvier 2012.

Le Dr X._____ a complété son rapport d'expertise le 2 septembre 2013, en relevant que, s'agissant des limitations fonctionnelles, il ne voyait pas pourquoi une cervicarthrose diminuerait le périmètre de marche à environ une demie heure, ni pourquoi la position assise statique ne pourrait être maintenue au-delà d'une demie heure. Les autres limitations ne concernaient à ses yeux manifestement pas l'activité de courtier. Selon l'expert, une douleur cervicale liée à une cervicarthrose ne constituait pas un obstacle insurmontable dans la perspective d'un emploi de courtier en assurances. Ce qui faisait obstacle principalement à l'implication professionnelle de l'assuré, ce n'était pas la cervicalgie mais l'ensemble de la problématique de santé, y compris les facteurs contextuels, dont, selon la jurisprudence, il n'y avait pas lieu de tenir compte.

Par avis du 17 septembre 2013, le Dr C._____ du SMR a relevé que le complément d'expertise du 2 septembre 2013 lui paraissait tout à fait convaincant, l'analyse de la capacité de travail de l'assuré faite par le Dr X._____ étant parfaitement argumentée : si l'on s'en tenait aux limitations fonctionnelles objectives, il n'y avait pas de raison que la capacité de travail de l'assuré soit réduite dans l'activité de courtier en assurances. Le médecin du SMR relevait que l'expert précisait encore que l'assuré ne reprendrait jamais d'activité rémunérée en raison de facteurs contextuels que l'AI ne pouvait pas prendre en compte. Il soulignait aussi que les Drs G._____ et G._____ s'écartaient déjà de l'appréciation du Dr J._____ dans l'avis SMR du 18 avril 2013. Cela étant, le Dr C._____

a retenu chez l'assuré l'existence d'une pleine capacité de travail dans l'activité actuelle ou dans toute autre activité adaptée depuis août 2009.

Par décision du 4 novembre 2013, l'OAI a confirmé son refus de prestations. Par lettre du même jour accompagnant la décision, l'OAI a expliqué que l'expertise mise en œuvre auprès de la K. _____ remplissait tous les critères pour avoir pleine valeur probante, ce qui conduisait à retenir une capacité de travail de 100%. Il a encore relevé que les atteintes présentées par l'assuré ne justifiaient pas son incapacité de travail dans son activité habituelle de courtier.

B. Par acte du 21 novembre 2013, S. _____, représenté par l'avocat Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant principalement à ce que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu à la suite de sa demande du 8 avril 2011, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, il fait valoir que des doutes subsistent quant à sa capacité de travail résiduelle, dans la mesure où les avis médicaux au dossier se contredisent. Il met en avant à cet égard le fait que le Dr J. _____ avait arrêté son incapacité de travail à 50% dans toute activité, alors que la K. _____ retient une capacité de travail complète. Pour lui, l'expertise de la K. _____ manque de motivation en tant qu'elle retient qu'il peut exercer une activité à 100% malgré ses atteintes à la santé. Il est également d'avis que les experts n'expliquent pas pour quels motifs ils s'écartent de l'appréciation du Dr J. _____, estimant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise nécessaire. Il requiert la tenue de débats publics et son audition par les juges, ainsi que l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 25 novembre 2013, le juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 novembre 2013, Me Duc ayant été désigné comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 17 décembre 2013, l'intimé propose le rejet du recours, en relevant qu'aucune pièce médicale ne remet en cause

la pertinence de l'expertise de la K._____, estimant qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas.

Dans sa réplique du 20 janvier 2014, le recourant soutient que l'expertise de la K._____ comporte des contradictions, notamment en tant que le Dr X._____ a affirmé que l'on pouvait bien admettre que l'atteinte dégénérative cervicale qu'il présente puisse créer un certain obstacle dans l'exercice d'une activité professionnelle, même administrative, pour conclure tout de même à une capacité de travail de 100%. Il soutient en outre que le Dr Z._____ n'a pas expliqué pour quelles raisons le diagnostic qu'il a retenu avec répercussion sur la capacité de travail serait compatible avec l'activité d'agent d'assurance ou d'employé de commerce. Enfin, il relève les contradictions du rapport du Dr Q._____, qui fait état de problèmes d'alcoolisme alors que les analyses sanguines ne permettent pas de retenir ce problème.

En duplique, le 10 février 2014, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours.

Après avoir sollicité de nombreuses prolongations de délai, le recourant a finalement repris les arguments développés dans ses précédentes écritures dans ses déterminations du 17 novembre 2014.

Le 8 décembre 2014, l'OAI a conclu derechef au rejet du recours.

C. Une audience de jugement s'est tenue le 27 janvier 2015, à l'occasion de laquelle le recourant a été entendu. Il s'est notamment plaint du déroulement de l'expertise auprès de la K._____ et s'est étonné de la brièveté des entretiens ayant eu lieu dans ce cadre.

E n d r o i t :

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

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 al. 1 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 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.

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). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à

l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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, 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1).

4. En l'espèce, l'OAI a retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100% dès octobre 2008, puis une exigibilité complète dans les activités exercées dès août 2009. De son côté, l'assuré a contesté cette position, considérant en particulier que l'intimé aurait dû procéder à de plus amples investigations, estimant l'expertise de la K._____ sur laquelle se fonde l'OAI contradictoire et lacunaire.

Il n'est pas contesté que l'assuré a subi en 197 [...] dans le cadre de son école de recrue une distorsion de la colonne cervicale (cf. rapport du Dr W._____ du 27 juin 2011), qui a conduit à l'octroi de prestations de la part de l'assurance militaire pour une période déterminée, les douleurs ayant persisté sous forme de cervico-brachialgies gauches, deux expertises ayant été mises en œuvre en 1978 et 1980.

Toutefois, entre 1980 et 2005, il n'y a pas de documents médicaux au dossier.

En avril 2011, à la suite du dépôt par le recourant d'une demande de prestations de l'AI, son médecin traitant, le Dr N._____, a été invité à communiquer des renseignements médicaux à l'intimé. Dans ce contexte, il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies des deux côtés depuis 197 [...] (rapport du 21 avril 2011), le diagnostic de dépression étant sans incidence sur la capacité de travail. En octobre 2011, le Dr N._____ a précisé qu'en sus des cervico-brachialgies, le patient présentait avec effet sur la capacité de travail des douleurs irradiant dans le genou ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif et des acouphènes de l'oreille gauche (cf. rapport du 13 octobre 2011). Dans la mesure où le Dr N._____ ne se déterminait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant a fait l'objet d'un examen auprès du SMR, effectué le 18 novembre 2011 par le Dr J._____. Ce dernier a estimé, comme le médecin traitant, que les cervico-brachialgies chroniques avaient un effet sur la capacité de travail,

de même que les dorsalgies hautes et les cruralgies gauches. Quant aux troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, aux acouphènes, au psoriasis cutané, à la surcharge pondérale et au déconditionnement musculaire global et focal, ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 25 janvier 2012). Sur la base de son examen, le Dr J._____ a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité à compter du mois d'août 2009.

L'assuré ayant interrompu des mesures de réadaptation à l'E._____ pour raisons médicales, le Dr G._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une nouvelle expertise - pluridisciplinaire - compte tenu de la complexité du cas. C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de la K._____. A la suite d'un séjour du 15 au 16 janvier 2013 du recourant auprès de la K._____, les experts ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques et de status après transposition du nerf cubital gauche pour une neuropathie tronculaire axonale sensitivomotrice au coude. Sans impact sur la capacité, ils ont posé les diagnostics de méralgie paresthésique gauche, de douleurs interscapulaires, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance, de status après trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève et de psoriasis cutané. Ainsi, comme le Dr J._____ et le Dr N._____, les experts de la K._____ retiennent le diagnostic de cervico-brachialgies. Ils relèvent également la présence de dorsalgies et de séquelles d'une intervention du cubital gauche. Toutefois, leur appréciation de la capacité de travail est différente : pour les médecins de la K._____, ces atteintes ne justifient pas d'incapacité de travail comme employé de commerce ou courtier en assurances. Quoi qu'en dise le recourant, l'évaluation pluridisciplinaire des médecins de la K._____ doit être préférée à celle du Dr N._____, et ce outre le fait que ce médecin est le médecin traitant de l'assuré, en tant que tel susceptible de prendre parti pour son patient. L'expertise de la K._____ se fonde en effet sur des examens de l'assuré des 15 et 16 janvier 2013, une analyse de son dossier médical AI et des documents d'imagerie fournis par l'intéressé. Les médecins de la K._____ ont établi

son anamnèse, décrit ses plaintes, le déroulement habituel de l'une de ses journées et ses habitudes. Ils ont ensuite procédé à des examens cliniques complets, puis à une évaluation aux plans neurologique, psychiatrique, et somatique, pour finalement établir une synthèse de leurs observations claire et dénuée de contradiction. On retiendra donc que l'expertise pluridisciplinaire de la K._____ répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Le recourant reproche principalement aux médecins de la K._____ de ne pas être parvenus aux mêmes conclusions que le Dr J._____, sans motiver cette divergence. Toutefois le recourant semble perdre de vue que le Dr X._____ a été précisément réinterpellé sur les raisons conduisant les médecins de la K._____ à retenir une capacité de travail entière et non de 50%, contrairement au Dr J._____. Le Dr X._____ a alors exposé dans un complément d'expertise du 2 septembre 2013 qu'il ne voyait pas pour quelles raisons une cervicarthrose diminuerait le périmètre de marche à environ une demie heure, ni pourquoi la position assise statique ne pourrait être maintenue au-delà d'une demi-heure. Quant aux autres limitations fonctionnelles retenues, elles ne concernaient pas le métier de courtier en assurances. En d'autres termes, le Dr X._____ a retenu qu'une douleur cervicale liée à une cervicarthrose ne constituait pas un obstacle insurmontable dans la perspective d'un emploi de courtier en assurances. A cet égard, on relèvera que la majorité des limitations fonctionnelles retenues par le Dr J._____ est effectivement sans incidence sur la capacité de travail d'un employé de commerce ou d'un courtier en assurances : un courtier, respectivement un employé de commerce, n'a en effet pas à porter de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive, ni de plus de 5 kg occasionnellement. Il n'exerce pas une activité nécessitant un rendement imposé des membres supérieurs de façon formelle, ne travaille pas en hauteur avec antépulsion ou abduction au-delà de 30-60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90° et son activité ne nécessite pas des extensions ou des rotations du rachis cervical à répétition ou de façon brusque. Le Dr X._____ s'est en outre déterminé de façon spécifique sur

la question de la position statique prolongée du rachis cervical et celle de la diminution du périmètre de marche à environ une demie heure.

On relèvera encore que le Dr J._____ a fait état dans son rapport d'un processus algique avec mise en évidence de signes de non organicité selon Wadell, retenant que l'interprétation des signes comportementaux était extrêmement difficile dans un contexte de troubles dégénératifs. Il a également relevé qu'il suspectait une tendance à la majoration des symptômes de la part de l'assuré, et a aussi tenu compte d'un « vraisemblable trouble d'ordre psychique », sans être spécialiste en psychiatrie. Quant au Dr N._____, il est d'avis que l'expertise démontre bien « la souffrance personnelle et les difficultés dans la vie » de son patient, expliquant selon lui des états dépressifs récurrents. Cette appréciation diagnostique est toutefois contredite par l'expert psychiatre, qui exclut toute atteinte au plan psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail, en dehors du trouble constitué par une consommation problématique (primaire) d'alcool. On notera dans ce contexte que l'expert psychiatre a expliqué en détail pourquoi il ne retenait pas d'états dépressifs, la consommation d'alcool étant au premier plan du point de vue psychiatrique. Le Dr Q._____ a en particulier bien tenu compte de l'épisode dépressif survenu en 2004-2006, en relevant toutefois qu'une fois qu'il avait été constaté par un psychiatre, il s'était résolu rapidement en deux mois. Quant aux dépressions récurrentes mises en avant par le recourant, qui seraient selon ce dernier au premier plan, l'assuré niant présenter une problématique de consommation excessive d'alcool, on relèvera que l'expert psychiatre a observé que les plaintes de l'intéressé - de nature exclusivement corporelles - ne faisaient pas état d'une dépression, l'assuré ne souffrant pas d'un trouble affectif grave et significatif susceptible d'altérer sa capacité de travail. Dans le cadre de son examen, le Dr Q._____ a relevé que l'humeur de l'assuré n'apparaissait pas dépressive, ni triste. L'affect était réactif, bien que réduit dans ses modulations par l'attitude défensive. La capacité d'intérêt et de plaisir était en place et l'énergie pas abaissée. Quant à l'estime de soi, elle était plutôt élevée. Il n'existait pas d'idées noires ou suicidaires, ni de morosité, l'assuré pouvant se projeter dans

l'avenir sans pessimisme particulier. Il n'existait ni plaintes ni signes cliniques indiquant un niveau élevé d'anxiété, l'expertisé exprimant une certaine souffrance personnelle et des difficultés dans la vie qu'il liait surtout à son enfance et à ses parents, faisant état d'un mauvais sommeil, sans cause psychique. Le Dr Q._____ a par ailleurs fait réaliser des examens sanguins au recourant, dont les résultats d'analyse confirment que la consommation problématique d'alcool est actuellement relativement contenue et contrôlée, sans que l'assuré y ait renoncé (vu les Gama-GT et MCT élevés). Les résultats de l'examen d'hématologie du 12 février 2014 produits par le recourant sont postérieurs à la décision attaquée, rendue le 4 novembre 2013. Or de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le rapport précité n'est donc pas juridiquement pertinent dans le présent contexte.

Quant au grief selon lequel l'expert Z._____ aurait manqué d'expliquer pourquoi il avait retenu que le diagnostic avec effet sur la capacité de travail (de status après transposition du nerf cubital gauche pour neuropathie tronculaire axonale sensitivomotrice au coude) serait compatible avec l'activité d'agent d'assurances ou d'employé de commerce, il est infondé : il ressort en effet de l'appréciation du Dr Z._____ qu'au niveau neurologique, le status séquellaire avec une légère diminution de la force et une légère altération de la sensibilité limite théoriquement le patient pour des activités nécessitant l'utilisation constante de la main gauche dans les travaux lourds voire les travaux manuels nécessitant une dextérité et l'utilisation fine de la pince I-V. Or dans l'activité exercée d'agent d'assurances ou d'employé de commerce, il n'y a aucune limitation professionnelle.

Le recourant a mis en doute que les experts de la K._____ aient pu valablement l'examiner et saisir la portée de ses atteintes

compte tenu de la durée - jugée brève - des examens d'expertise. Or le Tribunal fédéral a jugé que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2, 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence citée). Il a ainsi estimé qu'un examen clinique d'une heure effectué par un médecin ne suffisait pas à remettre en question la valeur de son travail (TF I 1048/2006 du 26 novembre 2007 consid. 4). La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante du rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1).

L'expertise pluridisciplinaire de la K._____, pleinement probante, et au demeurant postérieure à l'appréciation du Dr J._____, doit dès lors être préférée à l'appréciation, plus ancienne et monodisciplinaire, de ce médecin, sans qu'il ne puisse être reproché à l'intimé de s'être fondé sur elle pour exclure le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, compte tenu d'une exigibilité complète dans les activités exercées dès août 2009.

5. Le dossier s'avérant complet, ce qui permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, comme le requiert le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, n° 450, p. 212 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références citées ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al.1 let. a et b CPC [code 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 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc (cf. art. 118 al. 1 let. a et c 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. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Ainsi, doivent être retenues 9 heures et 40 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ) et à 6 heures et 10 minutes de prestations d'avocat-stagiaire rémunérées à un tarif horaire de 110 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à

2'418 fr. 30, auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 193 fr. 50. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). L'indemnité d'office du conseil du recourant s'élève ainsi à 2'611 fr. 80, TVA de 8% comprise.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 4 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 2'611 fr. 80 (deux mille six cent onze francs et huitante centimes), TVA comprise.

- V.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :