

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Brélaz Braillard et Pasche
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S. _____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me Xavier Pétremand, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, marié, est originaire de la République démocratique du Congo. Il vit en Suisse depuis 1975. Il y a exercé plusieurs activités lucratives non qualifiées (aide teinturier, aide de garage). Il a également travaillé comme magasinier, profession pour laquelle il est titulaire d'un certificat fédéral de capacité depuis 1994. Son dernier emploi remonte à un engagement comme magasinier pour les éditions [...], à [...], du mois de novembre 2003 au mois d'octobre 2004. Depuis lors, il n'a plus retravaillé et a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'en octobre 2006.

B. A partir de 2001, l'assuré a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail. Les docteurs L._____ et D._____, médecins à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont notamment attesté une incapacité de travail totale du 15 novembre 2004 au 31 janvier 2005, dans un rapport du 18 janvier 2005. Ils ont exposé que l'assuré avait reçu une lettre de licenciement de la part de son employeur au mois de septembre 2004 et qu'il décrit depuis cette date un sentiment de désespoir, une thymie triste, avec une rage intérieure. La symptomatologie se péjorait et le patient avait décidé de les contacter. Les docteurs L._____ et D._____ posaient le diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress important (F 43, selon la Classification internationale des maladie, CIM-10).

La doctoresse H._____, a été mandatée pour la réalisation d'une expertise psychiatrique par l'assurance-perte de gain auprès de laquelle l'assuré était assuré, en raison d'un contrat collectif conclu par son employeur. Dans un rapport du 21 mars 2005, elle a posé les diagnostics de réaction aiguë à un facteur de stress (F 43.0, selon la CIM-10), et de traits de personnalité obsessionnelle (F 60, selon la CIM-10). L'assuré avait vécu un sentiment d'échec brutal dans sa vie professionnelle après plusieurs essais de formation par lui-même par des cours du soir et une intégration réussie en Suisse sur le plan social. Il se

trouvait confronté à un sentiment d'impuissance sans bien comprendre toutes les raisons jusqu'à ce jour. D'autre part, le fait de n'avoir guère de possibilité de trouver une réponse à ses interrogations ne faisait qu'aviver le sentiment de vulnérabilité. Un travail psychothérapeutique axé sur un plus long terme (six mois à deux ans) pourrait lui permettre de trouver ses ressources personnelles afin de mieux les exploiter. Jusqu'à la fin mars 2005, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 %, mais il pourrait reprendre très rapidement le travail à 100 %. Peu avant ce rapport d'expertise, la doctoresse H._____ avait précisé, dans une lettre du 12 mars 2005 au docteur V._____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, que l'assuré aurait recouvré une pleine capacité de travail dans un délai de moins de trois mois.

Les 14 mars et 4 avril 2005, les docteurs L._____ et D._____ ont attesté une incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 11 avril 2005.

C. Le 25 mars 2008, l'assuré a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, en alléguant divers problèmes de santé. Il était à l'époque suivi par le docteur N._____, spécialiste en médecine interne, qui a fait état de plusieurs périodes d'incapacité de travail depuis 2001, dans un rapport du 29 mai 2008 (incapacité de travail de 100 % du 7 au 23 septembre 2001 et du 17 octobre 2001 au 27 janvier 2002, de 50 % du 28 janvier au 10 février 2002, de 100 % du 3 au 4 mai 2002, du 13 janvier au 3 février 2003, du 24 au 29 octobre 2003, du 5 au 9 novembre 2003, du mois d'octobre 2004 au 30 avril 2005, puis dès le 28 novembre 2005 pour environ deux semaines et dès le 1^{er} septembre 2006 pour environ deux mois). A l'époque de la rédaction du rapport, l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 14 février 2007 et il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration de la capacité de travail. Le docteur N._____ posait les diagnostics d'état dépressif à composante réactionnelle chez un patient avec troubles de la personnalité de nature indéterminée (avec notamment confusion de la pensée, sentiments de préjudice, tendances projectives), status après dépendance à l'alcool stoppée il y avait 17 ans, diabète II, insuffisance artérielle des membres

inférieurs avec claudication intermittente de stade II, status post-dilatation et pose de stent sur l'artère fémorale superficielle gauche le 7 septembre 2001, thrombolyse pour occlusion du stent, dilatation d'une sténose en amont de celui-ci le 11 septembre 2001, pontage fémoro-poplité bas le 19 octobre 2001, avec très vraisemblable réocclusion entre-temps. Les symptômes présentés étaient, au plan psychique, des angoisses, une appréhension face à l'inconnu, un découragement, une incapacité à affronter les démarches administratives, des sentiments d'impuissance et d'injustice, un état de confusion, des problèmes de concentration et d'oubli des échéances. L'assuré présentait une probable intolérance au stress et incapacité à fonctionner dans un cadre donné, avec un état de confusion, des problèmes de concentration et des oublis. Les atteintes à sa santé physique l'empêchaient d'exercer une activité impliquant une marche ininterrompue de plus de cinquante mètres ou la montée d'un escalier ou d'une échelle; elles impliquaient en outre qu'il puisse faire des contrôles pour son diabète en fonction des efforts accomplis.

D. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a ordonné un examen psychiatrique par le docteur Z._____, médecin au Service régional de l'assurance-invalidité (SMR), à Vevey. L'examen s'est déroulé le 2 juillet 2008. Dans un rapport du 14 juillet 2008, le docteur Z._____ a posé le diagnostic de dysthymie (F 34.1, selon la CIM-10) et considéré que cette atteinte à la santé n'entraînait aucune incapacité de travail. Il a exposé que l'assuré présentait une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquaient le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais restent la plupart du temps fatigués et déprimés, rien ne leur étant agréable, avec des ruminations, des plaintes, des troubles du sommeil et une perte de confiance en soi; les personnes touchées par cette atteinte à la santé restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui était précisément le cas de l'assuré, qui assurait une partie de l'entretien de la maison. En dehors de

ce tableau de dysthymie, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Dans un avis médical du 17 juillet 2008, le docteur G. _____ a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière. Le diabète de type II et l'artériopathie des membres inférieurs limitaient un peu la marche rapide, mais ne constituaient pas un empêchement pour la profession de magasinier.

E. Le 5 septembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations. Par décision du 13 octobre 2008, il a maintenu ce refus après avoir entendu l'assuré.

F. S. _____ interjette un recours de droit administratif contre cette décision. En substance, il en demande la réforme en ce sens que sa demande de rente de l'assurance-invalidité soit admise, sous suite de frais et dépens.

Le 23 janvier 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire du Service juridique et législatif du canton de Vaud a alloué l'assistance judiciaire au recourant et a désigné d'office Me Pétremand.

Le 1^{er} avril 2009, l'intimé a proposé le rejet des conclusions du recourant.

Le 22 février 2010, le recourant a requis l'administration d'une expertise judiciaire. Il convenait d'après lui de désigner un expert psychiatre en vue d'établir les faits, compte tenu notamment d'une lettre du 15 février 2010 du docteur N. _____, qu'il produisait à l'appui de sa requête. Selon ce médecin, une telle expertise, comprenant notamment des tests de personnalité, était opportune, dès lors que l'assuré avait

besoin et bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier auprès de la doctoresse W._____, associé à un important traitement médicamenteux comprenant deux antidépresseurs et un neuroleptique (8 cp./j.). Le docteur N._____ se déclarait surpris que selon l'OAI, l'assuré ne présentait qu'une dysthymie sans répercussion sur sa capacité de travail.

L'intimé s'est déterminé à nouveau le 24 mars 2010. Une copie de sa prise de position a été communiquée au recourant, qui a réitéré sa demande d'expertise les 18 novembre 2010 et 23 février 2011.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente à condition que sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

En l'occurrence, la demande de prestation a été déposée le 25 mars 2008, de sorte qu'un éventuel droit à la rente a pu prendre naissance au plus tôt le 1^{er} septembre 2008.

b) Les faits sur lesquels le Tribunal cantonal peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif conformément aux art. 56 ss LPGA sont, en règle générale, ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b). Il n'y a pas de motif de déroger à cette règle dans la présente procédure, de sorte que la question du droit à la rente sera tranchée au regard des faits qui se sont produits jusqu'à la décision du 13 octobre 2008. Une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant postérieure à cette date doit faire l'objet d'une nouvelle procédure devant l'intimé.

3. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré qui, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à plein, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Cela implique notamment d'établir si l'assuré souffre d'une atteinte à la santé et, si oui, l'influence de cette atteinte sur sa capacité de travail et de gain.

4. L'intimé a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans la profession de magasinier, qu'il avait exercé en dernier lieu avant de subir plusieurs périodes d'incapacité de travail et de perdre son emploi. Se fondant principalement sur les rapports des docteurs Z._____ (du 14 juillet 2008) et G._____ (du 17 juillet 2008), l'intimé a notamment admis que le diabète dont souffrait l'assuré, ainsi que l'artériopathie des membres inférieurs, limitaient un peu la marche rapide, mais qu'ils ne constituaient pas un empêchement pour la profession de magasinier.

Le recourant conteste ce point de vue. Il allègue, pour l'essentiel, souffrir d'une atteinte à sa santé psychique entraînant une incapacité de travail totale, et a demandé qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par le tribunal à titre de mesure d'instruction.

5. a) L'art. 61 let. c LPGA prévoit que le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Le juge doit ainsi examiner l'ensemble des moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, et décider s'ils permettent d'établir les faits pertinents. Les preuves réunies pendant la procédure menée devant l'assureur social peuvent être considérées comme suffisantes par le juge, qui renoncera alors à mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction. Cela vaut également lorsque les documents médicaux ont été établis par un service médical interne de l'assureur social. Toutefois, en cas de doute, même léger, sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit faire procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur social pour instruction complémentaire (ATF

135 V 465 consid. 4 et 122 V 157 consid. 1d; cf. également TF 8C_907/2009 du 12 février 2010, consid. 1.1).

b) Pour évaluer la valeur probante d'un rapport médical, le juge doit examiner plus particulièrement si les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, si le rapport se fonde sur des examens complets et s'il prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier et repose sur une anamnèse complète, si la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant la personne assurée, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3).

6. a) En l'espèce, le docteur Z._____ a constaté que le recourant souffrait d'une dysthymie et que cette atteinte n'entraînait pas d'incapacité de travail. Il n'a pas constaté de signe d'une dépression majeure, d'une décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Le rapport est établi en connaissance de l'anamnèse et sur la base d'un examen complet; il prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et les constatations du docteur Z._____ sont clairement motivées. Les constatations du médecin du SMR rejoignent par ailleurs celles de la doctoresse H._____ et le docteur Z._____ explique de manière convaincante pourquoi son diagnostic de dysthymie s'accorde avec celui de réaction aiguë à un facteur de stress, posé par la doctoresse H._____ trois ans auparavant. Par ailleurs, cette dernière n'a pas posé le diagnostic de trouble de la personnalité, mais uniquement de trait de personnalité obsessionnelle et a également nié une incapacité de travail durable en raison des atteintes à la santé constatées. On doit donc constater que les appréciations des docteurs H._____ et Z._____ se

recourent très largement. Cela ne signifie pas, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'intimé se serait fondé sur une expertise datant de 2005 en négligeant l'évolution de son état de santé depuis lors, puisque le docteur Z._____ a lui-même procédé à un examen le 2 juillet 2008.

b) Le recourant conteste la valeur probante de ces deux avis psychiatrique en se référant au rapport du 29 mai 2008 établi par son médecin traitant, le docteur N._____. A l'appui de son recours, il a également produit une lettre du 15 février 2010 de ce praticien dans laquelle celui-ci se déclare "très surpris de lire que, selon l'Office AI, [l'assuré] ne présentait pas d'autres troubles psychiatriques qu'une dysthymie sans répercussion sur sa capacité de travail. Cette évaluation est d'autant plus surprenante que M. S._____ a besoin et bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier auprès de la Dresse W._____, associé à un important traitement médicamenteux comprenant deux antidépresseurs et un neuroleptique (8cp./j.)." Le docteur N._____ conclut sa lettre en recommandant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comprenant des tests de personnalité.

c) Ni le rapport du 29 mai 2008 du docteur N._____, ni sa lettre du 15 février 2010, ne permettent de mettre sérieusement en cause la valeur probante des constatations des docteurs Z._____ et H._____. Le docteur N._____ atteste certes, dans son rapport du 29 mai 2008, que l'assuré souffre d'un trouble de la personnalité de nature indéterminée (avec notamment confusion de la pensée, sentiments de préjudice, tendances projectives). Il n'est toutefois pas psychiatre et son avis sur ce point n'est corroboré ni par la doctoresse H._____, ni par le docteur Z._____. Par ailleurs, au regard de la lettre du 15 février 2010, on ne peut exclure que l'état de santé du recourant se soit péjoré postérieurement à l'examen pratiqué par le docteur Z._____ en juillet 2008 - soit que les traits de personnalité obsessionnelle mentionnés par la doctoresse H._____ aient atteint le seuil de morbidité, soit que la dysthymie du recourant ait évolué en dépression -, au point qu'un suivi par la doctoresse W._____ soit désormais nécessaire, de même que la prescription d'antidépresseurs et d'un neuroleptique. Mais au regard des

constatations des docteurs H._____ et Z._____, on peut exclure qu'une telle évolution, à supposer qu'elle soit établie, ait pu influencer sur le droit à la rente au moment de la décision litigieuse du 13 octobre 2008. Partant, une telle évolution ne peut entrer en considération pour statuer sur le litige (cf. consid. 2b supra).

7. a) Sur la base des rapports des docteurs Z._____ et H._____, l'intimé a considéré à juste titre, comme on l'a vu, que le recourant ne souffrait d'aucune incapacité de travail en raison d'une atteinte à sa santé psychique. Il est incontesté, par ailleurs, que S._____ souffre d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade II et de diabète. Dans une prise de position relativement sommaire, le docteur G._____ part du principe que ces atteintes limitent un peu la marche rapide, mais ne constituent pas un empêchement à exercer la profession de magasinier. Le docteur N._____, pour sa part, a exposé que les atteintes à la santé physique du recourant l'empêchaient d'exercer une activité impliquant une marche ininterrompue de plus de cinquante mètres ainsi que la montée d'un escalier ou d'une échelle. L'assuré devait, en outre, pouvoir procéder à des contrôles réguliers pour son diabète en fonction des efforts accomplis.

b) Le point de savoir si le recourant est limité dans la mesure attestée par le docteur N._____, ou uniquement dans celle décrite par le docteur G._____, en raison des atteintes à sa santé physique peut être laissé ouvert. Dans les deux cas, les limitations en question ne sont en principe pas incompatibles avec l'exercice de la profession de magasinier, éventuellement avec une légère diminution de rendement. Une telle diminution serait de toute façon inférieure à 40 %.

Par ailleurs, même à supposer qu'un reclassement dans une nouvelle profession soit nécessaire, le recourant ne subirait pas d'atteinte à sa capacité de gain dans une mesure ouvrant droit à une rente d'invalidité. Le revenu qu'il tirait de son activité de magasinier, au sein des éditions [...], en 2004, était en effet de l'ordre de 55'500 fr. par an, si l'on se réfère à l'extrait de compte individuel figurant au dossier. A la même

époque, le recourant aurait pu réaliser un revenu très légèrement inférieur dans une activité simple et répétitive, ne requérant aucune qualification professionnelle, si l'on se réfère aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 (ESS 2004), publiée par l'Office fédéral de la statistique. La jurisprudence admet de se référer à une telle étude lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. Dans ce cas, il convient toutefois de réduire le montant des salaires ressortant des données statistiques en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et 5).

Selon l'ESS 2004, le revenu mensuel brut (valeur centrale) pour un homme exerçant une activité de niveau 4 dans le secteur privé était à l'époque de 4'588 fr. soit 55'056 fr. par an. On peut admettre que ce secteur offre suffisamment d'activités adaptées aux empêchements décrits par le docteur N._____. Après avoir procédé aux diverses adaptations nécessaires pour tenir compte de la durée moyenne de travail hebdomadaire dans les entreprises en 2004 (41.6 heures au lieu de 40 heures pour établir les revenus standardisés de l'ESS 2004; source : Office fédéral de la statistique, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr), ainsi que des facteurs personnels qui limitent les perspectives salariales du recourant (déduction de 15 % au maximum dans le cas d'espèce), on obtient un revenu d'invalidé de l'ordre de 49'000 fr. en 2004. Une comparaison avec un revenu hypothétique de 55'500 fr. exclut un taux d'invalidité de 40 % ouvrant droit à une rente. Il n'en irait pas différemment si l'on cherchait à procéder à une comparaison de revenu pour l'année 2008, lors de laquelle le droit à la rente aurait pris naissance d'après le recourant.

8. Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction. Les conclusions du recourant sont mal fondées.

La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton, provisoirement (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).

En l'occurrence, les frais judiciaires par 400 fr. sont laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Xavier Pétremand, conseil d'office du recourant selon décision du 23 janvier 2009 du Bureau de l'assistance judiciaire est arrêtée à 1'700 fr. pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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

- I.** Le recours interjeté par S. _____ est rejeté.
- II.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- III.** L'indemnité d'office de Me Xavier Pétremand, conseil du recourant, est arrêtée à 1'700 fr. (mille sept cents francs).

IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Xavier Pétremand (pour S. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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).

Le greffier :