

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourant, représenté par le Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA, 4 al. 2 LAI et 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après: l'assuré), né en 1943, est au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) depuis le 1^{er} août 1996 en raison de troubles rhumatologiques. L'OAI a en effet estimé la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans un emploi adapté à son état de santé.

b) Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, l'assuré a été examiné le 28 janvier 2002 au Service médical régional AI (ci-après: SMR), par les Drs V._____, médecine interne et rhumatologie FMH, et L._____, psychiatre. Dans leur rapport du 29 janvier suivant, ces médecins ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 8 kg et pas de port de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travaux se faisant en porte-à-faux statique permanent du tronc, pas de déplacements dans des terrains accidentés, sur des échelles/escabeaux, pas de travaux imposant de genuflexions répétées ou devant se réaliser en position accroupie. Ces médecins ont estimé que l'assuré présentait toujours une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans un emploi adapté.

 Par décision du 10 mars 2003, l'OAI a confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente, considérant que son état de santé ne s'était pas aggravé depuis l'octroi initial de la rente.

c) Le 23 décembre 2003, N._____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'AI tendant à l'octroi d'une rente entière en raison de l'aggravation de son état de santé.

 Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli différents avis médicaux, dont celui de la Dresse P._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 30 mars 2005, laquelle a

notamment retenu le diagnostic de douleurs plantaires des deux pieds dans le contexte de nodules de fibromatose de l'aponévrose plantaire prédominant à droite. Ce médecin fait état d'une aggravation de l'état de santé et des limitations fonctionnelles de l'assuré.

Le 6 mars 2006, l'assuré a été examiné par le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation au SMR. Dans son rapport du 31 mai suivant, ce médecin a notamment retenu le diagnostic affectant la capacité de travail de tendinite d'Achille (M 77.9). Il expose en outre ce qui suit:

"[...] L'évaluation clinique réalisée ce jour à l'SMR n'a pas mis en évidence clairement de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles établies lors de l'évaluation du mois de janvier 2002. Sur le plan ostéoarticulaire, la mobilité est quasi complète, uniquement décrite comme douloureuse en fin de course sans véritable limitation. [...]

Persistance d'une tendinopathie (tendinite d'Achille à D) sans signe inflammatoire aigu actuellement, au bénéfice d'un traitement d'acupuncture tous les 15 jours, toutefois, cette symptomatologie n'entrave pas notre assuré dans ses activités quotidiennes, ni dans ses promenades quotidiennes. [...]

Les autres atteintes ostéoarticulaires sont tout à fait superposables par rapport à l'état déjà décrit en janvier 2002 sans aucun argument objectif en faveur d'une péjoration. L'assuré parle plutôt même d'une certaine amélioration en ce qui concerne la symptomatologie au niveau des genoux et un statu quo par rapport au rachis lombaire avec une quasi disparition de la symptomatologie cervicale.

En conclusion : nous pouvons estimer que sur le plan ostéoarticulaire, la situation est tout à fait stable par rapport à l'évaluation effectuée en janvier 2002."

En définitive, le Dr R._____ considère que les limitations fonctionnelles sont identiques à celles retenues dans le rapport d'examen du SMR du 30 janvier 2002 avec adjonction d'éviter les mouvements d'antépulsion au-delà de 90° au niveau des deux épaules. La capacité de travail résiduelle est ainsi estimée à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles, depuis 1996.

Le 13 juin 2006, le Dr W._____, médecin au SMR, a confirmé l'estimation du Dr R._____ de la capacité de travail de l'assuré.

Par décision 22 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité, considérant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis l'octroi initial de la rente, la capacité résiduelle de travail étant toujours de 50% dans l'emploi habituel et de 100% dans une activité adaptée.

d) Dans le cadre de l'instruction de l'opposition formée le 19 juillet 2006 par l'assuré, la Dresse P._____ a adressé un courrier à l'OAI le 9 septembre 2006, dans lequel elle expose que l'assuré a présenté en septembre 2005 une tendinopathie achilléenne bilatérale, prédominant à droite, que, malgré une infiltration de cortisone, les douleurs et l'entrave fonctionnelle à la marche ont perduré et que l'accentuation des douleurs, associées à des signes inflammatoires locaux, a amené l'assuré à la consulter en février 2006. Ce médecin précise en outre que l'évolution clinique n'a pas été favorable et qu'en juin 2006, suspectant la survenue d'une rupture, elle a demandé une IRM qui a confirmé ce diagnostic. En outre, la Dresse P._____ "estime que médicalement l'état de santé de mon patient s'est aggravé et je ne vois pas comment Monsieur N._____ peut prétendre à un 100% de capacité de travail dans une activité exigible, ni à un 50 % dans son activité habituelle".

Dans un courrier du 20 septembre 2007, le Dr X._____, chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, a indiqué que l'assuré présentait depuis le mois de mai 2006 une rupture, probablement dégénérative, du tendon d'Achille droit. Il expose en outre ce qui suit:

"Malgré l'instauration d'un traitement conservateur, l'évolution a été plutôt défavorable avec impotence fonctionnelle du tendon d'Achille et surtout une IRM effectuée le 23 novembre 2006, qui montrait une déchirure complète localisée à 7 cm de l'insertion calcanéenne. [...]"

Lors de la consultation du 18 décembre 2006 on met effectivement en évidence une rupture chronique du tendon d'Achille droit sur probables troubles dégénératifs, raison pour laquelle on propose au

patient une option chirurgicale sous forme d'allongement du moignon proximal selon la technique en VY et suture termino-terminale.

Le patient a été hospitalisé une première fois à l'Hôpital Orthopédique du 03.07.2007 au 06.07.2007, où le 03.07.07 on effectue l'intervention chirurgicale de plastie du tendon d'Achille droit allongement en VY. [...]"

Dans un avis médical du 6 mai 2008, le Dr C._____, médecin-chef adjoint du SMR, indique, s'agissant de la pathologie du tendon d'Achille, les éléments suivants:

"[...] cette atteinte était connue lors de l'examen rhumatologique du 06.03.2006 ; l'examineur a retenu une « tendinite d'Achille » ; les limitations fonctionnelles qui découlent de cette affection recourent celles retenues par le SMR déjà en 2002. Le diagnostic exact n'est pas déterminant pour fixer la capacité de travail, ce sont les limitations fonctionnelles constatées qui sont déterminantes ; autrement dit, qu'il s'agisse d'une tendinite ou d'une rupture du tendon d'Achille ne change pas la capacité de travail dès lors que les limitations fonctionnelles sont reconnues par le spécialiste. Par contre, l'évolution de cette affection a clairement été défavorable après l'examen au SMR puisqu'elle a nécessité une opération en juillet 2007, suivie de complications (déhiscence de plaie, infection) sur plusieurs mois, nécessitant une consultation quotidienne en chirurgie plastique pour pansements itératifs. Il y a une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis juillet 2007 en raison de cette affection. [...]"

En conclusion l'exigibilité est nulle dans toute activité depuis juillet 2007. Jusqu'à cette date, elle est restée celle retenue dans l'avis médical du 13.06.2006."

Par décision sur opposition du 13 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} octobre 2007, en raison de l'aggravation des troubles du tendon d'Achille ensuite de l'opération subie au mois de juillet 2007. L'OAI a ainsi considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans l'emploi habituel et de 100% dans une activité adaptée jusqu'à fin juin 2007 et que, dès juillet 2007, ladite capacité était nulle dans toute activité.

B. L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 12 juin 2008, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2006. Selon lui, le rapport de la Dresse P._____, du 9 septembre 2006

ainsi que d'autres avis médicaux démontrent que l'atteinte au tendon d'Achille existe au moins depuis septembre 2005; l'impotence fonctionnelle à l'origine de l'incapacité de travail totale dans toute activité est médicalement prouvée dès le mois de juin 2006 et le droit à une rente entière est ouvert dès le 1^{er} septembre 2006, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé.

Dans sa réponse du 15 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que l'incapacité de travail devait être considérée comme totale seulement à partir de l'opération de juillet 2007 et des complications qui s'en sont suivies.

Par réplique du 8 octobre 2008, le recourant a requis que son médecin traitant, la Dresse P._____, soit interrogée.

Dans une correspondance du 9 janvier 2009, la Dresse P._____ a indiqué pouvoir "dire avec forte conviction que l'on peut évaluer le début de l'incapacité totale de travail de Monsieur N._____ remontant à mai 2004".

Dans ses déterminations du 30 janvier 2009, le recourant a modifié ses conclusions en ce sens que le droit à une rente entière est ouvert dès le 1^{er} août 2004. Il s'est déclaré prêt à retirer son recours dans le cas où l'OAI accepterait d'entrer en matière sur la demande de révision sur la base d'une incapacité de travail totale dès le mois de mai 2004.

Le 6 février 2009, l'OAI a indiqué que la lettre du 9 janvier 2009 de la Dresse P._____ n'amenait aucun élément nouveau et que l'avis de l'expert devait être préféré à celui du médecin-traitant. Il a dès lors conclu au rejet du recours.

Le 20 février 2009, le recourant s'en est remis à justice pour la suite de la procédure et s'est référé à la jurisprudence selon laquelle le contenu et non la provenance des avis médicaux est déterminant.

Le 24 février 2009, le juge instructeur a exposé aux parties que sauf réquisition présentée dans un délai au 17 mars 2009 et tendant à un complément d'instruction, celle-ci serait considérée comme close.

Le 12 mars 2009, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de nouvelle réquisition tendant à un complément d'instruction et que, selon lui, la cause était en état d'être jugée.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours est en outre manifestement recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

3. En l'espèce, il est admis par les parties que le recourant a présenté une aggravation de son état de santé justifiant l'octroi d'une rente entière. L'assuré considère toutefois que la rente entière doit être versée en se fondant sur une incapacité de travail totale dès mai 2004, alors que l'intimé estime que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'est survenue qu'en juillet 2007. Dès lors, seule demeure litigieuse la capacité de travail entre le mois de mai 2004 et juin 2007.

4. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la 5^e révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), 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 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

c) Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; 112 V 371 consid. 2b).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

5. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les différents avis du SMR pour déterminer la date de l'aggravation de l'état de santé du recourant. Il a ainsi retenu que le recourant présentait effectivement une nouvelle

pathologie au tendon d'Achille justifiant l'octroi d'une rente entière dès l'opération pratiquée au mois de juillet 2007, mais que, pour la période antérieure, l'atteinte au tendon d'Achille n'impliquait pas de nouvelle limitation fonctionnelle par rapport à celle retenue dans le rapport du SMR du 29 janvier 2002. L'intimé n'a ainsi pas contesté la présence d'une tendinopathie et d'une rupture chronique du tendon d'Achille pour la période antérieure au mois de juillet 2007, mais a considéré que ces atteintes à la santé ne justifiaient pas l'octroi d'une rente entière dès lors qu'elles n'impliquaient pas de nouvelle limitation fonctionnelle. Le raisonnement de l'intimé, fondé sur les différents avis du SMR, ne saurait toutefois être suivi.

En effet, le Dr R._____, du SMR, a examiné le recourant le 6 mars 2006 et établi un rapport le 31 mai suivant. Si ce médecin a certes pris en considération l'atteinte au tendon d'Achille du recourant, la tendinite d'Achille étant retenue comme diagnostic affectant la capacité de travail, il y a néanmoins lieu de constater que l'état de santé du recourant s'est modifié postérieurement à l'examen pratiqué au SMR. Une IRM réalisée en juin 2006 a ainsi révélé la présence d'une rupture du tendon d'Achille droit. Dès lors que les conclusions du Dr R._____ ne se fondent pas sur des examens complets, pleine valeur probante ne peuvent leur être conférées. Par ailleurs, le Dr C._____ a exposé dans son avis médical du 6 mai 2008 que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient demeurées identiques par rapport à l'examen réalisé en janvier 2002 au SMR et qu'une incapacité de travail totale dans toute activité pouvait être reconnue dès le mois de juillet 2007, date de l'opération. Alors que le Dr C._____ semble considérer qu'une rupture du tendon d'Achille n'implique pas de nouvelles limitations fonctionnelles pour le recourant, il n'a toutefois pas précisé quelles étaient les nouvelles limitations fonctionnelles découlant de l'opération du tendon d'Achille et justifiant de reconnaître une incapacité de travail complète. Son avis, qui ne se fonde sur aucun examen du recourant, ne saurait dès lors être suivi.

Dans son rapport du 30 mars 2005, la Dresse P._____, médecin-traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé et des

limitations fonctionnelles de l'assuré. Elle n'a toutefois pas précisé quelles limitations fonctionnelles supplémentaires s'imposeraient à l'assuré en raison de son état de santé. Elle n'a pas non plus indiqué les éventuelles répercussions de cette aggravation sur la capacité de travail. En outre, dans son courrier du 9 septembre 2006, la Dresse P._____ a exposé que l'assuré avait présenté en septembre 2005 une tendinopathie bilatérale prédominant à droite et qu'en juin 2006 le diagnostic de rupture avait été confirmé par IRM. Toutefois, dans sa correspondance du 9 janvier 2009, la Dresse P._____ estime que l'incapacité totale de travail de l'assuré a débuté en mai 2004. Cette affirmation n'est cependant pas suffisamment étayée pour que valeur probante lui soit reconnue.

Il y a toutefois lieu de constater, et les parties ne le contestent d'ailleurs pas, que l'assuré a présenté une aggravation de son état de santé sous la forme d'une rupture du tendon d'Achille droit, justifiant une incapacité de travail dans toutes activités et, partant, ouvrant droit à une rente entière. Cette nouvelle pathologie a été objectivée par un examen IRM en juin 2006. Néanmoins, l'intimé reconnaît que cette atteinte à la santé justifie une incapacité de travail totale seulement dès le mois de juillet 2007, date de l'opération. Cette appréciation, qui se fonde principalement sur les conclusions des Drs R._____ et C._____, ne saurait être suivie pour les raisons exposées ci-dessus. Dans son recours, l'assuré a considéré qu'il présentait une incapacité de travail complète dès le mois de juin 2006. Le 30 janvier 2009, il a toutefois estimé que son incapacité totale de travailler avait débuté au mois de mai 2004, en se fondant sur l'avis de la Dresse P._____, qui, comme exposé ci-dessus, ne saurait être suivi. Au sens de la vraisemblance prépondérante, il apparaît ainsi que l'état de santé du recourant s'est aggravé, de manière à justifier une incapacité de travail entière dans toute activité, à partir du mois de juin 2006, soit dès l'IRM ayant objectivé cette pathologie. Le recourant a dès lors droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2006, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

6. En conséquence, le recours doit être admis et la décision entreprise doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2006.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'200 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 13 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2006.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. Une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Service juridique d'Intégration Handicap (pour N. _____),
- 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).

Le greffier :