

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Stève Kalbermatten,
avocat à Clarens,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], est de nationalité kosovare. Titulaire d'un diplôme d'auto-électricien obtenu dans son pays, il a été embauché, depuis le 1^{er} janvier 2006, comme monteur en façade pour le compte de la société L. _____ SA Constructions métalliques à [...]. Le 3 décembre 2007, il a été victime d'un accident professionnel (chute sur les genoux). Il a présenté une incapacité totale de travail depuis lors. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

b) Le 22 juillet 2008, S. _____ a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) a été formulée le 18 septembre 2008.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a pris connaissance du dossier médical de l'assuré constitué par la CNA (pièces 27, 52 et 81) et obtenu les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés (rapport du 14 octobre 2008 du Dr W. _____, spécialiste en chirurgie ; rapport du 30 juillet 2009 du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Après la prise en charge, par l'OAI, de la reconnaissance de son diplôme d'auto-électricien auprès de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) à Berne, l'assuré a bénéficié d'une visite pour un stage d'orientation-évaluation à l'Orif [...]. En parallèle, la CNA a mandaté la Fondation A. _____ (A. _____) avec, à la clé, un stage pratique de magasinier léger en septembre 2010, lequel s'est soldé par un échec. L'intéressé a ensuite séjourné, du 14 décembre 2010 au 11 janvier 2011, auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans leur rapport du 16 février 2011, les médecins de la CRR ont constaté un « processus d'invalidation bien établi » avec une focalisation de l'assuré sur les limitations de ses deux genoux. Tenant la situation pour

stabilisée, ces spécialistes étaient favorables à la reprise d'un reclassement professionnel. Entre août 2011 et novembre 2012, l'assuré a bénéficié, de la part de l'OAI, de deux stages d'observation professionnelle à l'Orif tenus en échec par ses problèmes de santé.

Se fondant sur les avis des 21 janvier, 25 mars et 3 juin 2015 du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) qui confirmaient les conclusions d'un rapport d'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 6 janvier 2015 des Drs R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, l'OAI a, par décision du 7 décembre 2015, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour des périodes limitées du 1^{er} décembre 2008 au 31 janvier 2010 et du 1^{er} février au 31 juillet 2014. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Œuvrant comme chauffeur-livreur auxiliaire (30 %), du 9 septembre 2015 au 30 septembre 2016 (soit la date de sa démission), pour le compte de la société T._____ SA à [...], S._____ a été victime, le 21 juillet 2016, d'un infarctus du myocarde au Kosovo.

Le 18 octobre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

A l'invitation de l'OAI, l'intéressé a produit un rapport du 3 avril 2017 du Dr F._____, généraliste et médecin traitant depuis le mois de septembre 2014. Posant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'infarctus, de séquelle d'infarctus, d'artériopathie avec coronaropathie (août 2016), d'accident - lâchage du genou gauche avec chute de sa hauteur - entorse (05.09.2016), de cheville gauche (08.2016), de lombalgies chroniques avec lombosciatalgies aiguës et d'état anxio-dépressif, ce médecin a constaté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré depuis le 22 août 2016. En annexe à son rapport, le médecin traitant a joint en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 6 septembre 2016 au médecin traitant, dans lequel le Dr K._____, spécialiste en cardiologie, a diagnostiqué une maladie coronarienne bitronculaire avec infarctus le 21 juillet 2016 au Kosovo et pose d'un stent à édition (PROMUS) sur l'artère interventriculaire antérieure (IVA) ostiale (sténose de 70 % de la coronaire droite proximale à faire dans un deuxième temps/fraction d'éjection ventriculaire gauche à 40 %, soit modérément diminuée en rapport avec une hypokinésie sévère antéroseptale et apicale/cyclo-ergométrie sous-maximale négative pour une ischémie myocardique). Il existait, comme comorbidité, une consommation chronique d'alcool. Les facteurs de risques étaient un tabagisme récemment suspendu, une dyslipidémie et une surcharge pondérale. Ce spécialiste a suggéré, avec l'accord de l'assuré, le suivi d'un « programme complet de réadaptation cardiaque » ;

- un rapport du 3 octobre 2016 adressé au Dr K._____ par le Dr G._____, spécialiste en cardiologie, consécutif à une angioplastie de la coronaire droite réalisée le 29 septembre 2016 par le Dr G._____ au Centre Cardiologique de la J._____, à [...]. Ce document se termine comme suit :

“Comme tu pourras le constater, on note un excellent résultat au niveau du stent actif implanté sur l'IVA proximale. Il n'y a en revanche étonnement aucune lésion au niveau de la coronaire droite qui est parfaitement lisse. Il s'agit le plus probablement d'un vasospasme dans le cadre de l'infarctus. La fonction systolique du ventricule gauche est par ailleurs modérément diminuée sur une akinésie antéro-apicale relativement étendue.

Le status coronarien actuel permet d'envisager sans arrière-pensée la réadaptation cardiovasculaire prévue à l'N._____.” ;

- un certificat médical du 13 avril 2017 aux termes duquel, le Dr K._____ a attesté comme unique limitation fonctionnelle : « pas d'activité avec port de charge de plus de 10 kg ».

Le 15 janvier 2018, le Dr F._____ a répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

- “1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*
- Gonalgies bilatérales chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs ménisco-articulaires sur status post méniscectomie.
 - Lombosciatalgies D [droites] chroniques avec poussées aiguës avec dysbalance musculaire.
 - Status après infarctus avec mise en place d'un stent actif.
 - Déconditionnement physique global.
 - Insuffisance cardiaque chronique.
 - Etat anxiodépressif réactionnel.
2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*
Stationnaire. Nous ne sommes plus en situation d'évolution de ses pathologies.
3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis Quand ?*
La capacité de travail est nulle dans toutes les activités ayant des contraintes physiques.
4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*
Une activité partielle et légère (30 à 40%) dont il faudrait évaluer le taux et le rendement pourrait être envisagée au 01.07.2018.
5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*
Postures statiques. La position assise genou fléchi est supportée 30 min. La position debout stationnaire est mal supportée s'il reste avec le genou tendu. Monter les escaliers est difficile. A plat la marche est limitée à 15 min.
Ne peut se pencher et travailler les bras au[-]dessus de la tête.
Ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance sont limitées.
6. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*
30.07.2016 au 30.06.2018
7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*
Annexé.”

A l'appui de ses réponses au questionnaire de l'OAI, le médecin traitant a joint les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 12 mai 2017 du Dr Q._____, spécialiste en dermatologie, consulté le jour précédent. Ce praticien a diagnostiqué un eczéma plantaire et prescrit un traitement médicamenteux idoine. Il a précisé qu'en cas de staphylocoque doré (après un frottis bactériologique pratiqué

en la présence de multiples papules et franches postules folliculaires sur toute la surface du menton), il se justifierait d'ajouter un traitement de Co-Amoxicillin *per os* ;

- un rapport du 12 juin 2017 au Dr F. _____ dans lequel le Dr K. _____ s'est notamment exprimé comme suit en marge du suivi coronarien de l'assuré :

“Discussion :

Mr S. _____ présente des précordialgies atypiques, fugaces et punctiformes migrantes sans lien avec l'activité physique systématique. La consultation aux urgences de l'N. _____ d'avril passé concluait à des douleurs pariétales ce que je retrouve également ce jour avec des douleurs reproductibles de manière élective avec des zones *gâchettes* à deux endroits différents en thoracique gauche. Il mentionne des hémoptysies matinales sous bi-anti-agrégation et compte tenu de ses antécédents de tabagisme, je conseillerai vivement la réalisation d'un scanner afin d'exclure une néoplasie. Il a pris 4 kilos, mais n'a pas repris son tabagisme depuis l'année passée.

La TA [tension artérielle] est à 140/9' mmHg. B1 B2 lointains. Absence de souffle carotidien. Absence de signe d'insuffisance cardiaque droite et gauche.

L'ECG [électrocardiogramme] montre un rythme sinusal régulier à 65 bpm. Hémibloc antérieur gauche. Ondes Q en V1 V2 V3 avec des ondes T négatives en V2 V3 V4. QT corrigés dans la norme.

La cyclo-ergométrie est sous-maximale sous bêta-bloquant mais ne documente pas d'arythmie ventriculaire ni signes pour une ischémie myocardique.

Je rappelle à M. S. _____ l'importance de surveiller son poids et de contrôler ses différents facteurs de risque. Compte tenu de l'hémoptysie et puisque nous nous trouvons quasiment à un an de son infarctus, j'ai suspendu l'Efient en maintenant l'Aspirine Cardio. Une fois le scanner thoracique réalisé, un avis pneumologique sera certainement utile.” ;

- deux rapports du 28 juin 2017 relatifs à des IRM (imageries par résonance magnétique) des genoux droit/gauche pour valoir bilan de gonalgies bilatérales, du jour précédent au Centre d'Imagerie Médicale [...]. Il a été mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale médiale modérée, des remaniements post-chirurgicaux du tendon distal et une anthèse distale de la bandelette ilio-tibiale ainsi qu'une hydarthrose modérée sans kyste poplité (*genou droit*) et des remaniements

dégénératifs mucoïdes de la corne postérieure du ménisque médial avec une gonarthrose modérée fémoro-tibiale médiale (*genou gauche*) ;

- des rapports de consultations des 27 septembre et 2 novembre 2017 auprès du Dr H._____, médecin-chef du Centre médical de [...]. Il y est indiqué que des importantes dysbalances musculaires (surtout des lombosciatalgies) avaient nécessité une prise en charge rééducative, avec globalement une amélioration de la situation (stabilisation) qui n'a pas nécessité la poursuite de cette mesure thérapeutique.

Un avis SMR du 5 février 2018 a fait le point de la situation comme suit :

“Homme de 57 ans, marié, 4 enfants. Kosovar, en Suisse depuis [...] (permis C). Formation d'auto[-]électricien au [K]osov[o], reconnue. Dernier emploi comme chauffeur[-]livreur à 30% de sept 2015 à sept 2016.

Pour mémoire, 1ere demande en septembre 2008, dans les suites d'un accident de travail le 03 déc 2017 ayant entraîné une pathologie somatique puis des troubles psychiques. Le SMR concluait, après un examen rhumatologique et psychiatrique [à] une pleine capacité de travail sur toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (LF) « marche de plus de 1 km, montées/descentes fréquentes d'escaliers, position en porte à faux ou accroupi sur les genoux, port de charges de plus de 10 kgs, position assise statique plus de 2 hrs, debout statique plus de 15 min. » Aucune limitation psychique incapacitante n'était retenue (cf. avis SMR 21 janv. 2015). L'activité habituelle de monteur en façade n'était plus adaptée. Une rente AI limitée dans le temps était notifiée par décision du 07 dec 2015.

Nouvelle demande pour motifs cardiaque et rhumatologique étayée par un rapport du médecin traitant Dr F._____ du 03 avril 2017 qui fait état d'un infarctus en juillet 2016 et d'un accident en ao[ût] 2016 (Lâchage du genou gauche avec chute de sa hauteur, entorse de cheville gauche et séquelles douloureuses). La capacité de travail sur l'activité de chauffeur est nulle depuis le 22 août 2016. Un rapport du Dr K._____ (cardiologue) du 06 sept 2016 pose les diagnostics de maladie bitronculaire avec infarctus le 21 juillet 2016 au Kosovo et pose d'un stent sur l'IVA ostiale. Il évoque une sténose de la coronaire à faire dans un 2eme temps. La fraction d'éjection ventriculaire gauche était de 40%, soit modérément diminuée. On note les comorbidités tabagisme récemment suspendu, dyslipidémie, surpoids, et consommation chronique d'alcool. Un rapport du Dr G._____ en date du 03 oct. 2016, suite à coronarographie du 29 sept 2016, note un excellent résultat au niveau du stent implanté sur l'IVA gauche et ne retrouve aucune lésion au niveau de la coronaire droite (retenant un probable vasospasme initial dans le cadre de l'infarctus). Une réadaptation cardio vasculaire était prévue. Dans un courrier à l'AI en date du 13

avril 2017, le Dr K. _____ note pour seule limitation fonctionnelle « port de charge de plus de 10 kgs ». Interrogé par téléphone ce jour, il confirme une pleine capacité de travail dans une activité excluant l'effort physique.

Notre avis :

Assuré victime d'un infarctus du myocarde le 21 juillet 2016, traité par pose de stent actif puis réadaptation cardio vasculaire avec un bon résultat. La FEVG (fraction d'éjection du ventricule gauche) était légèrement abaissée à 40% et la seule limitation notée par le cardiologue liée au port de charge. Celui-ci nous confirme une pleine capacité de travail dans une activité adaptée excluant l'effort physique.

On note que selon le rapport employeur la dernière activité exercée comme chauffeur[-]livreur (port de charges) n'était déjà pas adaptée aux limitations décrites depuis 2015. Par ailleurs cette activité ne nous semble pas compatible avec une consommation d'alcool chronique citée dans plusieurs rapports de cardiologues.

Les limitations précédemment décrites en 2015 restent valables, l'assuré présente une pleine capacité de travail dans toute activité excluant l'effort physique. La dernière activité de chauffeur routier n'est pas adaptée, et ne l'était déjà pas. L'infarctus a occasionné une incapacité temporaire totale sur toute activité du 21 juillet 2016 au 13 avril 2017, date du courrier du Dr K. _____.”

Par projet de décision du 29 mai 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de « refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations ». Ses constatations étaient les suivantes :

“La précédente demande de prestations AI s'est conclue par une rente limitée dans le temps.

Le 18 octobre 2016, nous avons reçu une nouvelle demande. Pour pouvoir entrer en matière, il faut que la situation professionnelle ou médicale se soit notablement modifiée.

L'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde le 21 juillet 2016, traité par la pose de stent actif puis par la réadaptation cardio vasculaire avec un bon résultat. Après avoir pris contact avec le cardiologue, ce dernier nous a confirmé que l'assuré possède une pleine capacité de travail dans une activité adapté[e] excluant l'effort physique.

On note d'ailleurs que l'activité exercée en tant que chauffeur[-]livreur ne respectait pas les limitations fonctionnelles décrite[s] depuis 2015.

- marche de plus de 1 km, montées/descentes fréquentes d'escaliers
- position en porte-à-faux ou accroupi sur les genoux
- port de charges de plus de 10 kg
- positions assise statique de plus de 2 heures
- debout de plus de 15 min

Par conséquent, l'infarctus a occasionné une incapacité temporaire totale sur toute activité du 21 juillet 2016 au 13 avril 2017.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas pu constater de modifications notables de la situation médicale, raison pour laquelle nous ne pouvons pas entrer en matière sur cette nouvelle demande. Nos précédentes conclusions restent valables.

Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations."

Les 15 juin et 17 octobre 2018, l'assuré, désormais assisté de son conseil Me Stève Kalbermatten, a signifié son désaccord avec ce projet. Il invoquait une situation globale « particulièrement mauvaise et empir[ant] de mois en mois » entravant toute reprise d'une activité professionnelle. Dans le cadre de ces objections, l'OAI s'est vu remettre :

- un rapport du 2 octobre 2018 du Dr F. _____ qui a répondu comme suit aux questions de l'avocat :

- "1. De quelle(s) affection(s) à la santé souffre M. S. _____ ?*
 - Gonalgies bilatérales chronique[s] sur troubles dégénératif[s]
 - Lombosciatiques aiguës sur lombalgies chroniques et discopathie
 - Cervicobrachialgies droites
 - Déconditionnement physique et musculaire global
 - Insuffisance cardiaque sur coronaropathie et infarctus du myocarde avec pose de stents
 - Insuffisance respiratoire chronique Emphysème BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive]
 - Etat anxiodépressif avec épisodes dépressifs sévères
- 2. Cette affection ou ces affections ont-elles des conséquences sur la capacité de travail ?*

Oui
- 3. Si oui, lesquelles ?*

Toutes
- 4. Quelle est la capacité de travail de M. S. _____ dans son activité habituelle/de base (montage - serrurerie/exploitation) ?*
 - Aucune depuis 2007
 - Une activité partielle à 30% en 2015-2016 pendant 10 mois dans une activité adaptée
- 5. S'il y en a une, depuis quand ?*
- 6. Quelle est sa capacité de travail dans une activité exigeant des contraintes physiques ?*
 - Aucune
- 7. S'il y en a une, depuis quand ?*

8. *Quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de la ou des affections à la santé dont souffre M. S. _____ ?*
 - La tentative de reprise d'activité à 30% en 2015 (chauffeur-livreur) s'est soldée par un échec (épuisement puis infarctus)
9. *S'il y en a une, depuis quand ?*
10. *Quelles sont justement ces limitations fonctionnelles ?*

Postures statiques. La position assise genou fléchi est supportée 30 min. La position debout stationnaire est mal supportée s'il reste avec le genou tendu. Monter les escaliers est difficile. A plat la marche est limitée à 15 min.
Ne peut se pencher et travailler les bras au-dessus de la tête
Ne peut pas s'accroupir ou se tenir à genou
Ne peut soulever, porter +de 5 kgs
Ne peut monter sur une échelle ou un échafaudage
Ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance sont très limitées
11. *S'il y en a un, quel type d'activité pourrait exercer M. S. _____ ?*
 - Au vu des antécédents, de son absence de formation initiale et de son âge probablement aucune
12. *Quels sont actuellement les traitements en cours en faveur de M. S. _____ ?*
 - Voir annexe
13. *Quelle est l'évolution probable de l'état de santé de M. S. _____ ?*
 - Pessimiste et défavorable
14. *Autres remarques ?" ;*

- un rapport du 9 octobre 2018 adressé au médecin traitant par le Dr D. _____, spécialiste en pneumologie. Posant les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré sévère avec index d'apnées-hypopnées (IAH) à 64.1/h (échec d'appareillage en septembre 2018), de maladie coronarienne bi-tronculaire (status post-infarctus myocardique et pose de stent actif sur l'IVA ostiale en 2016), de dyslipidémie, de douleurs rachidiennes sur probables troubles dégénératifs et de notion d'allergie à l'œuf et au poivron, le pneumologue traitant a fait part de ce qui suit :

"Malgré plusieurs semaines d'essai thérapeutique et changement du masque, M. S. _____ n'arrive pas s'habituer à dormir avec le CPAP [Continuous Positive Airway Pressure], notamment en raison de douleurs musculo-squelettiques liées à de possibles troubles dégénératifs du rachis. Il va prochainement avoir des infiltrations et espère pouvoir mieux dormir ainsi.

J'ai ré-expliqué au patient l'intérêt d'un traitement de son SAOS, notamment pour la qualité de son sommeil et la prévention du risque cardiovasculaire. Il y aurait comme alternative au CPAP une orthèse d'avancement mandibulaire, mais le patient y est catégoriquement opposé en raison d'un réflexe nauséux très important, selon ses dires. Nous avons donc convenu de surseoir pour l'instant à tout traitement, dans l'espoir d'une amélioration de la qualité du sommeil suite aux infiltrations, qui pourrait éventuellement autoriser un nouvel essai de CPAP ; le patient doit me recontacter prochainement pour en discuter."

- un rapport du 11 octobre 2018 relatif à un CT-scanner cervical effectué le même jour au Centre d'Imagerie Médicale du [...]. Il y est indiqué une infiltration à visée antalgique articulaire postérieur C7-D1 droit sous balisage CT-scanner, avec la précision que l'efficacité de ce geste devait être réévaluée à distance.

L'OAI a livré à l'analyse du SMR les rapports recueillis. Interpellé par le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie, du SMR, le Dr D. _____ a répondu, le 12 novembre 2018, comme suit :

"Cher Confrère,

J'ai bien reçu votre courrier du 06 ct. Concernant le patient susmentionné et suis en mesure de vous donner les informations suivantes à son propos :

M. S. _____ présente un SAOS sévère (IAH à 64.1/h) pour lequel un traitement par CPAP a été proposé en août dernier. Le patient [a] pu tester un appareil à domicile pendant environ 1 mois, auquel il n'a toutefois pas réussi à s'adapter malgré l'essai de plusieurs masques ; à noter un bon résultat du traitement durant les deux premières nuits selon les données enregistrées par l'appareil, malgré une mauvaise tolérance décrite par le patient. Une orthèse d'avancement mandibulaire a été proposée, mais le patient s'y est d'emblée opposé en raison d'un important réflexe nauséux.

Pour répondre à vos questions, il serait nécessaire de déterminer, au moyen d'un test du maintien de l'éveil pratiqué en laboratoire du sommeil, si le SAOS entraîne (et dans quelle mesure) une somnolence diurne limitant la capacité au travail. A noter que les options thérapeutiques disponibles à l'heure actuelle permettent en principe de traiter ce type de SAOS ; en dernier lieu, un traitement chirurgical par avancement bi-maxillaire pourrait être proposé.

Je vous laisse donc le soin, si vous en retenez l'indication pour le dossier de M. S. _____, d'organiser un test du maintien de l'éveil ; je peux également m'en charger si vous le souhaitez."

Sur la base des renseignements communiqués, le médecin-conseil au SMR a demandé au Dr D._____ d'organiser des mesures d'instruction complémentaires, à savoir un test de maintien de l'éveil en laboratoire du sommeil pour quantifier objectivement une éventuelle somnolence diurne chez l'assuré et faire parvenir, le moment venu, les résultats de ce test ainsi que les commentaires du pneumologue à son sujet (courrier du 12 décembre 2018 du Dr P._____, du SMR, au Dr D._____).

Le 22 mai 2019, le Dr D._____ a transmis un rapport d'analyse du test de maintien de l'éveil de l'assuré effectué le 15 mai 2019 au B._____. Le pneumologue traitant a indiqué que cet examen n'avait pas montré d'endormissement lors des quatre tests. Dans ces conditions, le Dr D._____ a conclu à l'absence de somnolence diurne, et par conséquent à « l'absence d'influence significative du SAOS sur la capacité de travail ».

Aux termes d'un ultime avis « audition » SMR du 4 juin 2019, le Dr P._____ a fait le point définitif de la situation comme suit :

“On se trouve toujours en procédure d'audition car l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, conteste le Projet de décision du 29.05.2018 refusant d'entrer en matière quant à la présente demande ; en effet, se basant sur les données disponibles au dossier et sur un téléphone au cardiologue-traitant, l'avis médical du 05.02.2018 concluait à une CT [capacité de travail] exigible de 100% dans toute activité adaptée (marche de plus de 1 km, montée/descente fréquente d'escaliers, travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, travail en position accroupie, soulèvement et port de charges limités à 10 kg, alternance régulière possible des positions assis/debout).

La poursuite de l'instruction a fait apparaître la notion d'un SAOS qui semblait ne pas être accessible à l'appareillage nécessaire en raison d'un réflexe nauséux excessif que le port du dispositif idoine engendrait.

Se posait la question de l'incidence que la somnolence induite par le SAOS pourrait avoir sur l'aptitude professionnelle. Suite à la suggestion émise par le pneumologue traitant de recourir à un test de maintien de l'éveil en laboratoire du sommeil, ledit test a été effectué au B._____ le 15.05.2019 (GED 27.05.2019).

Ce test atteste l'absence d'endormissement diurne, ce qui permet au pneumologue-traitant d'affirmer « l'absence d'influence significative du SAOS sur la capacité de travail ».

Conclusion :

Les investigations pneumologiques et somnologiques idoines pratiquées récemment permettent de confirmer les conclusions de l'avis médical du 05.02.2018 et du projet de décision du 29.05.2018 au sens d'une CT [capacité de travail] exigible de 100% dans toute activité adaptée."

Par décision du 6 juin 2019 intitulée « Refus d'entrer en matière », l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 29 mai 2018. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. S._____, représenté par Me Stève Kalbermatten, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 11 juillet 2019 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès le 14 avril 2017 ainsi que subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal. Plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour « nouvelle décision dans le sens des considérants du jugement qui sera rendu ». Sur le fond et en substance, il a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, en lui opposant l'avis divergent du Dr F._____. Il a soutenu présenter « toujours une incapacité de travail totale - et ce depuis son accident cardiaque du 21 juillet 2016 », estimant ainsi avoir droit à une rente d'invalidité. Il a ajouté que si le tribunal ne pouvait se convaincre de son incapacité de travail, et partant de son invalidité, sur la base des rapports médicaux une expertise pluridisciplinaire devait être mise en place. Dans l'hypothèse où une capacité résiduelle de travail devait être constatée, il a contesté être en mesure de la mettre en valeur sur le marché du travail compte tenu de son handicap, de son âge et son manque de formation. Sous bordereau de pièces, le recourant a notamment produit un rapport

du 6 mai 2019 rédigé à l'intention de son représentant par le Dr F._____, dans lequel le médecin traitant s'est exprimé en ces termes :

“Maître,

Je fais suite par la présente à votre demande de renseignements relative à mon patient susnommé.

Deux examens radiographiques ont bien été réalisé[s] au centre d'imagerie médical du [...] le 25 mars 2019 puis le 1^{er} avril 2019.

L'IRM du 1^{er} avril est venue compléter l'examen radiographique standard du 25 mars 2019.

Les conclusions de ce rapport d'IRM que vous mentionnez pause notamment le fait qu'il n'y a pas de hernie discale ni de conflit disco radiculaire. Ces conclusions sont celles d'un examen réalisé sans bouger sur une table de radiologie. Il est très probable que des clichés dynamiques pourrai[en]t mettre en évidence la survenance d'un conflit dans certaines situations.

Quoi qu'il en soit les deux niveaux pathologiques évoqués dans ce rapport, L4-L5 gauche et L5-S1 droit sont les niveaux sur lesquels on retrouve des symptômes de type lombalgies chroniques ou lombosciatalgies aiguës.

Ces symptômes sont constitutifs d'un impact sur la capacité de travail du patient et viennent donc compléter le tableau clinique décrit dans le cadre de sa demande à l'Office AI.”

Dans sa réponse du 27 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère incorrect du libellé de la décision attaquée, confirmant qu'il s'agissait en réalité d'une décision de refus sur le fond. Pour le reste, il a estimé que la situation médicale, et son incidence sur la capacité de travail du recourant, avait correctement été examinée selon les avis successifs du SMR au dossier.

Le 13 septembre 2019, en réplique, le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler, ni aucune nouvelle pièce à produire. Il a par ailleurs réitéré sa requête d'une expertise pluridisciplinaire et requis son audition personnelle ainsi que celles de son épouse et du Dr F._____ en tant que témoins.

D. Par décision du 25 juillet 2019, S._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 juillet 2019. Il était

exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires, tout en étant astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 2 septembre 2019. Un avocat d'office en la personne de Me Stève Kalbermatten lui a été désigné.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité « dès le 14 avril 2017 », singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation, ceci dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 18 octobre 2016.

Comme le relève à juste titre l'intimé, et contrairement à l'énoncé de la décision litigieuse, il s'est agi de refuser le droit aux prestations au fond, dès lors que l'intimé a entrepris des mesures d'instruction sur le plan médical avant de rendre sa décision. Le recourant ne s'y est du reste pas trompé, vu ses conclusions.

3. a) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

c) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, l'intimé a refusé ses prestations, singulièrement d'allouer une rente d'invalidité, au motif que, sous réserve d'une incapacité temporaire totale dans toute activité du 21 juillet 2016 au 13 avril 2017, le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites depuis 2015 excluant l'effort physique.

De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, il oppose les rapports des 2 octobre 2018 et 6 juin 2019 du Dr F. _____, en soutenant qu'il « présente toujours une incapacité de travail totale et ce depuis son accident cardiaque du 21 juillet 2016 - et peut prétendre au versement d'une [rente] d'invalidité au sens de l'art. 28 al. 1 LAI ».

b) Au moment de la décision du 7 décembre 2015, le SMR (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 6 janvier 2015 des Drs R. _____ et E. _____ [pièce 233]) a retenu les diagnostics incapacitants de gonarthrose droite légère (M17.5), de chondropathie de grade I-II du compartiment interne du genou gauche et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission complète, diagnostic anamnestique (F32.2). Sans incidence sur la capacité de travail, ont été mentionnées une légère protrusion discale de C4 à C7 et discrète uncarthrose étagée, une légère protrusion disco-ostéophytaire lombaire prédominant en L5-S1 avec légère arthrose postérieure, une ébauche de coxarthrose bilatérale ainsi qu'une dysthymie (F34.1). Les médecins-examineurs du SMR ont constaté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, depuis le 15 octobre 2009, aux limitations fonctionnelles suivantes : marche de plus de un kilomètre, principalement sur terrain irrégulier, montées et descentes fréquentes d'escaliers, position en porte-à-faux pour les genoux, position accroupie ou sur les genoux, transport de charges de plus de dix kilos, position assise statique plus de deux heures et position debout statique plus de quinze minutes. Aucune limitation psychique incapacitante n'était retenue.

c) Faisant suite à un infarctus du myocarde survenu le 21 juillet 2016, la problématique cardiaque, telle qu'ayant donné lieu au dépôt de la nouvelle demande, a été instruite à satisfaction, le cardiologue traitant retenant une incapacité de travail temporaire avant un retour à une capacité de travail dans une activité adaptée excluant l'effort physique, soit précisément « pas d'activité avec port de charge de plus de 10 kg » (rapport du 13 avril 2017 du Dr K. _____) ; il en va de même de la problématique rhumatologique et dermatologique, qui n'est pas qualifiée d'invalidante, moyennant la poursuite des traitements et efforts de rééducation et de tonification (rapport du 12 mai 2017 du Dr Q. _____ ; rapports de consultations des 27 septembre et 2 novembre 2017 du Dr H. _____) ; enfin, la problématique pneumologique (syndrome d'apnées obstructives du sommeil [SAOS] de degré sévère avec index d'apnées-hypopnées [IAH] à 64.1/h) a également été instruite à satisfaction par le Dr D. _____ à la demande du SMR (rapport du 22 mai 2019 du Dr D. _____ et ses annexes), qui au final retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en s'alignant sur l'ensemble des avis des spécialistes consultés. Contrairement aux rapports des 3 avril 2017, 15 janvier 2018 et 2 octobre 2018 du Dr F. _____ évoquant un état anxio-dépressif avec épisodes dépressifs sévères, on observera que, de son côté, le recourant n'allègue ni ne démontre un quelconque suivi par un spécialiste.

Outre qu'il émane du médecin traitant de l'assuré, le rapport postérieur du 6 mai 2019 du Dr F. _____ ne fait pas état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec des symptômes ou troubles qui n'auraient pas déjà été listés dans des rapports précédents. Le Dr F. _____ fait en effet état de « symptômes de type lombalgies chroniques ou lombosciatiques aiguës » aux niveaux L4-L5 gauche et L5-S1 droit documentés sur la base de radiographies et d'un rapport d'IRM du 1^{er} avril 2019. Or les importantes dysbalances musculaires (surtout des lombosciatalgies) n'ont pas été qualifiées d'invalidantes par le rhumatologue consulté à l'automne 2017, sans trace d'un avis spécialisé

opposé au dossier. Il s'ensuit que le rapport postérieur du 6 mai 2019 du Dr F. _____ dont se prévaut le recourant ne permet pas de s'écarter des constatations des spécialistes consultés ou de justifier un complément d'instruction.

d) A l'aune de ce qui précède, le point de vue définitif du SMR du 4 juin 2019 sera donc suivi. Depuis la dernière décision entrée en force du 7 décembre 2015, et sous réserve d'une incapacité temporaire totale dans toute activité du 21 juillet 2016 au 13 avril 2017, l'OAI était donc fondé à retenir une capacité de travail entière raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dûment décrites. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al.1 let. b LAI).

5. a) Dans un moyen subsidiaire, le recourant fait valoir qu'il n'est pas en mesure d'exploiter la capacité de travail retenue par l'intimé sur le marché du travail au vu de son handicap, de son âge et de son manque de formation. Il en déduit une « invalidité totale sur le plan professionnel ».

b) A défaut de présenter une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (cf. consid. 4d supra), il n'y a pas lieu d'examiner si, au terme de cette année, le recourant est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI).

Par surabondance, c'est le lieu de rappeler que la notion de marché équilibré étant une notion théorique et abstraite, il n'est pas déterminant de savoir si concrètement un employeur serait disposé à engager l'assuré. Il s'ensuit qu'il n'y a de toute manière pas lieu d'examiner si le recourant est susceptible d'intéresser un employeur malgré son handicap, son âge et son manque de formation et de retrouver un emploi effectif, mais bien de savoir si il est susceptible d'exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré.

Certes, on ne saurait soumettre l'activité exigible à des exigences excessives ou qui supposeraient de la part de l'employeur des concessions irréalistes. Ce n'est toutefois pas le cas de l'assuré susceptible de mettre en valeur une pleine capacité de travail et d'exercer des activités simples et répétitives qu'un marché du travail équilibré offre en suffisance et de manière suffisamment diversifiée pour permettre le respect des limitations fonctionnelles fixées par les médecins.

Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités sédentaires de type léger, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Malgré le handicap, l'exercice d'une activité adaptée reste exigible à plein temps, ce qui ne prétérite en aucun cas les chances à l'emploi du recourant envers de potentiels employeurs.

Le manque de formation dont se prévaut le recourant ne lui est d'aucun secours. Dans le cadre de l'instruction de sa demande initiale de septembre 2008, son diplôme d'auto-électricien a en effet été reconnu auprès de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) à Berne.

Quant au grief de l'âge que soulève encore S. _____ il ne serait pas de nature à modifier cette appréciation. Si le Tribunal fédéral n'a pas fixé de manière définitive une limite d'âge, à partir duquel l'assuré ne serait plus apte à exercer une activité sur le marché de l'emploi, les cinquante-neuf ans du recourant au moment de la décision attaquée, dans la mesure où il est de surcroît susceptible d'exercer une activité à temps plein, n'ont qu'une importance secondaire (TF 9C_ 800/2008 du 18 septembre 2009 consid. 5). Ainsi, au regard de sa situation personnelle et professionnelle et de la durée probable d'activité jusqu'à l'âge de la retraite, il n'a pas atteint la limite d'âge critique à partir de laquelle il n'y a plus de mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle sur le

plan économique (TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2 et TF I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 4.4).

Compte tenu des éléments relevés, il existe à l'évidence des possibilités réalistes pour le recourant de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur un marché de l'emploi supposé équilibré.

Aussi, le dernier grief du recourant, en toutes hypothèses mal fondé, ne peut qu'être rejeté.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, son audition personnelle, celles de son épouse et du Dr F. _____ en tant que témoins ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire – doivent dès lors être rejetées. Notamment, le médecin traitant s'est exprimé par le biais de rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il soit nécessaire de l'entendre oralement. Le recourant a pu également s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition ainsi que celle de son épouse pourrait être utile sur une problématique essentiellement médicale. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et

mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du juge instructeur du 25 juillet 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 juillet 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Stève Kalbermatten. Sur la base de la liste des opérations produite le 30 septembre 2020, il convient d'arrêter à 1'410 fr. l'indemnité de Me Kalbermatten, correspondant à sept heures et cinquante minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 1'518 fr. 55.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 75 fr. 90.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 1'594 fr. 45 (1'518 fr. 55 + 75 fr. 90).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Stève Kalbermatten est arrêtée à 1'594 fr. 45 (mille cinq cent nonante-quatre francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 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 Stève Kalbermatten (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 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 :