

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

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

et

I. _____, à Vevey, intimé,

Art. 28 al. 1 let. b, 29 al. 1 LAI; 16 LPGA

E n f a i t :

A. R._____, né le 26 avril 1966, originaire du Portugal, marié et père de deux enfants, a obtenu une attestation de chef d'équipe dans la maçonnerie-bâtiment à l'issue d'une formation suivie entre décembre 1992 et février 1993. Il a travaillé à 100 % en ladite qualité dans une entreprise lausannoise depuis le 17 septembre 2002 pour un revenu mensuel brut de 5'491 fr. 20.

Par demande de prestations AI pour adultes sur formule "mesures professionnelles/Rente" du 9 septembre 2008, expédiée le 25 septembre 2008 à l'adresse de l'OAI, R._____ a déclaré avoir été en incapacité de travail à 100% pour cause de maladie (hernie latérale gauche) dès le 25 mars 2008. L'assuré a produit des rapports de ses médecins traitants.

Par lettre du 25 juin 2008, le Dr M._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a écrit au Dr V._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, notamment qu'il avait examiné R._____ à la mi-avril de cette année en raison d'une "lombosciatique gauche irritative non déficitaire dans un contexte disco-dégénératif bien étayé par une discopathie protrusive L4-L5 avec composante herniaire paramédiane gauche", que l'évolution avait été dans un premier temps favorable, qu'après une incapacité de travail, le patient avait repris son travail de maçon une quinzaine de jours auparavant notifiant une nouvelle exacerbation des symptômes, douleurs lombaires prolongées d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur gauche. Le Dr M._____ a préconisé une reconversion professionnelle, les contraintes rachidiennes importantes et régulières étant contre-indiquées pour le métier de maçon, dans tous les cas actuellement et, vraisemblablement, à moyen long terme.

Dans une lettre adressée le 17 septembre 2008 au Dr V._____, le Dr P._____, médecin-conseil de la caisse-maladie Philos, a

conclu que R._____ présentait une lombo-sciatalgie gauche irritative sur hernie discale latérale L4-L5 gauche, qu'en l'état la situation lui paraissait bloquée dans le sens où tous les traitements effectués n'avaient pas permis d'amélioration, une reprise du travail dans une activité de force n'étant théoriquement pas possible.

Dans un rapport du 31 octobre 2008, le Dr V._____ a attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 25 mars 2008 pour une durée indéterminée, en rappelant que les différents examens avaient montré une hernie discale L4-L5 gauche, que deux infiltrations péridurale en mai et juillet n'avaient pas amélioré la situation et qu'un avis neurochirurgical refusait une intervention. Ce médecin a préconisé une reprise progressive du travail dans une profession adaptée.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a élaboré un plan de réadaptation / contrat d'objectifs, pris en charge un stage d'observation auprès de l'employeur et établi un rapport d'examen d'orientation professionnelle.

Un rapport d'orientation établi le 3 avril 2009 par les EPI (Etablissements publics pour l'intégration) a constaté que l'assuré était alors apte au travail et pouvait être orienté vers des métiers offrant la possibilité d'alterner les positions, dans des activités plutôt légères (par exemple micromécanique ou mécanique) après une formation, en précisant qu'une mesure d'adaptation du poste de travail pourrait être nécessaire.

Dans un rapport du 27 novembre 2009, l'ORIF (Organisation romande pour l'intégration professionnelle) Morges a exposé notamment ce qui suit :

"R._____ a effectué plusieurs stages auprès des EPI, du Centre de Formation Vaudois de l'Industrie et de l'ORIF Morges. Les professions de l'horlogerie, de la mécanique, de la CNC et du dessin ont été abandonnées, car votre assuré n'assume pas une journée complète, les douleurs s'aggravant au fil des heures. A l'Orif Aigle, quel que soit le module réalisé, sa présence maximale est de trois heures trente,

pause comprise. Votre assuré a essayé de venir les après-midi mais, dans ce cas de figure, les douleurs ont empiré.

Il est difficile de dire, pour R._____, si l'aggravation de son état de santé est due à l'activité ou à la période hivernale. Nous remarquons cependant que ses yeux sont rougis par la fatigue et qu'il ne résiste que par le fait de ne pas supporter rester inactif à la maison. Il n'y a pas de traitement ou de position qui le soulage, si ce n'est qu'il augmente sa dose de médicaments.

R._____ souhaiterait trouver une activité de 2 à 3 heures par jour au moins.

(...)

En raison de douleurs très importantes et constantes ainsi que de son impossibilité d'assurer une présence sur la demi journée, il ne nous a pas été possible d'envisager un stage en entreprise."

L'ORIF a conclu que R._____ n'était jamais parvenu à tenir un 50 % de présence au travail, malgré une volonté affirmée et en s'accordant des pauses fréquentes pour récupérer et qu'aucune évolution favorable ne lui permettait de se projeter dans une quelconque voie professionnelle en dépit de sa volonté de bien faire.

Dans un rapport intermédiaire du 30 novembre 2009, l'OAI a relevé que l'assuré avait rapidement été mis en arrêt de travail pendant le stage auprès de l'ORIF Aigle, incapacité maintenue durant toute la mesure, que son rendement était incomplet (environ 60 %) pendant les demi-journées effectuées, en dépit d'un bon investissement et de bonnes capacités d'apprentissage. Après avoir constaté qu'en raison des douleurs constantes et de l'incapacité à tenir les positions, aucune solution d'orientation professionnelle n'avait pu être trouvée, l'OAI a relevé que l'assuré était dans un état très différent de celui montré dans les mesures précédant le stage, tant sur le plan physique qu'au niveau de sa façon de se positionner : il se montrait à présent totalement centré sur ses douleurs, qui sont omniprésentes et met en avant le fait que son médecin le déclare apte à travailler à 50% seulement dans un activité adaptée et qu'il doute même de tenir ce taux. L'OAI a conclu que les mesures professionnelles ne pouvaient pas être poursuivies et qu'un examen rhumatologique devait être mis en place auprès du SMR.

R._____ a été soumis le 14 décembre 2009 à un examen clinique rhumatologique par le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine physique et rééducation, et médecin du SMR (Service médical régional AI), lequel a établi un rapport du 18 janvier 2010 contenant une anamnèse complète (antécédents familiaux, professionnels et personnels; résumé du dossier; plaintes actuelles; anamnèse par système; habitudes; vie quotidienne et contexte psychosocial) et un status (status général; status neurologique; status ostéoarticulaire), un examen du dossier radiologique, puis a posé le diagnostic de "lombosciatalgie gauche G irritative, non déficitaire, dans un contexte de hernie discale latérale G en L4-L5, troubles dégénératifs postérieurs de même niveau" avec répercussion durable sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, ce médecin a constaté que le degré d'incapacité de travail était resté complet depuis le 25 mars 2008 pour une activité de maçon et que la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques et par l'importance des douleurs neurogènes du MIG (membre inférieur gauche). Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, ce médecin a retenu une exigibilité de 2 x 3 heures par jour avec une diminution de rendement de 10%, c'est-à-dire un 65%.

Le Dr H._____ a enfin exposé ce qui suit :

"D'un côté, au vu de l'examen clinique décrit, on ne peut pas exiger de l'assuré une capacité de travail complète dans une activité même adaptée; de l'autre, la mobilité constatée, l'absence de déficit neurologique, le descriptif de la vie de tous les jours ne justifient pas une capacité de travail à la mi-journée avec une diminution de rendement de 40%. Comme le décrit le compte-rendu des mesures d'ordre professionnel du 30.11.2009, il existe une modification du positionnement de l'assuré par rapport à la réinsertion : initialement, l'assuré est capable dans un stage d'observation (16.2-15.03.09) de fonctionner à 100%, sans modification de rendement décrite; ultérieurement dans la poursuites des mesures professionnelles, "l'assuré ne parvient pas à tenir un 50%, même en s'accordant des pauses fréquentes pour récupérer" (rapport AIP du 27.11.09). Entre les 2 évaluations, il n'y a pas de modification de l'état de santé de l'assuré."

B. Dans un préavis d'acceptation de rente d'invalidité du 8 février 2010, l'OAI a indiqué à R. _____ qu'elle projetait de lui reconnaître dès le 1^{er} mars 2009 le droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 51%. L'OAI a considéré que la capacité de travail était de 65% dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré (pas de port de charges de plus de 20 kg; pas de porte-à-faux, alternance des positions assis - debout). Pour un salaire hypothétique annuel de 39'512 fr. 59 dans une activité légère de substitution à 65%, le revenu annuel d'invalidé était de 35'561 fr. 33, après abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, si bien que la perte de gain était de 36'787 fr. 97, correspondant à un degré d'invalidité de 50,84%.

Par lettre du 23 février 2010, le conseil de l'assuré a fait part de ses objections contre le projet de décision en relevant qu'au regard des appréciations des autres spécialistes consultés, la capacité de travail n'était que de 30 à 40%, soit un taux sensiblement inférieur à celui retenu par l'OAI et en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2009.

Par lettre du 10 mars 2010, le conseil de l'assuré a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise.

C. Par arrêt du 22 septembre 2010 (AI 225/10 - 374/2010), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré contre la décision rendue le 19 mai 2010 par l'OAI refusant de lui désigner un avocat d'office pour la procédure administrative. Par arrêt du 30 mai 2011 (TF 9C_964/2010), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt cantonal.

D. Par décision du 7 juillet 2010, l'OAI a octroyé à R. _____ une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 51%. La motivation de cette décision est identique à celle du préavis du 8 février 2010.

Par mémoire du 6 septembre 2010, R. _____ recourt contre cette décision en concluant à son annulation, le droit à une rente d'invalidité entière lui étant reconnu dès le 1^{er} mars 2009, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise.

L'assuré a exposé qu'il était impossible de trouver un travail correspondant à sa capacité résiduelle de travail en raison de ses limitations physiques, ou alors les aménagements exigés de l'employeur seraient tels (salle et matériel de repos, chaise, table et machines adaptées) qu'ils en deviennent irréalistes. En outre, le recourant a estimé que les chiffres retenus par l'OAI contredisaient les observations faites par l'EPI et les centres ORIF, a mis en doute la fiabilité technique des médecins du SMR dans l'évaluation de son cas et a requis la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Le recourant a aussi reproché au SMR son manque d'indépendance et une attitude partielle allant à l'encontre des observations faites pendant les stages d'observation professionnelle, ce qui justifiait aussi un complément d'instruction. Enfin, le recourant a contesté toute différence de positionnement par rapport à la réinsertion, selon rapport SMR du 18 janvier 2010 en faisant valoir la dégradation de son état physique.

L'assuré a requis son audition par l'autorité de recours, l'audition comme témoins des médecins qui l'ont suivi et qui le suivent, des responsables de l'EPI, notamment W. _____, et des responsables des ORIF de Morges et d'Aigle, enfin la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire sur sa capacité de travail résiduelle comme invalide.

Le recourant a produit deux certificats médicaux établis les 16 juin et 30 juin 2010 par son médecin traitant, le Dr V. _____, attestant respectivement une incapacité de travail du 1^{er} mai 2010 au 31 mai 2010 à 100% et du 1^{er} juillet au 31 juillet 2010 à 70 % pour une durée indéterminée.

Dans sa réponse du 9 décembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à ses courriers des 24 mars et 7 avril 2010 et en considérant que les certificats médicaux produits dans la procédure de recours concernaient une période trop courte pour influencer sur le droit aux prestations et n'étaient pas de nature à modifier sa décision.

Le 20 janvier 2011, le recourant s'est déterminé sur la réponse.

Ladite détermination a été communiquée à l'OAI.

E n d r o i t :

1. En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA dispose que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujette à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Formé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a).

En l'espèce, le principe du droit à une rente d'invalidité est acquis. Est seul litigieux le point de savoir si le taux d'invalidité qui doit être pris en charge ouvre le droit à plus d'une demi-rente.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 exigible peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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. L'invalidité est donc une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral,

lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux constatations émanant de médecins spécialistes internes à un assureur. Le Tribunal fédéral a précisé que dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales et en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme développée en relation avec l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101), disposition traitant du "droit à un procès équitable", il n'existe pas de droit formel de l'assuré à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Le recours aux services d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA, soit le droit à obtenir la mise en œuvre d'une expertise médicale, s'impose uniquement dans les cas où des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le(s) médecin(s) spécialiste(s) interne(s) de l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Même si les avis des médecins spécialisés des assureurs n'ont pas exactement la même valeur probante qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, il n'en demeure pas moins que de tels avis doivent être pris en considération tant qu'il n'existe pas de légers doutes quant à l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465

consid. 4.7). Partant, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport d'examen médical d'un service médical régional de l'AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a pleine valeur probante alors que 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 1.3 [arrêt destiné à la publication], 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

Le recourant requiert l'audition par la cour de certains des médecins qui l'ont suivi, des responsables des EPI et des ORIF. Il n'expose toutefois nulle part sur quels points précis il entend interroger ces divers intervenants, ni ne montre en quoi ces auditions pourraient être utiles pour compléter le dossier. Du reste, les Drs M._____, V._____ et P._____ admettent tous l'impossibilité pour le recourant d'exercer le métier de maçon (ou un autre travail de force) en raison de sa lombosciatique gauche irritative. La question de savoir si l'on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité adaptée à temps partiel doit être examinée au regard des observations des EPI et des ORIF, qui n'ont pas été faites par des médecins capables d'apprécier une situation sur le plan médical, ainsi que de l'examen clinique rhumatologique établi par le Dr H._____ du SMR.

Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il n'y a pas davantage lieu d'entendre les responsables EPI et ORIF, qui ont déposé des rapports relatant leurs

observations. Ceux-ci ne sont du reste pas des médecins et ne sont en principe pas à même d'apprécier une situation sur le plan médical.

Le recourant semble voir une divergence sensible entre l'avis des organes d'observation professionnelles et celui des médecins. Il se réfère à l'arrêt TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 qui précise que, dans les cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (consid. 4.1 avec références). Or, les avis des centres ORIF sont assez sommaires et ne comprennent pas d'avis précis du médecin-conseil. On ne voit pas de divergence sensible entre la description du rythme de travail par l'ORIF et l'appréciation de la capacité de travail par le SMR.

Le rapport établi par le Dr H. _____ du SMR contient tous les éléments exigés par la jurisprudence pour admettre une pleine valeur probante. Il en découle que la requête d'expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. Le recourant met certes en cause l'impartialité du médecin SMR en se fondant sur l'ATF 135 V 465 (cf. supra). Toutefois, la comparaison avec les autres rapports médicaux au dossier ne laisse pas subsister de doutes, même légers, quand aux conclusions de l'examen clinique rhumatologique, si bien que la jurisprudence citée par le recourant ne lui est d'aucun secours. Dans ses déterminations du 20 janvier 2011, le recourant affirme que le rapport SMR contient des contradictions, notamment de dates, mais il n'expose pas sur quels points décisifs il serait contradictoire et donc non probants.

Le grief tiré de la constatation faite par l'intimé au sujet du changement de comportement pendant la procédure de réinsertion (ch. 21 du mémoire) est dépourvu de pertinence.

En ce qui concerne les certificats médicaux établis les 16 juin et 30 juin 2010 par le Dr V. _____, médecin traitant, qui ne comportent aucune motivation, ils doivent être appréciés par rapport au contenu de l'examen détaillé qui a été fait par le Dr H. _____.

Enfin, pour un homme encore jeune, avec une bonne expérience professionnelle (chef d'équipe efficace), un travail à temps partiel dans une activité industrielle légère n'est pas un emploi qui n'existe pas ou presque pas sur le marché. L'intimé donne des exemples concrets de métiers, tels que montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples ou légères, ouvrier dans le conditionnement.

Dès lors, la décision attaquée, qui n'est pas attaquée sur d'autres points, échappe à la critique.

4. Le requérant demande son audition par les juges du Tribunal cantonal afin de pouvoir exposer l'ampleur de l'atteinte à la santé, les efforts consentis et sa situation actuelle et la possibilité d'être entendu personnellement (mémoire, partie III, let. b et g).

En l'espèce, l'audition du requérant pour "exposer l'ampleur de l'atteinte à sa santé, les efforts consentis et sa situation actuelle" n'apporterait pas d'élément décisif dans un domaine dominé par les observations antérieures des intervenants dans le domaine du reclassement professionnel, d'une part, et dans celui de l'évaluation médicale, d'autre part. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner la tenue d'une audience devant la cour de céans.

Au surplus, le requérant ne s'est pas prévalu de la garantie de l'audience publique selon l'art. 6 CEDH et a donc implicitement renoncé à cette garantie d'ordre formel.

5. En définitive, le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le

recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19.12.2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement à la charge du canton vu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

Désigné le 12 novembre 2010, décision annulée et remplacée par décision du 25 novembre 2010, par le Bureau de l'assistance judiciaire pour être conseil d'office dans la présente procédure de recours, Me Jean-Michel Duc a déposé le 9 juin 2011 sa liste détaillée d'opérations et débours entre le 23 février 2010 et le 2 novembre 2010. La décision du 25 novembre 2010 a toutefois accordé l'assistance judiciaire avec effet dès le 6 septembre 2010, si bien que seules les opérations depuis cette date incluse peuvent être prises en compte.

Compte tenu de l'ensemble des opérations durant la procédure de recours, il convient d'arrondir l'indemnité du conseil d'office à 500 fr., débours et TVA compris.

Vu le rejet du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont supportés par le canton.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant R._____, est arrêtée à 500 fr. (cinq cents francs).
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour R._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt est 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 :