

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 août 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Moyard et M. Schmutz, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

U. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Fabien Mingard, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1; art. 28 al. 2 LAI; art. 7 al. 1; art. 8 al. 1; art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. Le 15 septembre 1998, U._____ (ci-après: l'assuré), né en 1961, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), au motif qu'il souffrait de douleurs à la colonne vertébrale et à l'estomac, ainsi que d'un état anxio-dépressif suite à un accident du travail survenu en août 1997.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a rendu le 12 avril 1999 une décision formelle de refus de rente. Il s'est fondé sur les pièces médicales au dossier, en particulier sur un rapport du 18 mars 1998 du Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui retenait des lombo-sciatalgies sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire (M54.5) et une pleine capacité dans l'activité habituelle d'auxiliaire d'imprimerie.

Cette décision est entrée en force.

B. Le 24 août 2007, alors qu'il travaillait comme chauffeur pour la société F._____, à [...], et qu'il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Assurances SA, U._____ a été victime d'un accident de la circulation routière.

La Vaudoise Assurances a alors mis en œuvre deux expertises médicales auprès des Drs J._____ (neurologue) et R._____ (psychiatre).

Dans son rapport d'expertise du 17 mars 2008, le Dr J._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux diffus et sensations vertigineuses mal systématisées d'origine fonctionnelle, de troubles dégénératifs C5-C6 et de probable status après un probable stress post traumatique. Il indiquait que d'un point de vue strictement neurologique, il n'y avait pas d'anomalie significative, en particulier pas de syndrome médullaire, ni radiculaire. Par contre, le patient était très plaintif, semblait

très souffrant, à la marche, et à la moindre mobilisation. L'importance du syndrome cervical, caractérisé par une nuque pratiquement non mobilisable, ne pouvait être expliquée par des éléments purement organiques. Les examens radiologiques ne permettaient en outre pas d'expliquer un tel tableau. La présence d'une protrusion discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche documentée par IRM, ne pouvait expliquer au plus qu'un syndrome cervical habituel, associé à une brachialgie gauche. Ce spécialiste estimait que le status quo ante pouvait être considéré comme rétabli au plus tard trois mois après l'événement assuré.

Le Dr R. _____ a posé pour sa part le diagnostic de «facteurs psychologiques ou comportementaux, associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F. 54 CM-10)». Il précisait que ce terme diagnostique recouvrait la notion de souffrance existant en parallèle à des problèmes somatiques mais sans pour autant remplir les critères d'un diagnostic psychiatrique véritable (cf. rapport d'expertise du 18 octobre 2008).

Par décision du 17 avril 2008, confirmée le 8 janvier 2009 suite à l'opposition de l'assuré, la Vaudoise Assurances a mis fin aux prestations versées en relation avec l'accident du mois d'août 2007, avec effet au 31 décembre 2007. Se fondant sur les expertises des Drs J. _____ et R. _____, elle a retenu qu'au-delà d'une période de trois mois (jusqu'au statu quo ante/sine), il n'y avait pas de rapport de causalité entre les troubles dont se plaignait l'assuré et l'accident.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Par arrêt du 6 décembre 2010 (AA 20/09 -133/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (succédant au Tribunal des assurances) a rejeté ce recours. La cause est actuellement pendante auprès du Tribunal fédéral.

C. Le 23 mai 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le médecin traitant (Dr H. _____) a exposé dans un rapport médical du 9 juillet 2008 que l'assuré présentait depuis l'accident du mois d'août 2007 un tableau de cervico-dorso-lombalgies avec une réaction anxieuse et des troubles thymiques; ce tableau était associé à des difficultés psychosociales consécutives sur le plan assécurologique et financier. Il attestait une incapacité de travail totale depuis le 24 août 2007.

Par avis médical du 16 février 2009, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre un examen rhumatologique afin de préciser si l'atteinte à la santé avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré.

Cet examen a été pratiqué le 27 avril 2009 par le Dr P. _____, rhumatologue au SMR, qui a diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans un contexte de hernie discale paramédiane gauche en C5-C6 (M54.2). Sans répercussion sur la capacité de travail, il retenait notamment un status post-entorse cervicale de grade II et une polyinsertionite.

Le rapport d'examen du Dr P. _____ du 12 mai 2009 exposait en particulier ceci:

"Limitations fonctionnelles: rachis cervical: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotations rapides, pas d'attitude soutenue de la tête en extension, pas d'exposition aux vibrations, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg. Pas de limitation fonctionnelle au niveau lombaire, au vu des éléments à disposition.

[...]

Bien qu'il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assuré et les éléments radio-cliniques objectivables, il y a lieu de retenir une incapacité de travail de 100% depuis cette date, en relation avec la hernie discale C5-C6. L'assuré effectue un travail physiquement contraignant, on ne peut exclure, même dans le tableau connu d'amplifications des symptômes, de relation, même

partielle, entre la hernie discale et une partie des symptômes ressentis par l'assuré.

Cette discordance entre les allégations de l'assuré et les constatations radio-cliniques objectivables a déjà été mise en avant par le Dr K._____, reprise par le Dr J._____. La présence de cervicalgies est là de longue date, [elle] avait déjà été relevée en 1998 par le Dr X._____ dans son examen. Il n'y avait à l'époque pas de radiographies de la nuque, en particulier pas d'IRM, de ce fait, l'IRM du 21.09.2007 apporte un élément nouveau avec la présence d'une importante discopathie en C5-C6. Le volume du matériel discal nous fait retenir le diagnostic de hernie discale et non de protrusion.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
Il est resté stationnaire avec une incapacité de travail de 100% dans l'activité de chauffeur-livreur dans une blanchisserie avec des ports de charges lourdes répétés, ne respectant pas les limitations fonctionnelles en relation avec la hernie discale cervicale.

Concernant la capacité de travail exigible:

Elle est déterminée par la tolérance du rachis cervical aux contraintes mécaniques. Dans une activité respectant strictement toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète depuis le 20.12.2007, date de la consultation du Dr K._____, médecin-adjoint à l'hôpital orthopédique. A ce moment-là, à 4 mois de l'entorse cervicale, une instabilité ostéoarticulaire et une atteinte neurologique ont pu être exclues. L'assuré a été traité conservativement avec initialement une collerette-mousse, un traitement anti-inflammatoire et antalgique conventionnel.

En reprenant les éléments du dossier, il est constaté qu'ultérieurement tous les traitements complémentaires effectués, n'ont pas amélioré la symptomatologie (traitement de rééducation ambulatoire, consultation de la douleur à la clinique Cecil). En l'absence de complication de la hernie discale, à 4 mois d'épisode aigu, on se serait attendu à une amélioration de la symptomatologie dans la majorité des cas. Comme mentionné dans le dossier, d'autres facteurs étrangers interviennent.

Nous retenons une incapacité de travail en relation avec les troubles dégénératifs sous forme de hernie discale; à notre avis, l'entorse cervicale de grade II selon la Québec task force (douleurs avec limitations de la mobilité cervicale mais sans trouble neurologique, sans signe d'instabilité) ne justifie pas d'incapacité de travail durable.

[...]

Par rapport à l'appréciation du cas par le Dr J._____, du 17 mars 2008, nous retenons une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles en relation avec les troubles dégénératifs cervicaux. Le syndrome douloureux diffus avec sensation vertigineuse mal systématisée décrit, d'origine fonctionnelle, n'est pas reconnu de notre point de vue comme incapacitant.

La chronicisation des symptômes, le comportement type maladie de l'assuré, rendent des mesures de reclassement professionnel aléatoires.

[...]

Capacité de travail exigible:

Dans l'activité habituelle : de chauffeur pour une blanchisserie 0 %.

Dans une activité adaptée: 100%

Depuis le : début janvier 2008 dans les suites de la consultation orthopédique du Dr K._____."

D. Par décision formelle du 26 mai 2010, l'Office AI, reprenant les éléments communiqués par préavis du 28 juillet 2009, a nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité. Il a retenu que l'assuré présentait selon les conclusions du rapport médical du SMR du 12 mai 2009 une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le médecin du SMR. L'office a donc procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus sur la base des éléments suivants:

- Le revenu d'invalidé était fondé sur le salaire auquel pouvaient prétendre des hommes effectuant une activité simple et répétitive dans le domaine privé (production et services) selon les statistiques

de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires); l'assuré n'avait en effet pas repris d'activité professionnelle.

- Un abattement de 10% sur le salaire d'invalidé était appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré.
- Pour l'année 2008 (année d'ouverture du droit à la rente), le revenu d'invalidé s'élevait ainsi à un montant de 55'250 fr. 50.
- Pour la même année, le revenu sans invalidité dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur se serait élevé à 50'609 fr.
- L'assuré ne présentait donc pas de préjudice économique.

E. L'assuré, représenté par l'avocat Pascal Gilliéron, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, concluant à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'office intimé pour qu'il calcule à nouveau le taux d'invalidité et rende une nouvelle décision. Il fait grief à cet office d'avoir déterminé son revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFAS). Or, cette méthode ne serait pas applicable à son cas au vu de l'importance de ses limitations fonctionnelles. Le recourant conteste également le taux d'abattement de 10%, appliqué sur le revenu d'invalidé, lequel ne tiendrait pas suffisamment compte de l'ampleur de ses limitations; il conviendrait selon lui d'appliquer l'abattement maximal autorisé par la jurisprudence de 25%.

Dans sa réponse, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il fait valoir en substance que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il y a lieu de se référer aux données statistiques de l'OFAS pour évaluer le revenu d'invalidé, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative. Quant au taux d'abattement, il est également conforme à la jurisprudence fédérale vu les limitations fonctionnelles présentées par le recourant.

Dans ses déterminations ultérieures, le recourant indique n'avoir pas d'observations particulières à formuler sur la réponse de l'intimé et ajoute que le recours aux données statistiques pour évaluer son revenu créerait une inégalité de traitement évidente.

F. Par une décision du 20 juillet 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a octroyé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 7 juin 2010, en relation avec le dépôt du présent recours; Me Pascal Gilliéron a été désigné comme avocat d'office. Celui-ci a toutefois été relevé de sa mission, par une décision de la Présidente du Tribunal cantonal du 4 janvier 2011, et rempalcé dès cette date par l'avocat Fabien Mingard.

E n d r o i t :

1. 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'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI énonce qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Déposé dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA), selon les formes prévues par le droit fédéral (notamment art. 61 let. b LGPA), le recours est recevable à la forme.

2. Le recourant avait dans son mémoire de recours demandé la tenue d'une audience d'instruction pour faire entendre le cas échéant des témoins; il n'a cependant pas renouvelé sa requête dans ses déterminations ultérieures. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une requête tendant à l'administration de preuves (audition de témoins), et non pas d'une demande d'audience publique du Tribunal au sens de l'art. 6 CEDH. En l'occurrence, il faut considérer que le recourant a renoncé implicitement à la tenue d'une telle audience. Cela étant, comme cela sera exposé dans les considérants qui vont suivre, les éléments du dossier

permettent d'établir les faits pertinents, sans compléter l'instruction par l'audition de témoins (cf. infra, consid. 3g).

3. Sur le fond, le recourant fait valoir le droit à une rente d'invalidité. Il fait principalement grief à l'office intimé d'avoir évalué son invalidité, selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA), en tenant compte d'un revenu d'invalidité déterminé sur la base des statistiques de l'ESS.

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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente et un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI).

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 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées).

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. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) En l'espèce, le recourant ne conteste pas les conclusions médicales du rapport d'examen rhumatologique du Dr P. _____ (SMR) du 12 mai 2009, selon lesquelles il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles relatives au rachis cervical, à savoir: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotations rapides, pas d'attitude soutenue de la tête en extension, pas d'exposition aux vibrations, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg.

L'appréciation, pleinement probante, de ce spécialiste n'est au demeurant pas contredite par les médecins consultés par l'assuré, et il n'y a donc aucune raison de s'en écarter.

c) Le recourant reproche en revanche à l'office intimé d'avoir eu recours aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour déterminer le revenu d'invalidé raisonnablement exigible dans une activité adaptée. Il estime que dans son cas l'application d'un tel revenu serait injuste au regard de l'importance de ses limitations fonctionnelles.

aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants

de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2; TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 consid. 3.2; TF I 66/06 du 25 janvier 2007 consid. 6.2; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1).

bb) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) notamment (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; 135 V 472 consid. 5.2; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

d) Le recourant n'ayant pas repris d'activité professionnelle depuis son accident d'août 2007, l'Office AI était en droit, selon la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral (supra, consid 3c/bb), de se référer aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu

d'invalidé raisonnablement exigible. La référence par l'office intimé à des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger (par ex. le montage ou la surveillance d'un processus de production, des activités simples et légères d'ouvrier en établi, ou dans le conditionnement; cf. feuille de calcul du salaire exigible établi par l'Office AI le 7 juillet 2009) est en outre suffisante au regard de la jurisprudence précitée. Au demeurant, le recourant n'explique pas les raisons pour lesquelles les activités retenues par l'office ne seraient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant soutient encore que l'application dans son cas d'un revenu d'invalidé sur la base des statistiques de l'ESS créerait une inégalité de traitement évidente.

Une décision ou un arrêté viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 Cst. lorsqu'il établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou qu'il omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 134 I 23 consid. 9.1 p. 42 et la jurisprudence citée; TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2010 consid. 6.2).

Le système des salaires statistiques, certes schématique, n'entraîne pas par principe d'inégalité de traitement; la jurisprudence considère en effet que le taux d'abattement sur le salaire d'invalidé déterminé sur la base de données statistiques permet de tenir compte, dans la mesure utile, du statut particulier de l'assuré (infra, consid. 3e/aa et bb).

e) Il faut donc examiner si le taux d'abattement sur le revenu d'invalidé retenu par l'office intimé dans la décision litigieuse tient suffisamment compte de la situation particulière du recourant.

aa) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5a/aa; VSI 2/2002 p. 70 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'Office AI.

bb) Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'administration, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 137 V 71 consid. 5.2).

f) En l'occurrence, l'office intimé a retenu un taux d'abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles. Le recourant fait valoir pour sa part un taux de 25%, correspondant au taux maximal admis par le Tribunal fédéral, au motif que ses limitations

fonctionnelles limiteraient drastiquement le choix d'une activité adaptée, ainsi que son rendement.

Au regard de la jurisprudence précitée (supra, consid. 3e/aa et bb), l'appréciation de l'Office AI est convaincante et prend suffisamment en compte la situation du recourant, compte tenu en particulier de son âge (49 ans au moment de la décision attaquée) et de la nature des limitations fonctionnelles subies, lesquelles ne l'empêchent pas d'exercer un grand nombre d'activités légères à plein temps, sans diminution de rendement, et ne requièrent pas une expérience professionnelle diversifiée (par ex. le montage ou la surveillance d'un processus de production, des activités simples et légères d'ouvrier en établi, ou dans le conditionnement). Au demeurant, le recourant ne soutient pas à juste titre que l'Office AI aurait omis de prendre en compte d'autres critères pertinents lors de l'évaluation du taux d'abattement.

Il résulte des considérants qui précèdent que l'évaluation de l'invalidité par l'Office AI (cf. décision du 26 mai 2010) est conforme au droit fédéral.

g) L'instruction étant complète tant sur le plan médical que sur le plan économique, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant, au demeurant non renouvelée dans ses déterminations ultérieures, tendant à la tenue d'une audience d'instruction (audition de témoins). En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

4. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). 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 ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office de deux avocats successifs, soit Me Pascal Gilliéron à compter du 17 juin 2010, puis Me Fabien Mingard à compter du 4 janvier 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le montant de l'indemnité doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance en matière civile; RSV 211.02.3]).

Me Gilliéron a produit une liste de ses opérations pour une durée totale de 9 h 24, plus débours. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 1'850 fr., TVA comprise.

Me Mingard a produit une liste de ses opérations pour une durée totale de 1 h 05, plus débours, il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 200 fr., TVA comprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton (art. 69 al.1bis LAI).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 mai 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Gilliéron, 1^{er}conseil du recourant, est arrêtée à 1'850 fr. (mille huit cent cinquante francs).
- V. L'indemnité d'office de Me Mingard, 2^econseil du recourant, est arrêtée à 200 fr. (deux cents francs).
- 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 du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Mingard (pour M. U. _____)
- Me Pascal Gilliéron
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède, 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).

La greffière :