

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

F. _____, à Lonay, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré), né le 18 octobre 1948, soudeur de formation, a exercé cette profession avant de travailler, depuis 2000, en qualité de préparateur logistique pour H._____ SA, à Lonay. Il a réduit son taux d'occupation au sein de cette entreprise à 50% dès septembre 2005, avec allègement du poste de travail. Le 31 mai 2006, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente qu'il justifie par une arthrose de l'épaule droite et un état anxio-dépressif.

Sur le plan médical, l'OAI a requis le dossier de l'assuré auprès de B._____, assureur perte de gain, dont il ressort que l'intéressé souffrait d'une petite lésion à l'insertion des sus-épineux et sous-scapulaire droits avec rupture spontanée du long biceps, justifiant une incapacité de travail de 50% depuis septembre 2005.

L'OAI s'est adressé au Dr H._____, spécialiste FMH en médecine générale à Renens et médecin traitant de l'assuré. Le 12 juillet 2006, ce praticien a posé les diagnostics de périarthropathie mixte de l'épaule droite, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de gonarthrose bicompartimentale bilatérale. Il a retenu une incapacité de travail de 50% depuis le 20 septembre 2005, estimant, compte tenu des limitations fonctionnelles, qu'une reconversion professionnelle n'était pas envisageable. Il a produit les documents suivants:

- Un protocole opératoire du 5 novembre 1999 du Dr D._____, chirurgien orthopédique FMH, attestant une résection arthroscopique d'une lésion partielle des ligaments gléno-huméraux supérieurs et moyens de l'épaule droite.

- Un rapport du 27 mai 2005 du Dr W._____, chirurgien orthopédique FMH, retenant une évolution défavorable de l'épaule droite

malgré un traitement de physiothérapie et d'AINS, évoquant un avenir professionnel compromis, l'assuré ne devant plus soulever des objets lourds ni effectuer des mouvements au-dessus de l'horizontale.

- Un rapport du 1^{er} juin 2005 du Dr [...], chirurgien orthopédique FMH, retenant, sur la base d'une IRM, le diagnostic de déchirure du sus-épineux à l'épaule droite, doutant de l'utilité d'une intervention chirurgicale et estimant qu'il y avait peu de chances que l'assuré reprenne le travail.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis à un examen pluridisciplinaire au centre d'observation médicale de l'AI de Genève (ci-après: le COMAI). Dans leur rapport d'expertise du 27 avril 2007, les Drs I._____, médecin-chef, et C._____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont posé les diagnostics de douleurs chroniques de l'épaule droite en relation avec un status de déchirure du ligament gléno-huméral antérieur et supérieur, déchirure du tendon du sus-épineux et sous-épineux, d'arthropathie acromio-claviculaire et de capsulite rétractile. De ce rapport, on extrait ce qui suit:

"Lors de notre évaluation actuelle, nous ne constatons pas de manifestation visant à l'exagération ni au cours de l'entretien ni au cours de l'examen. L'examen clinique est superposable à celui de l'hospitalisation en rééducation du mois d'août et septembre 2005, le testing de la coiffe des rotateurs est en cohérence avec les lésions du sus- et sous-épineux. Le testing de la force se rapportant à ses muscles est normal s'il s'effectue en position antalgique. On observe en actif une diminution de l'antépulsion et de l'abduction ainsi qu'une limitation importante de la rotation interne. En passif, on obtient des amplitudes plus larges, mais il y a un arrêt dur signant une capsulite rétractile ancienne. Il n'y a pas actuellement ni de grosses douleurs nocturnes ni de gradient thermique du moignon de l'épaule faisant suspecter une bursite sous-acromio-deltôïdienne active. Il existe une concordance parfaite entre les plaintes et les données de l'examen clinique. L'assuré relate être susceptible d'amélioration lorsqu'il applique de la glace et un traitement médicamenteux anti-inflammatoire. Les douleurs de type mécanique sont reproduites à plusieurs reprises selon des angles particuliers d'abduction et d'antépulsion par l'examineur. Ces plaintes algiques sont limitées localement et correspondent aux observations cliniques d'une atteinte sous-jacente, il n'y a donc pas à discuter le diagnostic d'un éventuel trouble somatoforme.

Sur le plan des limitations fonctionnelles, elles découlent directement de l'impotence liée aux douleurs apparaissant

rapidement lors des mouvements actifs et des limitations des amplitudes. Le poste actuel est parfaitement adapté à ces conditions, nous pensons que l'assuré pourrait travailler à 60% au poste actuel. Il existe en effet une limitation de la capacité de travail malgré l'adaptation du poste en raison de l'augmentation des douleurs au cours des sollicitations de cette épaule dans l'exécution du travail. Le caractère inflammatoire des douleurs reste encore très présent. Il est probable que l'assuré pourrait travailler davantage s'il existe un poste supra adapté à l'état de son épaule droite. En effet, on pourrait envisager un travail de bureau en position assise ne nécessitant pas la surélévation du bras au-dessus de l'horizontale ni le port de charge excédant 3 kg.

Sur le plan psychologique, l'assuré souffre d'un trouble de panique avec un début d'agoraphobie. Des attaques de panique se manifestent 2 à 3 fois par mois. Toutefois, ce trouble n'induit pas de conduite d'évitement. Par ailleurs, l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle en relation avec ce trouble et donc pas d'incapacité de travail s'y rapportant. Il serait souhaitable que l'assuré puisse bénéficier d'une psychoéducation afin de mieux gérer et comprendre son trouble surtout en ce qui concerne les crises d'angoisse et sa crainte de développer un syndrome démentiel. Cette dernière crainte est apparue en relation avec la disparition tragique de son père en août 2003. L'évaluation psychiatrique n'a pas relevé de déficit neuropsychologique en particulier concernant l'état de vigilance, le jugement, le raisonnement, la mémoire de fixation et d'évocation. L'assuré a manifesté une mimique triste uniquement à l'évocation du décès de son père.

Au niveau du genou gauche, il existe une méniscopathie de grade 3 du ménisque interne. Notre examen clinique ne dénote actuellement aucune douleur, tant à la palpation qu'à la mobilisation active et passive en relation avec cette atteinte, il n'existe aucune incapacité fonctionnelle et donc pas d'incapacité de travail s'y rapportant.

Les limitations de la capacité de travail sont donc uniquement liées à la problématique de l'épaule droite.

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique: douleurs aux mouvements d'antépuulsion et d'abduction même en dessous de 60°. Limitation du port de charge par le membre supérieur droit à 3 kg environ avec restriction de l'élévation et de l'abduction au-dessus de 50 à 60°.

Au plan psychique et mental: l'assuré présente un trouble de panique mais n'a pas de comportement d'évitement. Il n'en résulte donc pas de limitation.

Au plan social: aucune.

[...]

Une activité très bien adaptée sans sollicitation répétitive même légère de l'épaule droite pourrait être exercée à plein temps".

Dans un rapport du SMR du 26 juin 2007, le Dr M._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de douleurs chroniques de l'épaule droite sur troubles dégénératifs et/ou post-traumatiques, puis une capacité de travail de 60% dans l'activité aménagée depuis le 20 septembre 2005 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (poste sédentaire en position assise, sans manipulation de charges supérieures à 3 kg, ni surélévation des bras au-dessus du plan horizontal).

Par décision du 1^{er} octobre 2007, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité. Se référant à l'expertise du COMAI, il a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Avec un revenu d'invalidé de 52'672 fr. 31 - tenant compte d'un salaire dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour 2006, avec un abattement de 10% - et un revenu sans invalidité de 54'000 fr. - correspondant au revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2006 auprès de H._____ SA - le degré d'invalidité théorique a été arrêté à 2.45%.

B. Le 9 avril 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente.

B._____ a versé des indemnités journalières depuis le 19 octobre 2009 et transmis les documents suivants à l'OAI:

- Un rapport du 1^{er} décembre 2009 du Dr A._____, chef de service du département de l'appareil locomoteur du CHUV, posant les diagnostics de lésion étendue de la coiffe des rotateurs droits (sus-épineux, sous-épineux, partie haute du sous-scapulaire) avec rupture du long biceps et arthropathie AC, ainsi que de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches. Ce médecin a observé une réactivation des douleurs de l'épaule droite depuis un mois, sans proposer de geste chirurgical.

- Un rapport du 15 septembre 2009 du centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, retenant, suite à des RX des épaules et à une IRM de l'épaule droite, un conflit sous acromial par ascension de la tête humérale sur tendinopathie chronique calcifiante, une amyotrophie relative des muscles de la coiffe prédominant sur le sus-épineux, une subluxation bicipitale et un épanchement articulaire.

- Un rapport du 8 janvier 2010 du Dr H._____, posant notamment les diagnostics de périarthrite de l'épaule droite, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de gonarthrose bicompartimentale bilatérale, puis retenant depuis trois à quatre mois des douleurs diurnes et nocturnes de l'épaule droite avec une limitation fonctionnelle (abduction et rotation interne). En raison des problèmes physiques récurrents et d'une affection psychique (dépression réactionnelle), la capacité de travail ne dépassait pas 30% et l'activité habituelle de manutentionnaire, justifiant une incapacité de travail totale dès le 16 octobre 2009, n'était pas exigible. L'assuré pouvait porter des charges légères (1 à 2 kg), rester debout environ 2h, un peu plus longtemps assis, et marcher pendant 15 à 20 minutes. Les 28 mai et 1^{er} octobre 2010, ce médecin a confirmé cette appréciation.

Dans un rapport du SMR du 28 juillet 2010, le Dr M._____ a fait siennes les conclusions du Dr H._____ mais retenu que la capacité de travail, dans une activité strictement adaptée, était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI. La capacité de travail a été fixée à 0% dès le 16 octobre 2009 dans l'activité antérieure, mais à 100% dès février 2003 dans une activité adaptée.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 9 août 2010, H._____ SA a indiqué que l'assuré aurait pu réaliser en 2010 un salaire annuel de 43'200 fr., montant auquel s'ajoute le service de nettoyage.

Dans un préavis du 23 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a considéré que l'état

de santé de l'assuré s'était certes détérioré depuis la décision du 1^{er} octobre 2007, l'incapacité de travail étant devenue totale dans l'activité habituelle dès le 16 octobre 2009, mais qu'une pleine capacité de travail restait exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Avec un revenu d'invalidé de 52'177 fr. 80 - tenant compte d'un salaire dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé selon l'ESS pour 2010, avec un abattement de 15% - et un revenu sans invalidité de 56'739 fr. 15, il a arrêté le degré d'invalidité à 8%.

Par décision du 21 janvier 2011, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

C. Par acte de son mandataire du 21 février 2011, F. _____ a recouru au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2010, avec intérêts à 5% l'an. Compte tenu de son âge (62 ans) et de son absence de formation professionnelle autre que celle de soudeur, il soutient qu'il n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'audition de ses médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans sa réponse du 26 avril 2011, précisant ne rien avoir à ajouter à la décision attaquée, l'OAI conclut au rejet du recours.

Par réplique du 30 juin 2011, le recourant confirme ses conclusions et conclut subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Il fait valoir que sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 avril 2010 a été instruite de manière incomplète, tant sur le plan somatique que psychique, aucun document médical ne permettant de justifier une capacité de travail dans une activité adaptée ni ne renseignant sur une activité qui pourrait être concrètement exercée. Au vu de son âge, de son parcours professionnel et de son absence de

formation certifiée, il considère qu'il ne peut raisonnablement plus se voir imputer une capacité résiduelle de travail.

Dans sa duplique du 30 août 2011, l'OAI confirme ses conclusions, considérant qu'aucune modification au niveau des limitations fonctionnelles n'avait été mise en évidence dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, de sorte que l'exigibilité dans une activité adaptée demeurerait entière. Le marché du travail offrant selon lui un éventail suffisamment large d'activités légères, sans qu'il soit nécessaire de donner des exemples concrets d'activités adaptées, l'assuré est ainsi renvoyé à se réinsérer dans une activité, certes "supra adaptée", mais qu'il lui incombe malgré tout de trouver.

Le 26 octobre 2011, le recourant confirme ses conclusions. Se référant à un courrier de son assureur B. _____ du 26 septembre 2011, il allègue que son droit aux indemnités journalières pour perte de gain s'éteindra le 18 octobre 2011 sans que cet assureur ne l'ait jamais renvoyé, contrairement à l'OAI, à l'exercice d'une activité adaptée. Il dépose un rapport du 7 avril 2011 du Dr H. _____, attestant une incapacité totale de travail à compter du 16 octobre 2009, dans l'activité habituelle.

E n d r o i t :

1. a) 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige tient au refus d'accéder à une seconde demande de prestations, lequel se fonde sur le renvoi de l'assuré à l'exercice d'une activité réputée adaptée.

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 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, 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 (ATF 125 V 351

consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

b) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

3. a) Dans le cas présent, une première demande de prestations d'invalidité a été rejetée par l'OAI, par décision du 1^{er} octobre 2007. L'OAI s'était alors fondé sur l'expertise du COMAI du 27 avril 2007, dans laquelle les Drs I._____ et C._____ ont posé les diagnostics de douleurs chroniques de l'épaule droite, d'arthropathie acromio-claviculaire et de capsulite rétractile. Ils ont relevé que les limitations fonctionnelles étaient uniquement liées à la problématique de l'épaule droite et que le poste de travail actuel de l'assuré était parfaitement adapté à ces limitations, pour un taux de 60%. Dans une activité très bien adaptée, sans sollicitation répétitive même légère de l'épaule droite (travail de bureau en position assise ne nécessitant pas la surélévation du bras au-dessus de l'horizontale ni le port de charge excédant 3 kg), ils ont retenu une pleine capacité de travail. Ces conclusions ont été reprises par le SMR sous la plume du Dr M._____ (rapport du 26 juin 2007).

b) Dans son rapport du 8 janvier 2010, le Dr H._____ a posé des diagnostics pour l'essentiel identiques à ceux qu'il avait retenus en date du 12 juillet 2006, soit dans le cadre de la première demande de rente. Cela étant, il a retenu l'apparition depuis environ trois à quatre mois de douleurs diurnes et nocturnes de l'épaule droite avec une limitation fonctionnelle (abduction et rotation interne), relevant que la situation s'était péjorée durant l'été et que la capacité de travail ne dépassait guère 30%. Pour sa part, le Dr A._____ (rapport du 1^{er} décembre 2009) a retenu une réactivation des douleurs de l'épaule droite depuis un mois et constaté des lésions étendues de la coiffe des rotateurs, chroniques, soulevant le caractère problématique de l'activité professionnelle de l'intéressé.

Ainsi, il y a lieu de constater que le recourant a présenté une aggravation de son état de santé par rapport aux circonstances qui prévalaient lors de la décision de refus de rente du 1^{er} octobre 2007. L'OAI n'en disconvient pas, puisqu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, portant le taux d'abattement du revenu d'invalidé de 10% à 15% et le degré d'invalidité de 2.45% à 8% par rapport à 2007. Quant au médecin du SMR (rapport du

28 juillet 2010 du Dr M. _____), qui n'a pas fait procéder à un nouvel examen clinique de l'assuré, il se borne à faire siennes les conclusions des Drs H. _____ et A. _____, convenant dès lors de l'existence de l'aggravation retenue par ses deux confrères.

A ce constat s'ajoute celui, non contesté sur le plan médical, d'une incapacité de travail devenue totale dans l'activité habituelle de manutentionnaire, laquelle avait été aménagée par l'employeur en fonction des limitations fonctionnelles et exercée au mieux à temps partiel. Subsiste dès lors la question de la mesure de cette aggravation et de ses conséquences sur la capacité de travail, que l'intimé tient pour exigible dans une activité dont il convient qu'elle ne doit plus être "simplement adaptée" mais "strictement adaptée" ou "supra adaptée". A cet égard, on pourra se dispenser de fixer précisément, par une approche du cas sur le plan médical, la capacité de travail résiduelle dans une telle activité, pour les motifs exposés ci-dessous.

4. Sur le plan économique, l'assuré soutient qu'il n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail.

a) 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. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2 et les références citées).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2).

b) En l'espèce, il est établi que le recourant, né le 18 octobre 1948, était âgé de 62 ans et 3 mois au moment de la décision attaquée (datée du 21 janvier 2011) et de près de 61 ans au moment hypothétique de la naissance du droit à la rente (en octobre 2009), de sorte qu'il s'agit

d'un âge avancé au sens de la jurisprudence (en ce sens: TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3; TF 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5; TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010 consid. 2.3; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5.2).

Sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi, l'assuré a travaillé d'avril 2000 à octobre 2009 en qualité de préparateur logistique pour H. _____ SA, emploi spécialement aménagé à son état de santé par l'employeur. De nationalité portugaise (permis C), il n'a pas de formation certifiée (CFC ou diplôme) et a travaillé en Suisse depuis 1985, dans une activité qu'il est devenu incapable d'exercer. Compte tenu de ses multiples atteintes à la santé, des lourdes limitations fonctionnelles en découlant et du fait que l'activité adaptée hypothétique, qualifiée par le SMR lui-même de "supra" ou "strictement adaptée", s'avère absolument théorique, on ne voit pas quel employeur consentirait à l'engager, pour une activité qui resterait à trouver. Dès lors qu'il ne peut être renvoyé sur le marché du travail, même équilibré, c'est un droit à une rente entière d'invalidité qui doit être reconnu au recourant.

5. Partant, il convient d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2010, compte tenu d'une incapacité de travail attestée à partir du 16 octobre 2009.

6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice à charge de l'autorité administrative déboutée (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA), arrêtés à 2'500 fr. à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2010.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour F._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :