

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juillet 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral et Mme Röthenbacher, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Regina Andrade Ortuno, avocate à Montreux,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant portugais, D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1955, est entré en Suisse le 1^{er} avril 2010. Sans formation professionnelle, il a travaillé jusqu'en 2012 en tant qu'aide-mécanicien sur machines agricoles. Atteint d'un cancer de la prostate, l'assuré a subi une intervention chirurgicale en date du 4 juillet 2013 sous la forme d'une prostatectomie radicale après quoi, il a suivi une radiothérapie entre le 19 septembre et le 4 novembre 2013. Ayant épuisé son droit aux prestations de l'assurance-chômage, il est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le mois de juillet 2014.

En date du 19 novembre 2014, D. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré.

Le 26 janvier 2015, le Dr R. _____ a posé les diagnostics de cancer de la prostate, de hernie discale et de gonarthrose. Tout en attestant une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2014 dans l'activité habituelle, il a indiqué que l'évaluation de l'exigibilité devait être effectuée par un spécialiste.

Dans un rapport médical du 2 mars 2015, le Dr P. _____, spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, a posé les diagnostics de lombalgies sur facetarthrose modérée L4-L5/L5-S1, de discopathie L5-S1 avec déconditionnement. Ayant estimé ne pas disposer d'éléments objectifs en suffisance pour se déterminer sur la capacité de travail, il a suggéré que l'assuré soit examiné par le médecin-conseil de l'assurance-invalidité. Il a encore énuméré différentes limitations fonctionnelles en relation avec les lombalgies (port de charges limité à 5 kg au maximum, position assise continue et position debout statique toutes deux limitées à

1 heure, changement fréquent de position souhaitable et porte-à-faux à éviter).

Interpellé par le Dr Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr M._____, spécialiste en urologie, s'est exprimé comme suit dans un rapport médical du 14 septembre 2015 :

« **Monsieur D._____ né le [...] 1955**, a bénéficié d'une prostatectomie radicale, pour adénocarcinome invasif, Gleason 7, pTa2C, pN0, M0 en juillet 2013.

En 2014, j'ai dû procéder à une TUIC au laser Holmium pour sténose de l'anastomose uréthro-vésicale.

Du point de vue oncologique, l'évolution est parfaitement favorable avec un PSA à 0,03.

L'évolution a été favorable.

Suite à l'intervention urologique, une incapacité de travail de maximum 3 mois est nécessaire et la récupération est totale.

Je l'ai vu pour la dernière fois le 4 mars 2015, l'évolution était sp [*sans problèmes*].

Un PSA a été dosé par son médecin généraliste en août 2015 : il est indétectable. »

Se déterminant sur les rapports médicaux au dossier, le Dr Z._____ a estimé, à l'instar du Dr R._____, que, dans une activité d'aide-mécanicien et dans toute activité lourde, la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le mois de juin 2014. En revanche, dans un emploi adapté, l'exigibilité était entière, sans baisse de rendement trois mois après l'intervention sur la prostate et en tout cas depuis la constatation par l'urologue que l'évolution était parfaitement favorable, soit le 8 (recte : 4) mars 2015 (avis médical du 1^{er} octobre 2015).

Le 27 novembre 2015, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesure de reclassement et rente). Tout en admettant que sa capacité de travail dans l'activité d'aide-mécanicien était nulle depuis le 1^{er} juin 2014, il a retenu que l'exigibilité était complète dans une profession adaptée

compatible avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise ou permettant des positions sans port de charges supérieures à 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré et répartie sur cinq jours ouvrables. A titre d'exemples, il a cité des professions dans le domaine de l'industrie légère, telles qu'ouvrier de production non qualifié à la chaîne ou un travail par équipes en salle blanche. La comparaison des revenus avec et sans invalidité - fixés sur la base de la même table statistique - aboutissait à un degré d'invalidité de 15%, correspondant au taux d'abattement pratiqué sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles. Ce taux était inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente de l'assurance-invalidité. Un reclassement professionnel n'entraîne pas non plus en ligne de compte au regard du large éventail d'activités simples et répétitives exigibles de la part de l'assuré.

Par courrier non daté (indexé le 14 décembre 2015), D. _____ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Il a en substance fait valoir que son état de santé ne plaiderait pas en faveur d'une capacité de travail entière telle que retenue par l'office AI dans une activité adaptée.

Par décision du 17 mars 2016, l'office AI a entériné son refus d'allouer ses prestations à l'assuré. La motivation était identique à celle de son projet du 27 novembre 2015.

B. Par acte du 11 avril 2016 adressé à l'office AI et reçu par le greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 3 mai 2016, D. _____ a recouru contre cette décision. Evoquant ses problèmes de santé, il a rappelé avoir fait l'objet d'une prostatectomie en juillet 2013, suivie d'une nouvelle intervention chirurgicale en 2014 pour des complications liées à l'opération précédente. Les séances de radiothérapie faisant suite à la pathologie oncologique ont par ailleurs entraîné des douleurs dorsales l'empêchant parfois de se lever. Il a en outre signalé un

trouble cardiaque ainsi que des apnées du sommeil nécessitant le recours à un appareil respiratoire. Dans ces conditions, il s'estimait dans l'impossibilité de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. A l'appui de ses allégations, il a joint une attestation du Dr R. _____ du 8 avril 2016.

Par décision du 26 juillet 2016, la magistrate instructrice a accordé à D. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} juillet 2016. A ce titre, l'assuré a obtenu la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Regina Andrade Ortuno. Il était en outre exonéré d'avances, de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 25 août 2016, l'office AI a indiqué que le certificat médical produit ne contenait aucun élément médical objectif, de nature à mettre en doute les conclusions de la décision attaquée, lesquelles se fondaient sur les rapports des médecins spécialistes chargés du suivi de l'assuré. En conséquence, il ne pouvait que proposer le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

En réplique du 11 novembre 2016, l'assuré a tout d'abord souligné que le cancer était en phase de rémission et qu'il n'impliquait plus à lui seul une quelconque invalidité. Toutefois, il a indiqué avoir développé diverses affections susceptibles d'affecter sa capacité de gain. A cet égard, il a mentionné des lombalgies chroniques et des apnées du sommeil, lesquelles seraient de surcroît à l'origine d'une faiblesse cardiaque. Associées à son cancer, ces affections physiques auraient par ailleurs entraîné une dépression. Considérant que l'office AI a contrevenu à son devoir d'instruction d'office, l'assuré a sollicité du tribunal un bref délai aux fins de produire les attestations de levée du secret médical des médecins qui le suivent, ensuite de quoi ils seraient invités à répondre aux questions formulées dans son écriture. Partant, il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une demi-rente. A titre plus subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision

attaquée et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

C. Le 15 février 2017, la magistrate instructrice a transmis aux médecins spécialistes le questionnaire dressé par Me Regina Andrade Ortuno, conseil de l'assuré, ainsi que celui de l'office AI en les invitant à répondre à chacun d'eux.

a) Dans un courrier du 8 mars 2017, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a indiqué n'avoir procédé, en date du 11 août 2016, qu'à une seule consultation neurologique complète, lui ayant permis d'écarter la présence d'accidents vasculaires cérébraux. Il n'était dès lors pas en mesure de répondre aux questions posées.

b) Par pli du 13 mars 2017, le Prof. Q._____, spécialiste en radio-oncologie, a indiqué ne pas être à même de répondre au questionnaire de l'office AI concernant la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé l'avoir suivi du 19 septembre 2013 au 4 novembre 2013 pour un traitement de radiothérapie adjuvante d'un cancer de la prostate. Il a par la suite revu l'intéressé à quatre reprises afin de s'assurer de l'évolution favorable post thérapeutique de cette maladie. L'ayant vu pour la dernière fois le 17 mars 2015, il n'était pas en mesure d'évaluer son état général ni sa capacité de travail. Les réponses aux questions du conseil de l'assuré étaient pour l'essentiel superposables aux indications figurant dans la lettre.

c) Le 23 mars 2017, le Dr P._____ a fait parvenir au tribunal le compte-rendu d'examens radiologiques pratiqués entre 2014 et 2015 (radiographie du genou gauche et CT de la colonne lombaire du 24 novembre 2014, rapport radiologique de la colonne lombaire, face et profil, du 23 janvier 2015 et rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 13 février 2015). Il résultait de ce dernier document l'existence d'une « discopathie débutante des trois derniers niveaux lombaires avec, en L5-S1, une déchirure focale de l'anneau fibreux périphérique en territoire

postéro-médian sans répercussion sur les structures nerveuses. » Aucune autre anomalie n'avait été constatée.

d) Il résultait des réponses apportées par le Dr M. _____ aux questions du conseil de l'assuré et sur le formulaire ad hoc de l'office AI que l'assuré avait présenté un cancer de la prostate ayant nécessité une prostatectomie radicale. Le traitement avait notamment consisté en des séances de radiothérapie. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le mois de mars 2014, sans diminution de rendement.

e) Le Dr X. _____, spécialiste en cardiologie, n'a pas donné suite aux courriers du tribunal lui demandant de lui faire parvenir son rapport.

f) La patientèle du Dr R. _____ ayant été reprise par un cabinet médical de groupe, la magistrate instructrice a renoncé à la production d'un rapport (avis du 26 avril 2017).

D. a) Dans l'intervalle, D. _____ a produit le compte-rendu de différents examens radiologiques.

Une radiographie du genou gauche et CT de la colonne lombaire du 24 novembre 2014 a révélé l'existence d'une discopathie compliquée d'une hernie discale postéro-médiane et médio-latérale gauche L5-S1, avec contrainte sur S1 gauche. A cela s'ajoutaient une saillie discale postéro-médiane L4-L5 avec léger effet de masse sur le sac dural ainsi que des troubles modérés étagés du rachis lombaire.

Une IRM cérébrale avec angio IRM artérielle cérébrale du 29 juillet 2016 a mis en évidence quelques petits foyers d'hypersignal dans la substance blanche périventriculaire, d'aspect toutefois non spécifique, une leucoaraïose et une maladie de petits vaisseaux, sans signe d'ischémie en phase aiguë. Un kyste arachnoïdien occipital gauche ainsi que quelques polypes dans les sinus maxillaires ont également été relevés.

Le bilan scintigraphique osseux pratiqué le 9 janvier 2017 n'a pas révélé d'atteinte métastatique. Il n'y avait par ailleurs pas de nouvelle lésion depuis 2013.

L'IRM lombaire réalisée le 18 janvier 2017 a conclu à une discopathie protrusive étagée de L3 à S1 ainsi qu'à une hernie discale L5-S1 latéralisée à droite avec possible contrainte radiculaire.

b) Les parties ont été invités à se déterminer sur les renseignements médicaux versés au dossier dans le cadre de la procédure judiciaire.

aa) Dans ses déterminations du 14 septembre 2017, l'office AI a relevé qu'à eux seuls les rapports d'imagerie médicale ne permettaient pas de tirer une quelconque indication quant à la capacité de travail de l'assuré. Dès lors, faute d'indices sérieux quant au caractère invalidant des troubles lombaires, il apparaissait justifié de retenir les limitations fonctionnelles telles qu'énoncées dans la décision attaquée en lien avec cette pathologie, sans pour autant procéder à de plus amples mesures d'instruction sur ce plan. Pour le surplus, force était de constater qu'il n'y avait aucun élément objectif parlant en faveur d'une incapacité de travail durable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles postérieurement au 8 mars 2015. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

bb) Le 20 octobre 2017, l'assuré a fait savoir qu'il n'avait pas de remarques à formuler au sujet des rapports déposés par les médecins interpellés.

c) Le 31 janvier 2018, la magistrate instructrice a interpellé les parties quant à l'éventualité d'une substitution de motifs dans l'arrêt à intervenir, lequel pourrait être fondé sur la jurisprudence régissant l'évaluation de l'invalidité d'un assuré se trouvant proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse. Un délai au 14 février 2018 était imparti aux

parties pour déposer leurs éventuelles déterminations sur la substitution de motifs envisagée.

aa) S'exprimant par courrier du 12 février 2018, l'office AI a indiqué que, compte tenu du nombre d'années qui séparait l'assuré de l'âge de la retraite, du taux d'activité de 100% retenu et des limitations qui ne restreignaient pas de façon importante l'éventail des activités encore exigibles, la situation de l'intéressé n'était comparable à aucune de celles dans lesquelles le Tribunal fédéral avait exceptionnellement admis qu'un changement d'activité n'était plus exigible au regard de l'âge.

bb) L'assuré ne s'est pas déterminé. Invitée à déposer sa liste d'opérations dans le même délai, Me Andrade Ortuno n'a pas procédé.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expressees prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, le recours a été adressé le 11 avril 2016 à l'office intimé, lequel se devait de transmettre la cause sans délai à l'autorité compétente, conformément à l'art. 7 al. 1 LPA-VD. Or, ce n'est que le 28 avril 2016 que l'office AI a transmis ledit recours à la Cour de céans. Pareille situation ne saurait être préjudiciable à l'assuré, qui a agi en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et dans le respect des autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente.

3. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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).

b) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. a) En l'occurrence, l'office intimé a rendu la décision attaquée sur la base des conclusions figurant dans l'avis médical du 1^{er} octobre 2015 du SMR. Il a ainsi retenu que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-mécanicien depuis le 1^{er} juin 2014. En revanche, l'exigibilité était complète depuis le 8 mars 2015 dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise ou permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré et répartie sur cinq jours ouvrables. »

De son côté, le recourant a invoqué diverses atteintes à la santé et fait valoir que, dans la mesure où elles étaient susceptibles d'affecter sa capacité de gain, c'était à tort que l'office AI n'avait pas procédé aux mesures d'instruction idoines.

b) Si le rapport précité du SMR peut être suivi s'agissant de l'atteinte urologique en tant qu'elle ne fonde plus à elle seule une incapacité de travail – ce que le recourant ne conteste pas –, en revanche, le Dr Z._____ a déterminé la capacité de travail dans une activité

adaptée à 100% sans examen de l'intéressé alors que le Dr P._____ le préconisait (cf. rapport du 2 mars 2015). Les rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction judiciaire n'apportent aucun élément permettant d'apprécier concrètement la capacité de travail et les limitations fonctionnelles découlant des discopathies et lombalgies. Tel est le cas des compte-rendus d'examens radiologiques fournis par le Dr P._____. Le recourant fait par ailleurs mention d'apnées du sommeil. Le rapport du neurologue V._____ du 8 mars 2017 signale un syndrome d'apnée du sommeil sans autre précision. La date d'apparition de cette atteinte de même que l'incapacité ou les limitations fonctionnelles en découlant sont inconnues. Par conséquent, la question de son éventuelle antériorité à la décision litigieuse demeure ouverte. Au surplus, le lien éventuel entre ce syndrome et une pathologie cardiaque n'a pas pu être confirmé ou infirmé à défaut de rapport médical sur le plan cardiologique. Le recourant évoque également un état dépressif (cf. réplique du 11 novembre 2016). A priori, celui-ci ne saurait être considéré comme postérieur à la décision attaquée, dès lors que le rapport d'information et d'évaluation du 13 janvier 2015 faisait déjà état d'un traitement antidépresseur.

c) En présence d'une instruction médicale incomplète (lombalgies, gonalgies, apnée du sommeil, état dépressif), un examen clinique se serait imposé. Cependant, compte tenu de l'âge de l'assuré et de sa situation, se pose la question de l'application de la jurisprudence relative aux chances d'un assuré proche de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi. Cet examen se justifie également au vu des limitations fonctionnelles, surtout si l'on considère que, selon le Dr P._____, la position assise continue et la position debout statique sont chacune limitées à une heure.

5. 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 LPGA), 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'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). 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 LPGA, 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 (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

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_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, 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_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel est encore exigible de l'assuré est celle du rapport du Dr Z._____, médecin au SMR, du 1^{er} octobre 2015. A cette date, l'intéressé était âgé de 60 ans et 3 mois, soit un âge où un reclassement professionnel s'avère en soi difficile et encore plus pour l'assuré. En effet, celui-ci n'a exercé une activité lucrative en Suisse qu'entre 2010 et 2012 et de surcroît, n'a œuvré que dans un seul secteur d'activité. Son expérience professionnelle ne saurait dès lors être considérée comme étendue ou diverse. A cela s'ajoute qu'il n'a aucune formation professionnelle, maîtrise mal la langue française et ne connaît pas les outils informatiques. Dans ces circonstances, si la perspective de retrouver un emploi adapté ne peut être totalement exclue, force est toutefois de constater qu'elle est purement hypothétique, même sur un marché du travail équilibré. En outre, sur la base des limitations fonctionnelles mentionnées dans la décision litigieuse (cf. consid. 4a supra), l'office AI considère possible une activité sédentaire dans l'industrie légère comme ouvrier de production non qualifié à la chaîne ou un travail par équipes en salle blanche. En complétant cette énumération

par l'alternance horaire des positions assise continue et debout statique préconisée par le Dr P. _____ en raison des lombalgies présentées par le recourant, il s'avère que les limitations fonctionnelles imposeront vraisemblablement des adaptations du poste de travail qu'un employeur ne serait pas nécessairement disposé à concéder. Dans ces conditions, prétendre que le recourant pourrait retrouver un emploi adapté après plusieurs années d'inactivité, dans un nouveau secteur d'activité, pour les quelque quatre ans et neuf mois qui le séparent de l'âge de la retraite, n'est pas réaliste, même en prenant en considération un marché du travail réputé équilibré.

c) Les circonstances exposées ci-avant justifient l'application de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite. Il sera encore précisé que dans l'hypothèse où l'état de santé devait être exhaustivement investigué sous la forme d'un examen clinique, voire d'une expertise pluridisciplinaire, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle interviendrait alors que le recourant serait âgé d'au moins 63 ans, âge qui limiterait d'autant plus son accès au marché du travail. Par conséquent, l'activité habituelle n'étant plus exigible et le renvoi à une activité adaptée réaliste étant écarté, il convient de retenir que l'exigibilité est nulle en toute profession. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité fonctionnelle.

6. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Dans son avis médical du 1^{er} octobre 2015, le Dr Z. _____ a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail durable de 100% depuis le 1^{er} juin 2014. En l'espèce, l'assuré a déposé sa demande de prestations le 19 novembre 2014. A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit

à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'intéressé a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Le droit à la rente entière a donc débuté au plus tôt le 1^{er} mai 2015 (cf. art. 29 al. 3 LAI). Or, à cette date, le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était pas encore échu. Il s'ensuit que la naissance du droit du recourant à une rente entière d'invalidité doit être reporté au 1^{er} juin 2015.

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, en ce sens que D. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2015.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 17 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que D. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2015.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Regina Andrade Ortuno, avocate (pour D. _____),
- 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 :