

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 janvier 2011

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     M.     Neu et Mme Pasche  
Greffier     :     M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**L. \_\_\_\_\_**, à Aigle, recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1952, originaire de Croatie, ayant notamment travaillé jusqu'en 1998 en tant que chef de fabrication pour l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA à Villeneuve, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI le 23 novembre 1999, en vue d'obtenir une rente.

Dans un rapport du 13 décembre 1999, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à Aigle et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de lombosciatalgies L5 droites dans un contexte de hernie discale L4-L5 non déficitaires, et d'insuffisance artérielle des membres inférieurs, opérée à gauche. Ce praticien a indiqué que l'intéressé avait présenté des taux d'incapacité de travail variant entre 100 et 50% depuis le 22 octobre 1998. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle depuis le 12 juillet 1999.

En date du 21 mars 2000, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladie rhumatismale à Monthey, a diagnostiqué chez l'intéressé un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'un éthylo-tabagisme et constaté une importante discordance entre les plaintes et le status du patient et d'importants signes de non-organicité de Waddel. Un examen du 15 mai 2000 effectué par le service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV a mis en évidence que l'assuré présentait des lombo-sciatalgies dans un contexte de déconditionnement physique général.

Le 13 janvier 2003, l'assuré a été soumis à un examen clinique bidisciplinaire effectué par le Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 17 janvier 2003, les Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont posé les diagnostics de troubles somatoforme douloureux

persistant, de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires étagés, de status après dilation coronarienne en 1989, de status après pontage aorto-fémoral gauche en 1995, de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. La capacité de travail a été évaluée à 100% tant sur le plan somatique que psychique, une réadaptation professionnelle n'étant pas envisageable.

Par décision du 22 mai 2003, confirmée sur opposition le 12 janvier 2004, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail était entière aussi bien dans son ancienne activité de chef de fabrication que dans une activité adaptée et qu'il ne présentait dès lors aucune invalidité. En date du 16 février 2004, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à l'octroi d'une rente entière et requérant la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. L'OAI a pour sa part conclu au rejet du recours. De nouvelles pièces médicales ont par la suite été produites par l'assuré.

Par décision incidente du 6 août 2004, le magistrat instructeur du Tribunal des assurances a rejeté la demande d'expertise formée par l'assuré, estimant le dossier complet au plan médical. Le 14 février 2005, par jugement incident, ledit tribunal a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre cette décision, retenant que l'instruction du cas était complète.

Par courrier du 17 janvier 2006 adressé au Tribunal des assurances, se référant à un rapport du 11 novembre 2005 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie à Lausanne, le recourant s'est prévalu de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, remplissant selon lui les critères permettant de lui reconnaître un caractère invalidant.

Le 2 février 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Vevey, se référant à un examen par écho-Doppler précérébral effectué le 27 janvier 2006, a retenu ce qui suit:

"Cet examen montre une athéromatose de l'axe carotidien D avec une plaque sur la primitive, plusieurs plaques au départ de l'artère

carotide interne D dont le départ est dilaté ce qui n'entraîne aucune accélération vélocimétrique et pas de sténose hémodynamiquement significative. Du côté G, petite athérosclérose à l'extrémité de la carotide primitive".

Le 13 février 2006, l'assuré a subi une opération consistant en un pontage prothétique ilio-fémoral droit pour obstruction iliaque externe et insuffisance artérielle stade III du membre inférieur droit, effectuée par le Dr S.\_\_\_\_\_. Le protocole opératoire, signé par ce spécialiste ce même jour, a retenu que l'assuré avait été soumis à un examen angiographique le 29 novembre 2005 ayant mis en évidence des problèmes aux artères nécessitant un pontage.

L'assuré a consulté le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie à Montreux, pour un échocardiogramme de contrôle. Dans un rapport du 23 août 2006, du point de vue clinique, ce praticien n'a pas décelé de signe d'insuffisance cardiaque et n'a pas formulé de suggestion particulière quant à la prise en charge ultérieure, tout en faisant part de son inquiétude au sujet du pronostic vital de l'assuré, décrit comme polyartériel, et en suggérant une surveillance pulmonaire.

Par jugement du 27 novembre 2006, le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré et confirmé la décision sur opposition du 12 janvier 2004. Se basant sur le rapport du 17 janvier 2003 des Drs H.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, selon lui décisif, il a retenu que l'assuré souffrait d'un alcoolisme primaire et d'un trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique, diagnostics ne justifiant pas d'incapacité de travail, de sorte que tant sur le plan psychique que somatique sa capacité de travail exigible était totale dans son ancienne activité, comme dans toute autre activité adaptée à ses limitations.

Le 18 janvier 2007, l'assuré a recouru au Tribunal fédéral, concluant principalement au renvoi de la cause à la juridiction cantonale, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière. L'OAI et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ont renoncé à se déterminer. L'assuré a produit plusieurs pièces médicales, notamment un rapport IRM de la

colonne lombaire du 15 février 2007, suspectant un canal lombaire étroit sévère L3-L4 et L4-L5 avec composante dégénérative et congénitale, un protocole opératoire du 20 mars 2007 pour une injection périurale antalgique L3-L4 sous guidage radioscopique, puis un rapport du 15 février 2007 du Dr S.\_\_\_\_\_, concluant à un examen clinique stationnaire.

Dans des rapports des 14 et 25 septembre 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en angiologie et en médecine interne à Monthey, a retenu les diagnostics d'incontinence veineuse profonde fémoro-poplitée droite et minime incontinence de la veine saphène externe droite et d'artériopathie des membres inférieurs avec notamment une dysfonction érectile de probable origine artérielle.

**B.** Dans un arrêt du 18 février 2008 (cause I 51/07), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le jugement du 27 novembre 2006 du Tribunal des assurances ainsi que la décision sur opposition du 12 janvier 2004 de l'OAI et renvoyé la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La Haute cour a considéré que, en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel le médecin ne pouvait prétendre, le rapport SMR du 17 janvier 2003, signé notamment par la Dresse U.\_\_\_\_\_ avec l'indication "Psychiatre FMH", ne permettait pas à lui seul de tirer des conclusions définitives sur l'état de santé de l'assuré, de sorte que l'appréciation de la juridiction cantonale, qui reposait exclusivement sur ce rapport, n'était pas conforme au droit. Le dossier ne comprenant pas d'autre évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé psychique de l'assuré par un spécialiste, le Tribunal fédéral a ajouté que la cause devait être renvoyée à l'OAI afin que non seulement il complète l'instruction du dossier sur ce point mais qu'il procède à une nouvelle évaluation pluridisciplinaire de l'état de santé de l'assuré compte tenu de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques qu'il présente (lombosciatalgies droites, insuffisance artérielle des membres inférieurs, éthylo-tabagisme, état anxio-dépressif, trouble somatoforme douloureux), puis qu'il se prononce à nouveau.

Le 3 avril 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_, anesthésiste FMH au centre de la douleur Riviera à Clarens, a retenu que l'assuré présentait des pathologies organiques objectives et objectivables, dont le caractère invalidant rendait la capacité de travail nulle, et a évoqué la présence d'un comportement douloureux en raison de la chronicité des douleurs et de la non-reconnaissance du caractère organique.

Suite à une consultation de l'assuré au département de l'appareil locomoteur du CHUV, en date du 3 juillet 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du rachis, a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites, de sténose canalaire L3-L4, L4-L5, de discopathies dégénératives prépondérantes L4-L5, de status post-pontage artériel membres inférieurs bilatéral (1997 à gauche, 2006 à droite), de status post-mise en place d'un stent iliaque gauche et de status post-syndrome coronarien avec mise en place d'un stent actif en mars 2006. Il a évoqué la possibilité d'une intervention chirurgicale et d'autres traitements et a retenu l'impossibilité pour l'assuré de réintégrer un circuit professionnel.

En mai et juin 2008, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertise médicale de l'AI (ci-après: le CEMed), effectuée par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Dans leur rapport du 25 septembre 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique, maladie bitronculaire (status après angioplastie de la coronaire droite en 1989 et de l'IVA proximale avec stenting en 2006; dysfonction ventriculaire gauche dès 2006), d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (status après pontage ilio-fémoral droit en 2006; status après stenting de l'iliaque commune gauche en 2007), de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs, de lombosciatalgies L5 droites chroniques et de canal lombaire étroit L4-L5 sévère. Ils ont en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité classe I (BMI 32.2 kg/m<sup>2</sup>), de dyslipidémie, d'insuffisance veineuse chronique du membre inférieur

droit, de syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 1999 ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation épisodique probable (p. 37 et 38 de l'expertise).

S'agissant des influences sur la capacité de travail, les experts précités n'ont pas retenu de limitations sur les plans psychique et mental, ni social. Les limitations sur le plan physique ont été décrites comme suit (p. 38), étant précisé que la dernière activité exercée par l'assurée n'était plus possible:

"Compte tenu de l'ensemble des troubles somatiques, seules des activités légères peuvent être effectuées et uniquement de manière sédentaire ou semi-sédentaire, en raison des difficultés aux déplacements en terrain accidenté, impossibilité d'effectuer des travaux sur des échelles ou des échafaudages, par ailleurs l'assuré ne peut pas rester longtemps assis ou surtout debout, son périmètre de marche est limité à 50 m en terrain régulier, il ne peut pas porter des charges ou effectuer des travaux lourds".

La survenance de l'incapacité de travail (p. 39) a été décrite ainsi:

"L'incapacité [recte: la capacité] de travail a diminué probablement progressivement depuis 1998. Entre 1998 et 2006, il existait également une insuffisance artérielle concomitante et les symptômes étaient intriqués. Mais les lombosciatalgies persistent après le pontage ilio-fémoral droit du 13.02.2006 avec une diminution progressive de son périmètre de marche alors que les artères sont bien perméables. On peut donc estimer que du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail est réduite depuis au moins début 2006 et même probablement avant.

L'incapacité de travail du point cardio-vasculaire [est] surtout marquante depuis 2006.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique".

Les experts du CEMed ont relevé dans leur rapport que les capacités d'adaptation de l'assuré étaient diminuées dans une activité peu valorisante, l'assuré présentant une fragilité narcissique. Etant donné l'ampleur des problèmes somatiques, ils ont relevé qu'une réadaptation n'avait de sens que si l'intervention chirurgicale pouvait améliorer la situation, mais sur les plans vasculaire et neurologique, seule une activité sédentaire ou semi-sédentaire était possible, avec une diminution de

rendement de 50% pour une capacité pleine. Ils ont ensuite retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, avec une diminution de rendement de 50% (p. 40).

Le status psychiatrique de l'assuré (p. 29) a été décrit comme suit:

"M. L. \_\_\_\_\_ est ponctuel à son rendez-vous. Sa présentation est sans particularité. Il se déplace librement sans difficulté. Il y a un certain comportement algique tout au long de l'entretien. Il n'y a pas de restriction des champs de la pensée sur les douleurs. Il était calme en salle d'attente mais cette attitude contraste avec une attitude plus démonstrative durant l'entretien. Les réponses ne sont pas toujours très précises. La collaboration est assez bonne.

M. L. \_\_\_\_\_ s'exprime bien en français. Il semble avoir de bonnes compétences cognitives. Le raisonnement et le jugement sont conservés bien qu'à certains moments, il [ressort] de ses propos des idées quelque peu grandioses notamment sur l'importance qu'il a eue au sein de l'entreprise [qui] l'employait en dernier lieu. Il n'a pas de problème de concentration ni d'attention ou de mémoire.

On n'observe pas de ralentissement psychomoteur. L'assuré ne présente pas de tristesse ni de labilité ou de dysrégulation émotionnelle. Dans la relation, il est plutôt chaleureux et essaye d'établir une complicité avec l'examineur. Il n'y a pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée. L'assuré se montre à l'aise durant l'entretien[,] il ne présente pas de signe d'anxiété.

Il n'y a pas d'élément psychotique. Il a des éléments psychopathologiques avec des traits narcissiques".

La partie synthèse et discussion du rapport du CEMed comporte notamment les passages suivants (p. 30-36):

"Ainsi, du point de vue cardiovasculaire, il ne fait aucun doute que cet assuré présente une situation préoccupante avec une atteinte artérielle à 3 niveaux, et surtout une cardiopathie ischémique bitronculaire avec dysfonction ventriculaire nette. L'insuffisance veineuse n'est que peu symptomatique ou en tout cas ne limite pas significativement les activités du patient malgré un oedème chronique du membre inférieur. Les troubles trophiques des extrémités, consécutifs à la double pathologie, mais surtout celle artérielle, ne sont pas non plus handicapants. En revanche, il est très difficile, au vu de l'anamnèse, de se faire une idée sur les limitations fonctionnelles résultant de l'artériopathie oblitérante. Il nous annonce être incapable de marcher plus [de] 50 à 60 mètres, mais nous avons surtout l'impression qu'il s'agit de limitations résultant de sa pathologie rachidienne.

Ainsi, du point de vue somatique, compte tenu de la cardiopathie ischémique, les limitations fonctionnelles pourraient être les suivantes:

- Seules des activités légères peuvent être effectuées et uniquement de manière sédentaire ou semi-sédentaire.

Le pronostic à moyen terme de ce polyartériel est inquiétant.

Il est [à] relever enfin que l'examen clinique de ce jour met en évidence des signes de polyneuropathie sensitive modérée des membres inférieurs, caractérisée par une hypoesthésie en chaussette, une diminution de la discrimination au toucher-piquer, au chaud-froid et une hypoesthésie vibratoire, Il n'y a, en revanche, pas de déficit moteur. Il existe une certaine insécurité à la marche.

Les limitations fonctionnelles consécutives à cette polyneuropathie peuvent être consignées comme suit:

- Difficultés aux déplacements dans un terrain accidenté.
- Pas de travaux sur des échelles ou des échafaudages.

[...]

En conclusion, M. L. \_\_\_\_\_ présente des lombosciatalgies droites L5 chroniques augmentées à la marche avec une importante diminution du périmètre de marche, et actuellement, une importante discopathie et un canal lombaire étroit sévère en L4-L5. Il existe donc une bonne corrélation entre la clinique et les examens radiologiques, malgré une composante de comportement douloureux exagéré surajouté. Au vu de l'échec de tous les traitements conservateurs et de l'aggravation des douleurs avec le temps, une intervention chirurgicale devrait être rediscutée.

Du point de vue fonctionnel, il est très limité, dans les positions prolongées assise ou debout, ne peut pas marcher plus de 50 mètres, ne peut pas porter des charges, et ne peut pas effectuer des travaux lourds. Du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle est nulle. Dans une activité légère respectant les limitations mentionnées ci-dessus, sa capacité de travail ne dépasse pas 30%. A relever toutefois que si une intervention chirurgicale de type décompression au niveau lombaire a lieu, sa capacité de travail pourrait être à réévaluer du point de vue rhumatologique.

[...]

Sur le plan psychique, l'assuré rapporte essentiellement une difficulté à se contrôler lorsque les douleurs sont trop fortes mais, spontanément, il n'évoque pas de douleurs. Il s'impatiente vite, il présente des troubles de concentration et de mémoire et une tension psychique importante, une fatigue sévère, une tristesse sévère, une irritabilité, une anédonie et des sentiments de dévalorisation, des idées noires et des idées suicidaires. Il rapporte aussi d'importants troubles du sommeil. Les douleurs sont permanentes extrêmement diffuses et ne répondant plus au traitement.

A l'examen clinique, l'assuré est par moment démonstratif et il exprime quelques idées de grandeur. Les informations ne sont pas toujours très précises. Il ne présente pas de tristesse manifeste et il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue.

Le monitoring thérapeutique montre une compliance partielle au traitement antalgique. Cet examen a été demandé dans le contexte de syndrome douloureux afin d'évaluer si l'on peut évoquer un échec aux mesures thérapeutiques entreprises.

Sur la base des éléments rassemblés, l'assuré présente une structure de personnalité histrionique, narcissique avec des traits impulsifs. Les éléments histrioniques sont en rapport avec son comportement durant l'entretien qui contraste avec son comportement et son attitude en salle d'attente, et une tendance à dramatiser certains symptômes (s'endort les yeux ouverts...). Les éléments narcissiques ressortent de son anamnèse professionnelle. Les éléments impulsifs ressortent de l'anamnèse personnelle avec un comportement colérique et bagarreur. Toutefois ces éléments n'ont pas empêché son intégration sociale et semble plutôt avoir eu un effet stimulant sur sa carrière professionnelle. On doit donc parler de traits de personnalité plus que de trouble de la personnalité.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) a été retenu dans le passé. En faveur de ce diagnostic on retient que l'assuré rapporte des douleurs quasi permanentes, très intenses et responsables d'un isolement social. De plus, de nombreux examens médicaux ont été pratiqués et ce diagnostic a été retenu avec une certaine constance par différents intervenants. La collaboration au traitement est moyenne avec une compliance très partielle au traitement antalgique et l'assuré ne paraît pas désespéré. L'assuré est pris dans une attitude revendicatrice assimilable à une névrose de rente. La description « d'une composante de comportement douloureux exagéré surajouté » doit être comprise comme une manifestation liée à la culture vis-à-vis de la maladie.

L'assuré ne présente pas actuellement de trouble de l'humeur. Son état psychique n'atteint pas le seuil diagnostique d'une dysthymie ou d'un épisode dépressif, ni d'un trouble mixte anxieux et dépressif. Ce dernier diagnostic a été retenu en 1999, dans les suites des difficultés professionnelles.

L'assuré est abstinent à l'alcool depuis 2006. Sa dépendance à l'alcool a souvent été décrite par les différents intervenants. Il s'agissait d'un alcoolisme primaire. Selon le Docteur J.\_\_\_\_\_, l'assuré a considérablement réduit sa consommation d'alcool mais il est très probable qu'il en consomme encore de façon occasionnelle.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas accompagné d'une affection psychiatrique sévère. Au vu de son attitude durant l'entretien, nous constatons que l'assuré a de bonnes compétences sociales et nous ne sommes pas convaincus par un retrait social, et si tel est le cas, il n'y a pas lieu d'invoquer des motifs psychiques. Pour le même motif, il n'est pas possible d'évoquer un état psychique cristallisé. Il nous paraît difficile de

parler d'échecs thérapeutiques vu la compliance partielle au traitement antalgique.

L'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique. L'assuré ne nous a pas convaincu sur d'éventuelles répercussions sociales, au vu de ses bonnes capacités relationnelles durant l'évaluation. Il semble plutôt pris dans un processus de revendication à l'égard de l'assurance invalidité. A notre sens, l'assuré peut travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. La perte de travail s'intègre dans le cadre d'un projet de restructuration avec fermeture de l'entreprise, élément sur lequel l'assuré s'est montré relativement discret. Par le passé l'assuré a présenté un trouble anxieux et dépressif dans les suites de la perte de son emploi correspondant à un trouble de l'adaptation. Il ne s'agit pas d'une affection psychique sévère et l'on note que l'assuré n'a pas bénéficié de prise en charge psychothérapeutique auprès d'un spécialiste.

L'assuré présente des difficultés d'adaptation au monde professionnel en raison de sa structure de personnalité narcissique et impulsive. Il est peu apte à recevoir des ordres. L'assuré aurait de la peine à s'intégrer dans une activité peu gratifiante".

A la demande du SMR, le CEMed, par l'intermédiaire de la Dresse P.\_\_\_\_\_, a précisé dans un courrier du 6 janvier 2009 que l'exigibilité de 100% dans d'autres activités sédentaires ou semi-sédentaires avec une diminution de rendement de 50% (p. 40 de l'expertise) était subordonnée à une possible amélioration, à réévaluer, qui allait être obtenue à la suite d'une intervention décompressive lombaire (évoquée en p. 33 de l'expertise), mais que sans intervention, l'exigibilité restait de 30%.

L'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 19 février 2009 du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie de l'Ensemble hospitalier de la Côte, exposant ce qui suit:

M. L.\_\_\_\_\_ m'a été adressé par son médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, pour des lombosciatalgies bilatérales, prédominantes à droite, secondaires à des troubles dégénératifs extrêmement importants du rachis lombaire sous forme de discopathies dégénératives et de sténoses canalaies. Par ailleurs, M. L.\_\_\_\_\_ souffre d'une atteinte polyvasculaire importante intéressant les artères périphériques comme les coronaires. Ces atteintes vasculaires nécessitent un traitement anticoagulant qui complique très sensiblement tout traitement opératoire, fut-il minimalement invasif.

M. L. \_\_\_\_\_ est donc dans une situation difficile où les atteintes dégénératives et vasculaires se combinent pour restreindre sa capacité de travail à telle enseigne qu'elle est actuellement nulle, à mon avis.

En effet, l'activité physique même modérée est limitée doublement par les aspects cardiovasculaires et rachidiens.

Les traitements vasculaires sont pour l'instant maximaux et nécessitent une anticoagulation qui, si elle était interrompue, pourrait engendrer un risque vital très significatif. Un geste opératoire visant à corriger la cause des problèmes lombaires n'est donc envisageable qu'au prix d'un risque élevé et, compte tenu de la probabilité de succès, ne me paraît pas justifiée.

M. L. \_\_\_\_\_ est donc compensé par une médication lourde, dont les effets secondaires significatifs (sédation, pertes de mémoire) contribuent à limiter la fonctionnalité du patient.

Au total, il ne fait aucun doute que M. L. \_\_\_\_\_ a une capacité de travail extrêmement restreinte, et si l'on considère son âge et la conjoncture actuelle, ses chances de réinsertion professionnelle sont négligeables si ce n'est complètement nulles.

Je suis donc persuadé que M. L. \_\_\_\_\_ devrait bénéficier des prestations de l'Assurance Invalidité à tout le moins d'un examen approfondi de ses capacités dans le sens d'une réorientation professionnelle.

L'expertise du CEMed et son complément ont été soumis à l'appréciation du SMR, qui a relevé ce qui suit dans un avis médical du 5 mars 2009 établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_ :

"A la lecture du rapport d'expertise du COMAI du 25.09.2008, dont nous n'avons pas de raison de nous écarter, force est de constater que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé sur le plan somatique. Cette aggravation est toutefois survenue deux ans après la décision attaquée puisque la DSO est datée du 14.01.2004 et que le début de l'incapacité de travail est fixé par les experts au début 2006.

Les diagnostics incapacitants sont:

- cardiopathie ischémique
- artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- polyneuropathie sensitive des membres inférieurs
- lombosciatalgies L5 droites chroniques
- canal lombaire étroit L4-L5 sévère

L'alcoolisme et le syndrome douloureux somatoforme persistant notamment sont considérés à juste titre comme sans répercussion sur la capacité de travail.

Aucune autre affection psychiatrique n'a été constatée.

Les limitations fonctionnelles sont:

Activités légères, sédentaires ou semi-sédentaires, sans déplacement en terrain accidenté, sans travaux sur échelles ou échafaudages, permettant une alternance des positions assise et debout, sans port de charge ni travaux lourds. Le périmètre de marche est restreint à 50 mètres.

La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle depuis début 2006.

Dans une activité adaptée, elle est de 30% depuis début 2006. Elle serait susceptible d'amélioration à 50% au maximum, si une intervention de décompression lombaire avait lieu et se soldait par une amélioration significative de la symptomatologie. Une telle amélioration dans cette situation déjà chronifiée est médicalement des plus hypothétique et la répercussion sur la capacité de travail resterait modeste même dans le cas le plus favorable.

Des mesures professionnelles ne sont pas envisageables dans la situation actuelle".

**C.** Dans un projet d'acceptation de rente du 25 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, en raison d'un degré d'invalidité de 80.73%. Se référant au rapport du CEMed, il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de chef de fabrication depuis début 2006 mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités légères, sédentaires ou semi-sédentaires, sans déplacement en terrain accidenté, sans travaux sur des échelles ou des échafaudages, avec alternance des positions assise et debout, sans port de charge ni travaux lourds), sa capacité de travail était encore exigible à 30% depuis début 2006. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 78'327 fr. que l'assuré aurait pu percevoir en 2007 dans son activité de chef de fabrication et d'un revenu d'invalidé de 15'095 fr. (selon l'enquête suisse sur la structure des salaires dans des activités simples et répétitives pour 2006, en tenant compte d'un taux d'exigibilité de 30% et d'un abattement de 15%), il a retenu un degré d'invalidité de 80.73%.

Le 6 avril 2009, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant le début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et estimant que les prestations devaient être servies à

partir du 23 novembre 1999 (date du dépôt de sa demande AI) ou à tout le moins du 23 (recte: 22) mai 2003 (date de la première décision AI, annulée par le Tribunal fédéral). Se prévalant de ses problèmes de santé et de l'avis de son médecin traitant, il a estimé n'avoir eu ni la possibilité ni la capacité médicale et physique de travailler depuis le dépôt de sa demande AI, soit durant près de dix ans.

Dans un avis médical SMR du 11 mai 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

"La date de la LM a été fixée par les experts du COMAI au début 2006. Le rapport d'expertise ayant été jugé probant, nous en avons validé les conclusions, y compris concernant la LM.

Cette date est justifiée par le fait qu'elle correspond à l'aggravation de l'artériopathie nécessitant un pontage, à la diminution du périmètre de marche en raison de l'atteinte lombaire, alors que les artères sont perméables et enfin à l'objectivation d'une fonction ventriculaire sévèrement abaissée (fraction d'éjection à 35%).

Même si l'aggravation des troubles artériels et ostéo-articulaires a été progressive, comme c'est presque toujours le cas dans ces affections, l'incapacité de travail résultant de ces affections ne remonte pas avant 2006 pour les raisons évoquées ci-dessus.

Par contre, l'incapacité de travail antérieure à 2006 attestée par les médecins traitant repose sur les conséquences bio-psycho-sociales d'un éthylisme primaire et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces deux affections n'ouvrent toutefois pas le droit à des prestations de l'AI pour des raisons juridiques".

Par décision du 17 novembre 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision du 25 mars 2009. En réponse aux arguments présentés par l'assuré, l'OAI a relevé que, selon l'expertise du CEMed, l'incapacité de travail résultant de l'aggravation de l'insuffisance artérielle et des troubles ostéo-articulaires n'était justifiée que depuis début 2006 et que, pour la période antérieure, l'alcoolisme et le syndrome douloureux somatoforme n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Contrairement à l'avis des médecins traitants de l'assuré, il a ajouté que les conséquences de l'éthylisme et les douleurs chroniques n'étaient pas reconnues comme invalidantes au sens de l'AI.

**D.** Par acte du 7 décembre 2009 de son mandataire, L. \_\_\_\_\_ défère cette décision au Tribunal fédéral et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000.

Se basant sur l'expertise du CEMed, il soutient que sa capacité de travail a diminué progressivement depuis 1998 déjà, entre 1998 et 2006, que son état a été compliqué par la présence d'une insuffisance artérielle concomitante ainsi que des lombosciatalgies persistantes et que les diagnostics retenus se sont manifestés bien avant 2006, de sorte que son incapacité de travail est bien antérieure à 2006. Il relève que, de l'avis des experts, son incapacité de travail du point de vue cardiovasculaire est marquante depuis 2006 mais que sa capacité de travail est réduite au moins depuis début 2006 "et même probablement avant".

Dans sa réponse du 18 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que la valeur probante de l'expertise du CEMed n'est pas litigieuse, le recourant s'y référant abondamment. Procédant à une autre lecture de cette expertise que le recourant, il fait valoir qu'il est erroné de soutenir que l'ensemble des atteintes à la santé se sont aggravées dans une même mesure depuis 1998, mais qu'il faut bien plus comprendre qu'une réduction globale significative de la capacité de travail n'est certaine et attestée qu'à partir de 2006. En outre, il ajoute que le recourant ne dispose d'aucun argument médical attestant d'une incapacité de travail propre à lui ouvrir le droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000.

### **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, 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). Les décisions sur opposition ainsi que celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du Tribunal compétent (art. 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). En l'espèce, formé en temps utile et répondant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008; RO 2007 5129 5147), 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) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 70% donne droit à une rente entière.

**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 (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

**c)** Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du

fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 c. 3a p. 352; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4 p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne

conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; 102 V 165; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 p. 71; 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une

constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 c. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2).

**3. a)** Par la décision attaquée, l'intimé a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Pour sa part, le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2000. La quotité de la rente d'invalidité n'est donc pas litigieuse et seul le moment à partir duquel cette prestation est accordée doit être examiné.

**b)** Suite à l'arrêt du 18 février 2008 du Tribunal fédéral, le recourant a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au CEMed, effectuée par les Drs F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes FMH en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne. Dans leur rapport du 25 septembre 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique, maladie bitronculaire, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs, de lombosciatalgies L5 droites chroniques et de canal lombaire étroit L4-L5 sévère. Ils ont en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité classe I, de dyslipidémie, d'insuffisance veineuse chronique du membre inférieur droit, de syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 1999 ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation épisodique probable (p. 37 et 38 de l'expertise).

Cette expertise, effectuée notamment par un spécialiste FMH en psychiatrie, résulte d'une évaluation pluridisciplinaire de l'assuré et

comporte comme données objectives un status de médecine interne (clinique, ORL, cardiovasculaire, abdominal, pulmonaire, neurologique), un status ostéoarticulaire (notamment à la colonne cervicale, dorsale et lombaire, aux hanches ainsi qu'aux membres supérieurs et inférieurs), la prise en compte du dossier radiologique (IRM lombaires et du bassin en particulier) et un status psychiatrique (p. 25-30). La partie synthèse et discussion (p. 30-36) traite de l'ensemble des problèmes de santé de l'assuré, soit notamment les lombo-sciatalgies droites, l'insuffisance artérielle des membres inférieurs, l'éthylo-tabagisme, l'état anxio-dépressif et le trouble somatoforme douloureux, avant de retenir des conclusions quant à la capacité de travail (question sur laquelle on reviendra dans les considérants qui suivent). Dès lors, cette expertise satisfait au complément d'instruction réclamé par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 18 février 2008. Les conclusions de cette expertise ont pour le surplus été confirmées par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans l'avis médical SMR du 5 mars 2009.

S'agissant de la problématique psychique et du trouble somatoforme douloureux, l'expertise expose, de façon convaincante (p. 34-36), les raisons pour lesquelles ces affections n'entraînent pas d'incapacité de travail. Sur la base du dossier et des déclarations de l'assuré, les experts ont en effet retenu que l'intéressé présentait des traits de personnalité plutôt qu'un trouble de la personnalité, puis écarté la présence d'un trouble de l'humeur, de dysthymie, d'un épisode dépressif et d'un trouble mixte anxieux et dépressif, en relevant que l'assuré avait considérablement réduit sa consommation d'alcool (p. 35-36). Il a ensuite été retenu que l'assuré ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique, les experts n'étant pas convaincu par d'éventuelles répercussions sociales au vu de bonnes capacités relationnelles, la présence d'une affection psychique sévère a été écartée et l'absence de prise en charge psychothérapeutique auprès d'un spécialiste a été relevée. Les experts ont en outre indiqué que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas accompagné d'une affection psychiatrique sévère, ont constaté que l'assuré avait de bonnes compétences sociales, n'ont pas été convaincu par un retrait social (pour

lequel il n'y avait pas lieu d'invoquer des motifs psychiques), ont retenu qu'il n'était pas possible d'évoquer un état psychique cristallisé puis ont réfuté la notion d'échecs thérapeutiques. A l'aune des critères en la matière et compte tenu de mesures d'investigation adéquates, on retiendra donc que le trouble somatoforme douloureux n'est pas propre à engendrer une incapacité de travail (ATF 132 V 65 c. 4.2.2).

On ajoutera que le recourant, du moins apparemment, ne conteste pas précisément disposer d'une pleine capacité de travail en raison de ses troubles psychiques et du trouble somatoforme douloureux. On précisera à ce sujet que l'expertise du CEMed a été effectuée notamment par un spécialiste en psychiatrie, soit le Dr G.\_\_\_\_\_, et que le dossier ne contient pas d'avis suffisamment étoffé émanant d'un psychiatre propre à mettre en doute les conclusions, dûment motivées, de l'expertise. L'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ a du reste été confirmé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son avis médical du 11 mai 2009.

**c)** Se basant sur l'expertise du CEMed, le recourant soutient notamment que sa capacité de travail a diminuée progressivement depuis 1998 déjà et que son état a été compliqué par la présence d'une insuffisance artérielle concomitante ainsi que de lombosciatalgies persistantes, de sorte que le droit à une rente entière doit lui être reconnu dès le 1<sup>er</sup> décembre 2000 (recours du 7 décembre 2009). A cet effet, il se réfère en premier lieu au passage suivant (p. 39):

"L'incapacité [recte: la capacité] de travail a diminué probablement progressivement depuis 1998. Entre 1998 et 2006, il existait également une insuffisance artérielle concomitante et les symptômes étaient intriqués. Mais les lombosciatalgies persistent après le pontage ilio-fémoral droit du 13.02.2006 avec une diminution progressive de son périmètre de marche alors que les artères sont bien perméables. On peut donc estimer que du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail est réduite depuis au moins début 2006 et même probablement avant.

L'incapacité de travail du point cardio-vasculaire [est] surtout marquante depuis 2006.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique".

Le recourant se fonde également sur les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail mentionnés par les experts, spécifiquement sur la date à partir de laquelle ceux-ci sont retenus (p. 37): cardiopathie ischémique, maladie bitronculaire (status après angioplastie de la coronaire droite en 1989 et de l'IVA proximale avec stenting en 2006; dysfonction ventriculaire gauche dès 2006), d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (status après pontage ilio-fémoral droit en 2006; status après stenting de l'iliaque commune gauche en 2007), de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs, de lombosciatalgies L5 droites chroniques et de canal lombaire étroit L4-L5 sévère.

Pour sa part, l'intimée se réfère au passage précité concernant la survenance de l'incapacité de travail et fait valoir qu'il est erroné de soutenir que l'ensemble des atteintes à la santé se sont aggravées dans une même mesure depuis 1998, mais qu'il faut bien plus comprendre qu'une réduction globale significative de la capacité de travail n'est certaine et attestée qu'à partir de 2006, ajoutant que le recourant ne dispose d'aucun argument médical attestant d'une incapacité de travail propre à lui ouvrir le droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000 (réponse du 18 février 2010 de l'OAI).

**d)** Dans la partie synthèse et discussion, les experts du CEMed ont noté en substance que compte tenu de la cardiopathie ischémique, de la polyneuropathie et des lombosciatalgies droites L5 chroniques, l'assuré présentait certains empêchements. Du point de vue rhumatologique, ils ont indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de l'intéressé et que, dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé, sa capacité de travail ne dépassait pas 30% (p. 32 et 33). Répondant aux questions de l'OAI, les experts du CEMed n'ont ensuite pas retenu de limitations sur les plans psychique et mental ni social, et ont décrit comme suit les limitations sur le plan physique (p. 38):

"Compte tenu de l'ensemble des troubles somatiques, seules des activités légères peuvent être effectuées et uniquement de manière sédentaire ou semi-sédentaire, en raison des difficultés aux

déplacements en terrain accidenté, impossibilité d'effectuer des travaux sur des échelles ou des échafaudages, par ailleurs l'assuré ne peut pas rester longtemps assis ou surtout debout, son périmètre de marche est limité à 50m en terrain régulier, il ne peut pas porter des charges ou effectuer des travaux lourds".

Ils ont par la suite indiqué que l'assuré présentait, compte tenu d'une intervention chirurgicale, une capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire et une diminution de rendement de 50% (p. 40).

A la demande du SMR, le CEMed a précisé que l'exigibilité de 100% dans d'autres activités sédentaires ou semi-sédentaires avec une diminution de rendement de 50% (p. 40) était subordonnée à une possible amélioration, à réévaluer, qui allait être obtenue à la suite d'une intervention décompressive lombaire (évoquée en p. 33), mais que sans intervention l'exigibilité restait de 30% (courrier du 6 janvier 2009 de P.\_\_\_\_\_).

**e)** A la lecture des passages précités de l'expertise du CEMed, on retiendra que l'incapacité de travail, respectivement la diminution de rendement, est clairement attestée depuis début 2006. Comme le relève l'anamnèse de l'expertise (p. 6 et 7) et les pièces médicales figurant au dossier, c'est effectivement à cette période que l'assuré a présenté une dégradation importante de son état de santé. A ce sujet notamment, l'assuré a effectué un examen angiographique mettant en évidence des problèmes artériels nécessitant un pontage (le 29 novembre 2005), un examen par écho-Doppler précérébral montrant une athéromatose de l'axe carotidien droit avec une plaque sur la primitive, plusieurs plaques au départ de l'artère carotide interne droite et du côté gauche une petite athérosclérose à l'extrémité de la carotide primitive (le 27 janvier 2006) et subi un pontage prothétique ilio-fémoral droit pour obstruction iliaque externe et insuffisance artérielle stade III du membre inférieur droit (le 13 février 2006).

De plus, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a relevé (avis médical SMR du 11 mai 2009) que la date de la survenance de l'incapacité de travail (fixée à

début 2006) était justifiée par le fait qu'elle correspondait à l'aggravation de l'artériopathie nécessitant un pontage, à la diminution du périmètre de marche en raison de l'atteinte lombaire, alors que les artères étaient perméables, et enfin à l'objectivation d'une fonction ventriculaire sévèrement abaissée (fraction d'éjection à 35%). Ce médecin a ajouté que même si l'aggravation des troubles artériels et ostéo-articulaires avait été progressive, comme c'est presque toujours le cas dans ces affections, l'incapacité de travail résultant de ces affections ne remontait pas avant 2006. Il a également précisé que l'incapacité de travail antérieure à 2006 attestée par les médecins traitant reposait sur les conséquences bio-psycho-sociales d'un éthylisme primaire et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, affections n'ouvrant pas droit à des prestations de l'AI.

On relèvera que le recourant ne se fonde sur aucun document médical suffisamment pertinent permettant de justifier l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2000. De même, pour reprendre les arguments présentés par le recourant dans ses objections du 6 avril 2009 à l'encontre du projet de décision, on ne voit pas de raisons à ce que, sous l'angle médical, le droit à la rente soit reconnu depuis le 22 mai 2003 (date de la première décision de l'OAI) ou depuis le 23 novembre 1999 (dépôt de sa demande de prestations AI).

Du point de vue psychique et du trouble somatoforme douloureux, compte tenu de l'expertise du CEMed – qui a notamment été effectuée par des spécialistes FMH en psychiatrie et en rhumatologie – et en l'absence de document convaincant allant dans le sens contraire, il est évident que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail (c. 3b ci-dessus). Pour l'aspect somatique, en ce qui concerne la période jusqu'en janvier 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail était de 100%, une réadaptation professionnelle n'étant pas envisageable (rapport SMR du 17 janvier 2003). Par ailleurs, on relèvera que l'avis des Drs D.\_\_\_\_\_ (rapport du 3 avril 2008), B.\_\_\_\_\_ (rapport du 3 juillet 2008) et W.\_\_\_\_\_ (rapport du 19 février 2009) ne permettent pas de justifier une incapacité de travail à compter de décembre 2000, ce d'autant plus

que ces médecins ne sont pas très précis quant à la date de survenance de l'incapacité de travail, dans la mesure où ils se prononcent à ce sujet. L'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit au demeurant être apprécié avec les réserves d'usage. Du reste, au vu du dossier, rien n'indique qu'il y a eu un changement dans l'état de santé de l'assuré entre la décision de 2004 et janvier 2006, soit la date à partir de laquelle, de l'avis des médecins du CEMed, la capacité de travail est atteinte. Dans son courrier du 17 janvier 2006 adressé au Tribunal de céans, le recourant se prévaut de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, qui remplit selon lui les critères permettant de lui reconnaître un caractère invalidant, et ne se réfère nullement à une autre affection, physique ou psychique.

**f)** Enfin, quand bien même cette question ne semble pas contestée par le recourant, on relèvera que l'expertise du CEMed satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante - ce qui rejoint l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ (rapport des 5 mars 2009 et 11 mai 2009), étant donné qu'elle se fonde sur une anamnèse détaillée, la prise en compte des pièces médicales figurant au dossier (avis de spécialistes, rapports IRM en particulier), les plaintes de l'assuré, des données objectives (status de médecine interne, ostéoarticulaire et psychiatrique), une appréciation médicale claire, cohérente et complète ainsi que des conclusions dûment étayées et convaincantes.

Dès lors, on retiendra avec les experts du CEMed que l'assuré présente une incapacité de travail, respectivement une diminution de rendement, depuis début 2006 (soit janvier 2006), ce qui est confirmé par les pièces médicales au dossier, corroboré par l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ et que rien ne permet d'infirmer.

**4.** Le droit à la rente est ouvert au recourant depuis janvier 2007, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI). Le calcul du degré d'invalidité, effectué par l'intimé dans la décision attaquée, n'est pas contesté par le recourant et satisfait à la pratique en la matière. Le taux d'abattement de 15% du revenu d'invalidité retenu par l'OAI paraît

équitable, de sorte qu'il peut être retenu (ATF 126 V 75 c. 5; TF 9C\_1078/2009 du 12 juillet 2010 c. 5). Ainsi, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**5.** 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; 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 francs (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 du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 17 novembre 2009 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant L.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_)
- 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 :