

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

O. _____, à Penthérezaz, recourant,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** O. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce, est contrôleur de gestion à 100% auprès de R. _____ SA depuis 1974. En août 1996, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en requérant l'octroi de moyens auxiliaires (appareils acoustiques), avec la précision quant au genre de l'atteinte «surdité».

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a admis la prise en charge d'appareils acoustiques par communication du 25 février 1997 à l'assuré.

b) Une IRM lombaire a été effectuée le 19 mai 2005, laquelle montrait un discret rétrécissement du canal vertébral au niveau de L3-L4 en rapport avec une protrusion discale globale, une légère hypertrophie des ligaments jaunes et une lipomatose épidurale postérieure. L'assuré présentait également une légère protrusion discale globale au niveau L4-L5, sans compression radiculaire ou du fourreau dural. Il n'y avait en revanche pas d'autre anomalie significative décelée sinon un léger épanchement articulaire coxo-fémoral droit.

A la suite d'un examen clinique, le Dr U. _____, spécialiste en neurochirurgie, a estimé qu'au vu des investigations neuroradiologiques effectuées, les phénomènes subjectifs d'insensibilité ou de faiblesse transitoire des membres inférieurs n'avaient pas d'origine certaine vertébragène et que l'examen clinique ne démontrait pas d'éléments en faveur d'une éventuelle intervention neurochirurgicale décompressive (rapport du 6 juillet 2005).

Le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré le 2 août 2005. Dans son rapport médical du 9 août 2005, il a relevé que l'intéressé était suspect d'une neuropathie débutante aux membres inférieurs, vraisemblablement avec son diabète.

Dans un rapport médical du 25 août 2005, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, a constaté que l'assuré présentait une insuffisance artérielle bilatérale, l'examen échodoppler des artères iliaques et fémorales ayant montré une atteinte athéromateuse sténosante diffuse avec une sténose plus importante sur le tiers proximal de l'artère fémorale superficielle à gauche.

L'assuré a séjourné au Service [...] du Centre V._____. (ci-après: Centre V._____) du 6 au 10 février 2006 afin d'effectuer une artériographie des membres inférieurs. Les Desses X._____, spécialiste en médecine interne générale, et L._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de syndrome de Leriche sur occlusion post-ostiale de l'artère iliaque interne gauche et sténoses multiples modérées de l'artère iliaque interne droite (branche antérieure et artère glutéale).

Le 20 mars 2006, l'assuré a sollicité le renouvellement de son appareillage acoustique. L'OAI a donné suite à cette demande le 27 octobre 2006 en prenant en charge deux appareils acoustiques.

Dans un rapport médical du 23 juin 2006, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, et [...], médecin assistant, au Service [...] du Centre V._____ ont posé les diagnostics d'artériopathie du membre inférieur gauche stade IIb avec: status après angioplastie et mise en place de deux stents dans l'artère iliaque interne, ectasie 18 mm artère iliaque commune, sténose serrée de l'artère fémorale superficielle à mi-cuisse; de sténoses modérément serrées de l'artère iliaque interne droit; de diabète de type 2 insulino-requérant; d'hyperlipidémie et d'allergie à l'iode. Ces médecins préconisaient une nouvelle artériographie avec angioplastie de l'artère et mise en place d'un stent.

Le 3 juillet 2006, l'assuré a subi une angioplastie avec mise en place de stents dans l'artère fémorale gauche, avec un bon résultat

angiographique (cf. rapport médical des Drs C._____ et Q._____, radiologues, ainsi que I._____, médecin assistante).

c) Dans un rapport du 9 octobre 2006, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, et Z._____, médecin assistante, du Service [...] du Centre V._____ ont retenu notamment le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur gauche stade IIb avec: status après angioplastie et mise en place de deux stents dans l'artère iliaque interne et sténose serrée de l'artère fémorale superficielle à mi-cuisse stentée le 3 juillet 2006. Ils notaient une nette amélioration clinique chez l'assuré avec disparition des symptômes de claudication à gauche mais aussi à droite. L'examen angiologique effectué confirmait la bonne amélioration clinique.

Le 17 février 2009, l'assuré s'est rendu à une consultation angiologique au Centre V._____. Les Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, et M._____, médecin assistant, ont notamment posé le diagnostic d'artériopathie du membre inférieur gauche stade II avec: status après angioplastie et mise en place de deux stents dans l'artère iliaque interne en février 2006 et sténose serrée de l'artère fémorale superficielle à mi-cuisse stentée le 3 juillet 2006, avec angioplastie en février 2007, avec sténose à 50% au niveau du stent. Ces médecins ont considéré que la sténose intrastent progressait légèrement par rapport à mai 2008, sans que cela n'ait de répercussion sur l'état clinique de l'assuré (rapport médical du 24 février 2009).

Les Desses H._____, spécialiste en médecine interne générale, et [...], médecin assistante, ont établi un rapport médical le 23 mars 2009, à la suite du séjour de l'assuré dans le Service [...] du Centre V._____ du 19 au 20 mars 2009. Il ressortait de ce rapport le diagnostic principal suivant:

«artériopathie périphérique stade II avec:
- angiographie 20.03.09: occlusion de l'artère iliaque interne gauche à son origine. L'artère iliaque interne droite est d'aspect tortueux et sténosée.

- status après angioplastie et mise en place de deux stents dans l'artère iliaque interne gauche en 02.2006
- sténose serrée de l'artère fémorale superficielle à mi-cuisse stentée le 03.07.2006 avec angioplastie en 02.2007 avec sténose à 50% au niveau du stent»

Ces médecins ont précisé qu'au vu de l'angiographie montrant une artère iliaque interne droite d'aspect tortueux et sténosé, une angioplastie et mise en place de stent n'étaient pas envisageables, si bien que le patient devait dès lors réfléchir à une intervention de revascularisation chirurgicale.

Dans un rapport du 17 août 2009, les Drs J._____, spécialiste en médecine interne et angiologie, et E._____, médecin assistant, au Service [...] du Centre V._____, ont conclu que la sténose d'environ 50% au niveau du stent de l'artère fémorale superficielle gauche était stable par rapport au dernier contrôle et conseillaient dès lors un contrôle une année plus tard, voire plus tôt en cas de péjoration de la claudication.

Le 6 septembre 2010, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, et [...], médecin assistant, au Service [...] du Centre V._____ ont noté une légère progression de la sténose intrastent évaluée à 60-70%. Ils proposaient un traitement conservateur, en l'absence de symptomatologie clinique et de répercussion hémodynamique en aval.

Selon le Dr A._____, spécialiste en cardiologie, la consultation du 24 mai 2011 n'avait pas permis de mettre en évidence de maladie coronarienne significative (rapport médical du 24 mai 2011).

d) Le 15 août 2011, un formulaire de détection précoce a été adressé à l'OAI, avec une mention d'une incapacité de travail totale de l'assuré à compter du 1^{er} juin 2011.

Dans un certificat médical du 28 avril [sic] 2011, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait un arrêt de travail du 1^{er} juin au 31 décembre 2011.

Le 2 septembre 2011, le Dr Y._____ a examiné l'assuré. Dans son rapport médical du 8 septembre 2011, il a notamment posé le diagnostic d'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche de stade IIa avec: status post angioplastie et mise en place d'un stent dans l'artère fémorale superficielle gauche le 3 juillet 2006, avec angioplastie en février 2007 et sténose d'environ 60-70% au niveau du stent; et status post angioplastie et mise en place de trois endoprothèses métalliques dans l'artère iliaque interne gauche le 5 avril 2006 avec actuellement l'artère iliaque interne gauche occluse. Il a en outre relevé ce qui suit:

«Votre patient n'a pas constaté de péjoration clinique concernant sa claudication du membre inférieur gauche comparé à l'année passée. Je constate cependant une péjoration au niveau des examens angiologiques avec une baisse de l'index de pression chevilles/bras à gauche et de l'index de pression orteils/bras.

L'échodoppler montre une sténose significative $\geq 80\%$ intrastent dans l'artère fémorale superficielle gauche.

Il y a actuellement une indication à revasculariser de façon endovasculaire le membre inférieur gauche afin de prévenir une occlusion du stent et de toute artère fémorale superficielle. [...]»

Selon les observations résultant du rapport initial de détection précoce le 14 septembre 2011, l'assuré déclarait qu'il ne savait pas s'il serait en mesure de reprendre son activité professionnelle, avec la précision qu'il semblait qu'il avait travaillé au-dessus de ses forces depuis quelques années.

L'assuré a séjourné dans le Service [...] du Centre V._____ du 21 au 23 septembre 2011 pour une angioplastie de l'artère fémorale superficielle gauche. Selon un rapport médical du 23 septembre 2011 de la Dresse F._____, médecin assistante, l'assuré présentait un bon résultat immédiat de l'angioplastie et des deux stentings.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2011, les Drs Y._____ et W._____, médecin assistante, au [...] du Centre V._____, ont retenu notamment le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs probablement de stade I avec: angioplastie et

stenting d'une sténose serrée intrastent de l'artère fémorale superficielle gauche à 80% le 23 septembre 2011; status post angioplastie et mise en place d'un stent dans l'artère fémorale superficielle gauche le 3 juillet 2006 avec angioplastie en février 2007; status post angioplastie et mise en place de trois endoprothèses métalliques dans l'artère iliaque interne gauche le 5 avril 2006 avec actuellement l'artère iliaque interne gauche occluse. Ces médecins ont émis les conclusions suivantes:

«Votre patient présente des douleurs du MIG qui sont incompatibles avec une origine artérielle, étant donné qu'elles sont en position dépendante et qu'elles sont persistantes après de multiples gestes de revascularisation.

Les pouls sont palpés ddc jusqu'en périphérie avec des pléthysmographie dans la norme et superposables à la dernière consultation ainsi qu'un échodoppler artériel qui montre l'absence de sténose sur les segments visualisés à partir de l'aorte terminale jusqu'en poplité. Les flux dans les artères visualisées sont triphasiques et il n'y a pas de sténose significative sur les axes visualisés.

Nous prévoyons de revoir Monsieur O._____ en contrôle systématique à 2 mois, soit 3 mois post dernier geste de revascularisation. Nous proposons une consultation neurologique, éventuellement rhumatologique afin d'exclure un canal lombaire étroit ou une hernie discale compressive au niveau de la moelle qui pourrait expliquer la symptomatologie actuelle. Ces douleurs semblent être aussi compatibles avec un important déconditionnement et nous insistons sur l'importance d'un entraînement à la marche et sur l'arrêt du tabac.»

e) Le 16 novembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, précisant qu'il convenait de se référer au rapport du Dr S._____ s'agissant des précisions sur le genre d'atteinte à la santé.

Par communication du 28 novembre 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions d'une orientation professionnelle étaient remplies.

Le 30 novembre 2011, une IRM lombaire a été réalisée. L'assuré présentait des «phénomènes dégénératifs et des discopathies étagées légères à modérées avec protrusion discale de L2 à S1, une légère herniation discale médiane en L3-L4 ainsi que L4-L5, un canal étroit

acquis pluri-factoriel principalement sur lipomatose épidurale postérieure de L2 à L4, des légers phénomènes inflammatoires inter-facettaires en L4-L5 et une légère ectasie de l'aorte abdominale inférieure, à contrôler par échographique dans 9 à 12 mois» (rapport de la spécialiste en radiologie [...] du 1^{er} décembre 2011).

Selon le questionnaire pour l'employeur signé par R. _____ SA le 22 décembre 2011, l'assuré réalisait un revenu mensuel de 10'603 fr. depuis le 1^{er} avril 2011.

Dans un rapport médical du 30 décembre 2011 à l'OAI, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathie légère à modérée avec protusion discale de L2 à S1, canal lombaire étroit pluri-factoriel de L2 à L4, principalement sur lipomatose épidurale postérieure, depuis 2005, de diabète type II, insulino-requérant avec macro-angiopathie et polyneuropathie, depuis 1999, et d'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche probablement de stade I avec actuellement occlusion de l'artère iliaque interne, depuis 2006. Ce médecin a estimé que d'un point de vue physique, l'assuré était limité dans beaucoup d'activités étant donné ses problèmes orthopédiques lombaires, l'empêchant de maintenir des positions prolongées et de porter des charges importantes. Du point de vue psychique, il n'y avait en revanche aucune limitation particulière. Le Dr P. _____ notait encore qu'on ne pouvait s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail.

Le Dr S. _____ a adressé un rapport médical le 10 janvier 2012 à l'OAI. Il ressortait de ce rapport que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré étaient ceux de diabète insulino-dépendant instable, d'hypoglycémies nocturnes fréquentes, d'artériopathie sévère des membres inférieurs, d'épuisement et de surdité appareillée. Selon lui, aucune activité n'était exigible et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail.

Il ressort d'un entretien téléphonique entre un collaborateur de l'OAI et l'assuré, que ce dernier n'avait pas vu de spécialiste au cours des six derniers mois et qu'il s'estimait inapte à reprendre une activité professionnelle (note téléphonique du 22 juin 2012).

Le Dr T._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a interpellé le Dr P._____ le 28 juin 2012 afin que ce dernier lui fasse savoir si, sur le plan professionnel, la situation de son patient avait évolué depuis décembre 2011.

Donnant suite à cette requête, le Dr P._____ a relevé ce qui suit le 2 juillet 2012:

«Lors de la dernière consultation du 7 mai 2012, Monsieur O._____ me signale avoir eu un mauvais passage avec d'importantes dorso-lombalgies durant environ un mois, mais finalement d'évolution favorable, étant donné qu'il a pu reprendre des activités physiques autour de la maison. Compte tenu de cela, nous n'avons pas jugé utile de prévoir d'emblée cette consultation neurochirurgicale, mais nous en discuterons lors du prochain rendez-vous du mois de septembre 2012.»

Selon un avis médical du Dr T._____ du SMR du 17 juillet 2012, il convenait de mettre en place un examen de médecine interne et rhumatologie auprès du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologue, afin de déterminer l'exigibilité de l'assuré dans son métier administratif, ainsi que ses limitations fonctionnelles.

Par communication du 18 juillet 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'instant.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et de médecine interne auprès du SMR le 13 août 2012. Le Dr K._____, dans son rapport du 16 août 2012, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche, probablement de stade I avec actuellement occlusion de l'artère iliaque interne et status après plusieurs opérations

angiologiques de recanalisation vasculaire du membre inférieur gauche. En revanche, n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail les diagnostics suivants:

- les lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit plurifactoriel, principalement sur lipomatose épидurale postérieure et avec légères hernies discales L3-L4 et L4-L5,
- le diabète de type II insulino-requérant avec macroangiopathie et polyneuropathie sensitive des membres inférieurs,
- le tabagisme actif,
- l'excès pondéral discret avec BMI à 27,
- la dyslipidémie traitée,
- l'ectasie légère de l'artère abdominale inférieure,
- l'allergie à l'iode,
- le status après cure du pouce gauche et du majeur gauche à ressaut,
- le status après cure chirurgicale de dupuytren de l'annulaire droit et du médus droit à ressaut,
- la hernie hiatale anamnesticque par glissement avec légère oesophagite peptique érosive,
- la surdité bilatérale appareillée dans le cadre d'un status après traumatisme crânien compliqué d'une fracture du crâne,
- le discret status variqueux des membres inférieurs,
- les troubles statiques modérés des pieds,
- la discrète arthrose nodulaire des doigts.

Le Dr K. _____ a indiqué dans la rubrique «appréciation du cas» de son rapport, les éléments suivants:

«Depuis 1999, l'assuré souffre d'un diabète de type II qui nécessite une insulinothérapie depuis 2006. Actuellement, l'assuré présente, en cas de contrariété, des hypoglycémies. Sinon, le diabète est plus ou moins bien équilibré, les glycémies s'échelonnant entre 5,5 et 10.

Depuis que l'assuré a arrêté son activité professionnelle, les hypoglycémies sont moins nombreuses. Avant l'arrêt de travail, il faisait en tout cas trois hypoglycémies par semaine, ces hypoglycémies survenant toujours la nuit. Par ailleurs, en 2006, chaque fois qu'il devait marcher, l'assuré présentait des douleurs lombaires avec crampes diffuses des membres inférieurs. Le périmètre de marche était limité à 400 m - 500 m de marche à plat

et à 100 m - 200 m de marche en montée. Le 05.04.2006, l'assuré a bénéficié ainsi d'une recanalisation par angioplastie et pose de trois endoprothèses métalliques au niveau de l'artère iliaque interne G pour syndrome de Leriche. La symptomatologie lombaire et au niveau des membres inférieurs étant restée identique, il a bénéficié, le 03.07.2006 d'une angioplastie avec pose de deux stents au niveau de l'artère fémorale superficielle G. Il a bénéficié à nouveau, le 12.02.2007, d'une angioplastie pour sténose intra-stent.

Malgré ces diverses opérations, la symptomatologie lombaire et des membres inférieurs est restée identique. Le 23.09.2011, l'assuré a bénéficié d'une angioplastie et d'un stenting de l'artère fémorale superficielle G pour sténose intra-stent à 80%. Malgré cette dernière opération, la symptomatologie lombaire et des membres inférieurs serait restée identique. Cependant, le résultat opératoire a été défini comme bon, ce que confirme le Dr Y._____, chef de clinique à la [...] au Centre V._____, dans son rapport du 02.11.2011. Lors de cette consultation, tous les pouls périphériques sont palpés, notamment aux membres inférieurs. Il n'y a par ailleurs pas de gradient thermique des membres inférieurs, pas de souffle sur les grands axes vasculaires. Il n'y a également pas de perte de force ou de sensibilité au niveau du membre inférieur G. Les examens angiologiques sont également rassurants. Selon le Dr Y._____, les douleurs du membre inférieur G sont incompatibles avec une origine artérielle, étant donné qu'elles sont posturo-dépendantes et qu'elles sont persistantes après de multiples gestes de revascularisation.

Dans cette situation, le Dr Y._____ propose une consultation neurologique et éventuellement rhumatologique, afin d'exclure un canal lombaire étroit ou une hernie discale compressive au niveau de la moelle, qui pourrait expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré. Il faut relever à cet égard qu'on aurait trouvé chez cet assuré une hernie discale lombaire il y a plusieurs années, qui n'avait pas été opérée à l'époque sur avis du Dr U._____, neurochirurgien.

Actuellement, l'assuré présente toujours des lombalgies permanentes et toujours des crampes diffuses des membres inférieurs, parfois également pendant la nuit, selon la position. Ces lombalgies s'accompagnent parfois de dorsalgies basses, mais ne s'accompagnent actuellement pas de cervicalgies. Les rachialgies et les douleurs des membres inférieurs n'augmentent pas à la toux ou à la défécation. Les lombalgies et une sensation de perte de sensibilité des membres inférieurs limiteraient la position assise à 1h00-1h30 au maximum, pour autant que l'assuré soit assis sur un siège qui lui soit bien adapté. Les douleurs des membres inférieurs limiteraient la position debout immobile à quelques minutes. Les lombalgies et les crampes des membres inférieurs limiteraient le périmètre de marche actuellement à plat à 400 m - 500 m et à 100 m - 200 m en montée. L'assuré signale plusieurs réveils nocturnes par les lombalgies à caractère posturo-dépendant. Il présente par ailleurs un dérouillage matinal de moins de 5 minutes. L'assuré signale également des gonalgies G, survenues plusieurs années après une fracture spiroïde de la jambe G, «en 13 morceaux», traitée conservativement en 1968. Ces gonalgies G n'existent pas au repos. Elles apparaissent à la marche et rendent impossible la pratique du vélo. Elles augmentent à la montée d'escaliers. Le genou G serait «bouillant après les marches». L'assuré n'a

cependant jamais constaté de tuméfaction du genou G. Il ne présente actuellement pas de lâchage ou de blocage du genou G.

L'assuré nous dit par ailleurs qu'il a eu une surcharge de travail ces dernières années, car il devait s'occuper de la gestion financière de la construction des nouveaux bâtiments chez R. _____ SA et [...] à [...]. A un moment, il a eu une esclandre avec un de ses anciens chefs et, suite à cet épisode, il a présenté une baisse de moral qui ne s'est cependant jamais compliquée d'idées suicidaires.

Actuellement, le moral serait cependant meilleur. Il a tout de même l'impression d'avoir «la tête vide» et des troubles de mémoire. L'assuré signale également une dysfonction érectile. L'assuré est par ailleurs connu pour un traumatisme crânio-cérébral entre l'âge de 4 et 6 ans, s'étant compliqué d'une fracture du crâne et ayant conduit à une surdité bilatérale, actuellement appareillée. L'assuré a eu également une cure de pouce G et de majeur G à ressaut en 2010 et une cure de Dupuytren du médius et de l'annulaire D à ressaut en 2007. L'assuré est également connu pour une hernie hiatale, une allergie à l'iode, une pelade s'étant développée très rapidement à la fin 2005-2006. L'assuré est connu aussi pour avoir fait deux lithiases rénales et une lithiase d'une glande salivaire D opérée il y a 2 à 3 ans. L'assuré consomme toujours 20 à 22 cigarettes par jour, malgré son artériopathie et consomme 1,5 dl de vin par jour avec, de temps en temps, une bière ou un whisky.

Au status actuel, on est face à un assuré en bon état général, normocarde, présentant une discrète hypertension systolique avec une tension artérielle de 145/75 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le médecin traitant). L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Les artères périphériques sont toutes palpables, sans souffle les gros troncs. L'assuré présente par ailleurs un status variqueux des membres inférieurs avec dermite ocre. Il présente par ailleurs une couperose du visage, un érythème palmaire et des angiomes stellaires. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, on note une amyotrophie de la cuisse G avec un périmètre de 48 cm à G contre 50 cm à D à 15 cm du pôle supérieur de la rotule. Il existe également une différence non significative du périmètre du mollet G, qui est mesurée à 35,5 cm à G contre 36 cm à D. L'assuré présente par ailleurs une aréflexie achilléenne bilatérale avec hypo-pallesthésie à la malléole externe D à 3/8 et à la malléole externe G à 4/8 dans le cadre d'une probable polyneuropathie sensitive. Les épreuves de Lasègue sont limitées ddc à 70° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Par ailleurs, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement sans boiterie. La marche sur la pointe du pied et sur le talon est possible ddc. L'accroupissement est complet, il entraîne des lombalgies et des gonalgies bilatérales. Le relèvement se fait sans aide extérieure.

Au plan ostéoarticulaire, l'assuré présente de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est satisfaisante en flexion. Elle est discrètement limitée à la rétroflexion du tronc et aux latéoflexions du tronc. La mobilité cervicale est satisfaisante, mis à part les latéoflexions cervicales qui sont discrètement limitées. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note une discrète arthrose nodulaire des doigts et un status

satisfaisant après cure de Dupuytren à D et de doigts à ressaut ddc. L'assuré présente également des troubles statiques modérés des pieds. L'assuré ne présente aucune douleur à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie.

L'assuré ne nous a malheureusement amené aucun examen radiologique. Dans cette situation, nous lui avons demandé de nous faire parvenir au plus vite les clichés de l'IRM lombaire du 30.11.2011, ce qu'il n'a pas fait. Cet examen aurait mis en évidence selon le rapport de la Dresse [...], des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec légères herniations discales médianes en L3-L4 ainsi que L4-L5 ainsi qu'avec protrusions discales de L2 à S1. Cet examen a mis également en évidence un canal étroit acquis plurifactoriel, principalement sur lipomatose épidurale postérieure de L2 à L4. Il existe également de légers phénomènes inflammatoires inter-facettaires en L4-L5. Cet examen a mis également en évidence une légère ectasie de l'aorte abdominale inférieure.

Dans cette situation clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'activité habituelle de l'assuré, à savoir contrôleur de gestion. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est complète. A cet égard, il faut relever que si l'assuré présente une artériopathie obstructive des membres inférieurs, probablement de stade I avec plusieurs interventions de revascularisation, le résultat après ces opérations de revascularisation étant bon avec pouls périphériques tous palpés aux membres inférieurs, sans gradient thermique des membres inférieurs et sans souffle sur les grands axes vasculaires, bien que l'artère iliaque interne G soit actuellement occluse. Cette artériopathie obstructive des membres inférieurs conduit à la définition de limitations fonctionnelles à la marche et en position debout, qui sont bien respectées dans l'activité habituelle de l'assuré. Les troubles rachidiens de l'assuré conduisent également à la définition de certaines limitations fonctionnelles qui sont bien respectées dans l'activité habituelle de l'assuré, qui est une activité sédentaire. La polyneuropathie des membres inférieurs conduit également à la définition de limitations fonctionnelles qui sont bien respectées dans l'activité habituelle de l'assuré. Le diabète, quant à lui, ne peut conduire à lui seul à la définition d'une incapacité de travail, les hypoglycémies survenant toujours de nuit.

Par ailleurs, l'anamnèse de la vie quotidienne relève que l'assuré peut tondre son gazon, arroser ses fleurs et faire certains bricolages autour de la maison. Comme il le dit lui-même, lorsque l'on a une maison, on est toujours occupé. Dans cette situation où l'assuré garde un certain nombre d'activités physiques pour l'entretien de son jardin et probablement de sa maison, la capacité de travail est d'autant plus complète dans une activité parfaitement sédentaire. Cependant, l'assuré nous a dit avoir eu un trop plein de travail ces dernières années, ce qui aurait conduit à un esclandre avec un de ses anciens chefs. Suite à cet esclandre, l'assuré a présenté une baisse de moral, cependant sans idées suicidaires. Actuellement, le moral se serait amélioré, mais l'assuré a l'impression «d'avoir la tête vide» avec des troubles de mémoire, notamment, lorsqu'il travaille sur l'ordinateur. En cours d'examen, l'assuré nous a paru cependant euthymique. Il garde par ailleurs une bonne intégration sociale. Cependant, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier

au SMR d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire, le Dr S. _____, généraliste à Lausanne et médecin d'entreprise, ayant évalué que l'assuré ne peut plus travailler étant épuisé tant physiquement que psychiquement.

Limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres inférieurs: pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de travail en hauteur. Pas de position debout de plus de 10 minutes. Pas de marche à plat de plus de 400 m.

moins? *Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au*

Depuis le 01.06.2011.

lors? *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis*

Il est resté complet depuis le 01.06.2011 et est devenu nul depuis le 02.11.2011, date du rapport médical du Dr Y. _____, relevant que le status post-opératoire après diverses opérations de revascularisation est tout à fait satisfaisant. A cet égard, il faut également relever que la capacité de travail est également complète depuis le 2.11.11 dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique que celle de contrôleur de gestion chez R. _____ SA. Comme signalé plus haut, nous laissons encore le soin au médecin responsable du dossier au SMR d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100% COMME CONTROLEUR DE GESTION.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS LE : 02.11.2011.»

Dans un rapport SMR du 3 septembre 2012, le Dr T. _____ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail entière du 1^{er} juin au 1^{er} novembre 2011, puis une capacité de travail totale dès le 2 novembre 2011. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes:

«Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédent 5 kg. Pas de travail en porte à faux statique prolongé du corps. Pas d'exposition à des vibrations. Membres inférieurs: pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement d'escabeaux ou d'échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de travail en hauteur. Pas de position debout de plus de 10 mn. Pas de marche à plat de plus de 400 m.»

Le 13 septembre 2012, le Dr K. _____ du SMR a complété son précédent rapport en expliquant que l'assuré avait transmis les clichés de l'IRM lombaire du 30 novembre 2011, mais qu'ils n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions tant s'agissant des limitations fonctionnelles que de la capacité de travail.

Selon la note de suivi de l'OAI du 16 octobre 2012, l'assuré ne pouvait pas envisager une reprise de son activité, ce d'autant plus que son poste avait été repourvu.

Le 22 octobre 2012, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que, conformément à l'appréciation médicale du Dr K. _____, l'incapacité de travail avait duré moins d'une année, ce qui n'ouvrait dès lors pas le droit au versement d'une rente.

Le 3 décembre 2012, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet de décision du 22 octobre 2012.

B. Par acte du 23 décembre 2012, O. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente. En substance, il fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré, en se référant aux appréciations des Drs P. _____ et S. _____. Il estime en outre que le Dr K. _____ du SMR n'a pas tenu compte de ses problèmes circulatoires, savoir que son artère gauche est complètement obstruée, et fait valoir qu'il se soigne en outre pour un diabète insulino-dépendant, affirmant enfin ne pas comprendre que l'intimé estime qu'il a recouvré une pleine capacité de travail le 2 novembre 2011. Avec son recours, il produit le rapport médical du 2 novembre 2011 du Dr Y. _____, le rapport médical du 30 décembre 2011 du Dr P. _____ à l'OAI, ainsi que celui du 18 décembre 2012 du Dr S. _____, dont la teneur est la suivante:

«M. O. _____ souffre de

Diabète de type 2 insulino-dépendant.

Artériopathie périphérique sévère avec occlusion de l'iliaque interne.

Pose de 7 stents.

Canal lombaire étroit.

Claudication (boîterie douloureuse) d'origine mixte, vasculaire et neurologique.

Dans sa décision du 3 décembre 2012, l'AI notifie:

«Incapacité de travail à 100% dès le 11 juin 2011, capacité totale à 100% dès le 2 novembre 2011.»

Cette estimation, pour le moins fantaisiste, est basée on ne sait sur quoi.

M. O. _____ souffre d'une grave atteinte artérielle, secondaire essentiellement à son diabète. Tant qu'il travaillait, au vu de la pression professionnelle et du stress inhérent à l'entreprise, M. O. _____ n'arrivait pas à équilibrer son diabète, ce qui est essentiel pour son système artériel déjà fortement atteint. Depuis qu'il a arrêté de travailler, et qu'il mène une vie beaucoup plus calme et régulière, il arrive à équilibrer correctement ses glycémies. Pour cette raison, M. O. _____ ne peut plus travailler.

D'autre part, sa claudication d'origine mixte, artérielle et neurogène l'empêche de se déplacer librement et prétérite sa capacité de travail.»

Dans sa réponse du 21 février 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que les documents produits à l'appui du recours ne font pas état d'éléments objectifs nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'examen clinique effectué par le Dr K. _____ dont les conclusions ont fondé sa décision.

Le 15 mars 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit un rapport médical du Dr S. _____ du 13 mars 2013, dans lequel ce médecin affirme que l'activité professionnelle de son patient ne lui permet pas d'équilibrer son diabète, ce qui est pourtant indispensable compte tenu de ses atteintes artérielles.

Le 28 mars 2013, l'OAI a maintenu sa position.

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 (art. 1 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 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente invalidité.

3. a) Aux termes de 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

b) 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.

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. Pour se prononcer, l'intimé a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière tant dans son activité que dans une activité adaptée, en se fondant sur le rapport d'examen SMR du Dr K._____. Le recourant, pour sa part, conteste cette appréciation, en se référant aux rapports médicaux des Drs S._____ et P._____, et fait valoir que ses problèmes circulatoires et de diabète n'ont pas été pris en compte.

Or il apparaît que le Dr K._____ a bien tenu compte de ces affections dans son rapport médical du 16 août 2012 et exposé de manière convaincante pour quels motifs celles-ci n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Ainsi, d'une part, il a expliqué, s'agissant des atteintes circulatoires, que les

opérations subies par le recourant avaient permis d'obtenir de bons résultats. Il a en particulier relevé que si l'assuré présentait une artériopathie obstructive des membres inférieurs, probablement de stade I avec plusieurs interventions de revascularisation, le résultat après ces opérations de revascularisation était bon, avec pouls périphériques palpés aux membres inférieurs, sans gradient thermique des membres inférieurs et sans souffle sur les grands axes vasculaires, bien que l'artère iliaque interne gauche soit occluse (cf. rapport du Dr K._____, p. 8). Ces constatations sont au demeurant confirmées par la Dresse F._____, laquelle a fait état d'un bon résultat immédiat de l'angioplastie et de la mise en place de deux stents en septembre 2011 (rapport du 23 septembre 2011), ainsi que par les conclusions du Dr Y._____, qui retenait notamment des pouls palpés des deux côtés jusqu'en périphérie avec des pléthysmographie dans la norme et l'absence de sténose significative sur les axes visualisés (rapport du 2 novembre 2011). Le Dr K._____ a en outre défini les limitations fonctionnelles relatives à cette atteinte, savoir à la marche et en position debout. D'autre part, concernant le diabète du recourant, le Dr K._____ a relevé qu'il était plus ou moins bien équilibré, les glycémies s'échelonnant entre 5,5 et 10, et que les hypoglycémies lors de contrariétés survenaient toujours de nuit, ce qui ne pouvait conduire à une incapacité de travail.

Par ailleurs, les avis des Drs P._____ et S._____ ne sont pas de nature à mettre en doute les constatations du Dr K._____. Le Dr P._____ soutient que le recourant présente un arrêt de travail à 100% afin notamment qu'il puisse limiter au maximum les complications secondaires du diabète, qu'il a besoin d'un rythme de vie régulier lui permettant d'avoir des repas à heures régulières et la prise de collations intermédiaires, et que son profil glycémique est nettement plus favorable depuis l'arrêt de travail au mois de juin 2011 (rapport du 30 décembre 2011). Or, ainsi qu'on l'a vu, le Dr K._____ a expliqué de manière convaincante pour quels motifs le diabète du recourant était sans effet sur sa capacité de travail. Quant au Dr S._____, il affirme que le recourant présente des hypoglycémies nocturnes fréquentes et qu'il ne peut équilibrer son diabète tant qu'il exerce son activité lucrative (rapports

médicaux des 30 décembre 2011 et 10 janvier 2012). Ces médecins font référence à un diagnostic bien connu chez le recourant, lequel est diabétique depuis 1999 déjà. Or cette atteinte ne l'a pas empêché de travailler à 100% pendant plus de dix ans. Ces éléments ont d'ailleurs bien été pris en considération par le Dr K._____, lequel n'a pas estimé qu'il conduisait à une quelconque incapacité de travail.

S'agissant ensuite des rapports médicaux produits en cours de procédure, les Drs P._____ et S._____ reprennent des diagnostics déjà connus, et qui n'ont pas été ignorés par le Dr K._____ lors de son appréciation médicale. En particulier, le Dr S._____ fait état d'une artériopathie périphérique sévère avec occlusion de l'iliaque interne et pose de sept stents. Or le Dr K._____ retient le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche, avec occlusion de l'artère iliaque interne et status après plusieurs opérations angiologiques de recanalisation vasculaire du membre inférieur gauche. Le Dr K._____ a également retenu, cette fois sans répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit plurifactoriel. Après s'être fait remettre les clichés de l'IRM lombaire du 30 novembre 2011, le Dr K._____ a observé qu'ils n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles. S'agissant enfin de la boiterie douloureuse mentionnée par le Dr S._____, le Dr K._____ a observé pour sa part que pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambulait normalement et sans boiterie, la marche sur la pointe des pieds et sur le talon étant possible des deux côtés.

Quant à l'interrogation du Dr S._____ dans son rapport du 18 décembre 2012 qui estime «fantaisiste» de retenir le 2 novembre 2011 comme étant la date à laquelle le recourant a recouvré une capacité de travail entière, il convient de constater qu'à cet égard encore, le Dr K._____ a expliqué de manière claire pourquoi il a retenu cette date: il s'agit de la date du rapport dans lequel le Dr Y._____ a relevé que le

status post-opératoire après diverses opérations de revascularisation était tout à fait satisfaisant.

Finalement, il y a lieu de constater que le rapport d'examen du Dr K. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, ce rapport a été établi en connaissance du dossier médical et de l'anamnèse. Les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques ont été dûment décrites, les conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il n'y a ainsi aucune raison de s'en écarter. Dans ces circonstances, il convient de constater que le recourant présente bien une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, de sorte que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en lui refusant le droit à la rente.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation de 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 fr. (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. 49 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 3 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- O. _____,
- 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).

La greffière :