

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 septembre 2012

---

Présidence de M. METRAL  
Juges : MM. Schmutz et Gasser, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Marc-Antoine Aubert,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1951, ressortissant d'ex-Yougoslavie en Suisse depuis 1981, soudeur de formation et employé par la ville de [...] au sein du Service [...], a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente le 29 mai 2008. Il indiquait alors souffrir de nombreuses atteintes à sa santé.

Le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) produit dans la procédure de première instance, se compose notamment des pièces médicales suivantes:

- Un rapport d'examen du 19 janvier 2001 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à [...], dont il ressort en particulier qu'à la suite d'un accident (chute dans les escaliers) survenu le 18 mars 2000 entraînant une fracture à la base du 1<sup>er</sup> métatarsien non déplacée associée à une entorse de Lisfranc, l'assuré a présenté une capacité de travail à 50 % dans son activité habituelle - et de 75 % dans une activité plus légère -, à compter du 18 octobre 2000.

- Une décision du 21 février 2001 selon laquelle, sur la base de l'examen du 19 janvier 2001 de son médecin-conseil, la CNA indiquait estimer l'assuré apte au travail à 75 % à partir du 26 février 2001, son indemnité journalière étant versée sur cette base.

- Un rapport d'expertise médicale privée du 4 mars 2001 de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a relevé que sur le plan strictement rhumatologique la capacité de travail était de 50 % avec une augmentation ultérieure à 75 % voire 100 %.

- Un rapport d'examen final du 28 septembre 2001 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA, qui a retenu que cliniquement et objectivement on ne constatait plus de séquelles accidentelles. La capacité de travail était jugée complète depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001,

l'absence de reprise de travail étant indépendante des suites de l'accident du 18 mars 2000.

- Une décision du 2 octobre 2001 aux termes de laquelle la CNA a informé mettre un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 30 septembre 2001 pour les seules suites de l'accident du 18 mars 2000.

- Un rapport d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) de [...] du 29 avril 2004 établi dans le cadre d'un litige opposant l'assuré à son employeur, a retenu les diagnostics de status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1<sup>er</sup> métatarsien non déplacé du sésamoïde interne le 18 mars 2000, de status après algoneurodystrophie de stade I du pied droit résolu, de réaction anxio-dépressive persistante, de probable trouble somatoforme douloureux persistant, de tabagisme chronique, d'excès pondéral, de status après section du long fléchisseur du pouce et des deux nerfs collatéraux le 16 octobre 1982 et suture primaire du long fléchisseur du pouce droit et de status après fracture oblique modérément déplacée de l'annulaire droit le 3 février 1992. Il y est fait référence à l'expertise privée du 4 mars 2001 de la Dresse A.\_\_\_\_\_.

Selon un courrier médical du 19 décembre 2007 adressé à l'un de ses confrères, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, a objectivé une insuffisance artérielle bilatérale des membres inférieurs avec une artériopathie occlusive touchant principalement l'étage fémoral. Cette localisation expliquait clairement les douleurs jambières à la marche.

Dans un rapport médical du 24 juin 2008 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr B.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1<sup>er</sup> métatarsien non déplacé du sésamoïde interne le 18 mars 2000, de status après algoneurodystrophie de stade I du pied droit résolu, d'état anxio-dépressif et de lombalgies sur troubles

dégénératifs et canal lombaire étroit. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % à compter du 18 octobre 2000. Il mentionnait un pronostic réservé au vu de la persistance des douleurs.

A teneur d'un rapport médical du 2 octobre 2008 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a rapporté des plaintes de son patient sous la forme de douleurs cervicales, de douleurs interscapulaires, de brachialgies et de douleurs dans les membres inférieurs ainsi que dans le pied droit. Il excluait une tuméfaction du pied droit. Il décrivait une aggravation de l'état de santé avec une exacerbation des douleurs des épaules plus marquées à gauche qu'à droite et des douleurs lombaires. Une IRM de l'épaule gauche du 16 mars 2007 ne démontrait pas de lésion significative du tendon du sus-épineux mais une minime chondropathie dégénérative avec quelques petites lésions sous-chondrales ainsi qu'un remaniement arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire avec petite déformation de la surface du tendon du sus-épineux. Une IRM effectuée le 3 juin 2008 a mis en évidence des protrusions discales étagées postéromédianes non sténosantes en L2-L3, en L3-L4 et en L5-S1, légèrement sténosante en L4-L5 ainsi qu'une arthrose inter-facettaire étagée L2-L3 et L5-S1 contribuant à rétrécir le canal lombaire.

Dans un avis du Service médical régional (SMR) de l'AI du 20 octobre 2008, le Dr E. \_\_\_\_\_ s'est exprimé comme il suit sur le dossier médical de l'assuré:

"Assuré de 57 ans, sans activité professionnelle depuis 2000. Cet assuré avait subi une entorse au pied droit en 2000, cas pris en charge par la Suva qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ du 28.09.2001, confirmé par [l'] expertise [de la] Dresse A. \_\_\_\_\_ du 04.03.2001). En raison d'un litige, un COMAI avait été demandé auprès de la PMU du [...] (COMAI du 29.04.2004). Les médecins retenaient les diagnostics de

- Status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1<sup>er</sup> métatarsien non déplacé du sésamoïde interne.
- Status après algoneurodystrophie de stade I, résolution de la pathologie confirmée en IRM.
- Réaction anxio-dépressive.
- Probable TSDP [trouble somatoforme douloureux].
- Status après section du long fléchisseur du pouce et des 2 nerfs collatéraux en 1982.

Cette expertise confirmait l'appréciation de la Suva et de la Dresse A.\_\_\_\_\_. A noter un assuré très peu collaborant lors des examens et la présence de signes de non organicité.

L'assuré est suivi par le Dr B.\_\_\_\_\_. Ce dernier retient dans son rapport du 24.06.2008 les mêmes diagnostics que les médecins du COMAI et une incapacité de travail totale depuis octobre 2000. A relever qu'il suit l'assuré depuis 2002. Vu que ce rapport ne mentionne aucun nouvel élément et aucune aggravation permettant de nous écarter des appréciations antérieures, nous avons réinterrogé ce médecin. Bien qu'il mentionne que l'état de santé s'était aggravé, il ne se base que sur les plaintes de l'assuré. Aucun élément médical objectif ne nous permet de confirmer cette aggravation (à relever qu'une IRM de l'épaule qui avait été effectuée ne montre qu'une pathologie mineure). A relever également qu'aucune consultation spécialisée telle qu'une consultation rhumatologique n'a été nécessaire entre-temps. L'IRM lombaire effectuée ne met pas en évidence de pathologie incompatible avec une activité adaptée non plus.

Au vu de tous ces éléments, nous n'avons aucun élément médical objectif nous permettant de nous écarter de l'appréciation antérieure. Cet assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité légère.

Limitations fonctionnelles: station debout prolongée (possibilité d'alterner les positions avec prédominance de la position assise), déplacements sur longues distances, sur sol irrégulier, port de charges, travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs droits, porte-à-faux."

Par projet de décision du 23 octobre 2008, suivant en ce sens les conclusions de l'avis médical SMR précité, l'OAI a refusé le droit aux prestations à l'assuré, motif pris qu'aucune invalidité ne lui était reconnue. Le 21 novembre 2008, l'assuré a formé opposition contre ce projet. Il a indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il souffrait en permanence de douleurs à son pied droit depuis l'accident en 2000 et également de douleurs lombaires sur discopathies étagées en L2-L3, L3-L4 et L5-S1 ainsi que de douleurs à l'épaule gauche.

Dans un rapport médical du 12 février 2009 adressé à son confrère le Dr B.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté par l'assuré depuis le 2 décembre 2008, a retenu une décompensation de personnalité à traits paranoïaques, anankastiques et narcissiques, des tendances hypocondriaques et une évolution dépressive torpide et chronique qui s'y est associée. Toute possibilité d'amélioration s'en trouvait bloquée. Ce psychiatre a précisé que la pathologie de l'assuré ne lui paraissait pas correspondre aux critères diagnostiques des somatisations ou d'un syndrome douloureux

somatoforme persistant. Il signalait l'évidence de tendances de type hypocondriaque. Il a proposé la mise en œuvre des mesures d'investigations nécessaires de la part du SMR. Il a conclu, du point de vue psychiatrique, à une incapacité de travail de 100 % depuis de nombreuses années.

A la suite d'un examen pratiqué le 6 août 2009 au Centre d'Expertise Médicale (ci-après: CEMED) SA à Nyon, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment observé ce qui suit dans son rapport d'expertise CEMED du 9 novembre 2009:

"Situation actuelle:

[...]

L'anamnèse permet d'évoquer un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et des traits paranoïaques et obsessionnels. Les plaintes somatiques sont évoquées au premier plan et il y a une fixation sur le conflit asséculogique et le conflit avec les médecins.

A l'observation l'hygiène est soignée, la démarche marquée par une boiterie, la collaboration difficile par perte dans les détails. Le ton et l'attitude est agressive à l'évocation des conflits relationnels, une capacité à sourire existe, mais pas de rire. On relève un comportement douloureux lors du lever de la chaise. L'humeur est modérément déprimée, on note une irritabilité, dévalorisation, expression émotionnelle peu fluctuante, discours imprécis, processus de pensée rigide, traits paranoïaques et narcissiques.

En résumé, l'examen objectif met en évidence un comportement douloureux, des signes dépressifs d'intensité légère, des traits paranoïaques, obsessionnels et narcissiques.

Il existe un décalage entre l'intensité moyenne des plaintes dépressives et l'intensité légère des signes dépressifs objectifs.

En conclusion, l'assuré présente un trouble douloureux somatoforme, car il a toujours au premier plan des plaintes somatiques sans aucune base organique et sans invalidité reconnue.

Il souffre, de plus, d'un épisode dépressif apparu secondairement aux plaintes somatiques. Il est d'intensité légère sans syndrome somatique. Il a lui-même reconnu une amélioration clinique grâce au traitement d'Efexor. De plus, il y a peu de limitations dans la vie quotidienne attribuables à l'épisode dépressif, par ailleurs il a arrêté le traitement antidépresseur il y a trois semaines.

Il présente également des traits de personnalité paranoïaques, obsessionnels et narcissiques. Les traits paranoïaques sont actuellement plus importants. Sur la base des déclarations de l'assuré, il aurait fonctionné sans conflit pendant de nombreuses

années dans son couple jusqu'au divorce et dans sa vie professionnelle chez différents employeurs. Cependant, la fixation sur le conflit asséurologique avec la commune et le conflit relationnel avec les médecins dénote tout de même la présence d'un trouble relationnel réel que l'assuré ne parvient pas à régler. Pour ces raisons, le diagnostic de trouble de la personnalité mixte est retenu.

Nous ne retrouvons pas le trouble de la personnalité sur structure psychotique diagnostiqué par le Dr I.\_\_\_\_\_. Celui-là a basé ses conclusions notamment sur des tests projectifs.

Ce type de test peut-être considéré comme utile dans l'aide diagnostique, surtout dans l'idée de compréhension du fonctionnement de la personne, mais il n'a pas de valeur prépondérante sur la clinique au regard de laquelle il doit être considéré. Pris isolément, il n'a ainsi aucune valeur en expertise médicale, il peut même être à l'origine d'une surévaluation diagnostique, comme dans le cas présent où nous ne retrouvons pas les critères cliniques de structure psychotique. Ce qui a été défini comme troubles de la personnalité par le psychiatre correspond plus pour nous à des traits de personnalité. Le psychiatre fait par ailleurs allusion à des classifications issues de l'école psychanalytique (Bergeret), qui sont reconnues de valeur dans ce type d'approche, mais qui n'ont pas toujours de corrélation pertinente avec la CIM-10.

Le psychiatre termine son rapport d'une manière un peu contradictoire en laissant ouvert la possibilité d'une réinsertion professionnelle et d'autre part en estimant son patient incapable de travailler à 100 % depuis de nombreuses années.

Synthèse et conclusions:

M. C.\_\_\_\_\_ présente un trouble douloureux somatoforme, une comorbidité dépressive légère et un trouble de la personnalité mixte.

En ce qui concerne la symptomatologie dépressive et celle liée au trouble de la personnalité, un traitement antidépresseur doit être repris associé à un traitement neuroleptique atypique (p. ex. Risperdal à de petites doses) afin de diminuer la composante persécutoire (inscrite dans les relations interpersonnelles) et la fixation sur le conflit.

La comorbidité dépressive n'est pas sévère. Elle n'est donc pas invalidante.

Le trouble de la personnalité peut être à l'origine d'un certain état de cristallisation psychique, mais il est modulable par un traitement et pas totalement figé.

La comorbidité des symptômes liés au trouble de la personnalité peuvent donc justifier des limitations, le traitement devrait cependant les diminuer aussi. Ce trouble ne peut donc pas être considéré comme majeur pour justifier une incapacité de travail durable.

Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assuré vit dans le même appartement que son fils et sa femme, en chambres séparées. Il mentionne ne plus avoir d'amis, on peut penser que son comportement est en cause. Par contre il se promène avec son chien.

Le trouble de la personnalité entraîne des limitations sur le plan relationnel. Dans une activité adaptée avec des contacts relationnels très limités et un niveau de stress et d'exigences également limités, la capacité de travail est totale.

## 7. Réponses aux questions de l'Assurance-Invalidité

### C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Si sa dernière activité ne permet pas de tenir compte des limitations, un poste de travail manuel sans formation et tenant compte des limitations est envisageable. En raison du trouble de la personnalité, il est difficile de laisser l'assuré se remettre sur le marché du travail seul d'autant plus après plusieurs années sans activité. Une période d'adaptation dans une activité manuelle simple pourrait lui permettre de s'acclimater à un nouveau rythme de travail.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Oui.

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Le traitement médicamenteux antidépresseur et neuroleptique peut diminuer l'anxiété et la tendance paranoïaque.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Avec le traitement et en tenant compte des limitations, il devrait permettre de récupérer une capacité de travail totale."

Par décision du 25 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Ses constatations étaient les suivantes:

"• Vous avez subi une entorse au pied droit en 2000, cas pris en charge par la SUVA qui retenait alors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En raison d'un litige avec la SUVA, une expertise pluridisciplinaire a été organisée à la demande du Tribunal

auprès de la Policlinique médicale universitaire de [...] en février 2004. Cette expertise confirmait l'appréciation de la SUVA.

- Vous êtes suivi par le Docteur B. \_\_\_\_\_ qui retient dans son rapport médical du 24 juin 2008 des diagnostics d'atteintes somatiques similaires à ceux retenus par la SUVA et l'expertise de la Policlinique. En l'absence d'une aggravation ou d'une modification de l'état de santé somatique, le Service médical régional s'aligne donc sur celle de la Suva confirmée par l'expertise de la Policlinique médicale de [...].

- Sur le plan psychique, une expertise a dû être mise en place. Pour ce faire, vous avez été convoqué par le Centre d'expertise médicale à Nyon en août 2009. A réception de celle-ci le Service médical régional retient un trouble de la personnalité mixte. Ce trouble de la personnalité est constitué depuis l'adolescence et n'a pas jusqu'aux années 2000, entravé votre insertion dans le monde de l'économie. Dans une activité adaptée vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 %.

- En l'espèce, tant du point de vue somatique que psychiatrique, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles dont nous tenons compte sont les suivantes: poste de travail ne nécessitant pas des contacts relationnels soutenus avec autrui et autorisant un niveau de stress ordinaire ou bas, pas de station debout prolongée, possibilité d'alterner les positions avec prédominance de la position assise, pas de déplacement sur de longues distances ou sur sol irrégulier, pas de port de charges lourdes, pas de travail nécessitant d'amener les membres supérieurs droits au-dessus du plan de l'horizontale, pas de position tenue en porte-à-faux. Cette activité adaptée est donc raisonnablement exigible à raison d'un taux de 100% à compter du 9 mars 2001.

- Au vu de ce qui précède, votre dossier a été transmis auprès de notre division de réadaptation. Il ressort des constatations de notre conseiller que vous avez donc subi une entorse du pied droit en 2000. Vous n'avez pas repris d'activité professionnelle depuis 2001 selon l'extrait des CI. A noter que votre employeur, la Ville de [...], vous avait aménagé un poste de travail en tenant compte de vos limitations. Si vous aviez accepté ce poste adapté, votre employeur l'aurait conservé.

- Force est de constater que du point de vue de la division de réadaptation, aucune mesure professionnelle n'est susceptible de diminuer votre préjudice économique. Nous avons dès lors déterminé votre préjudice économique par le biais d'une approche théorique.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2001 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4547.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2001, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4740.25 (CHF 4547.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 56'882.97.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et votre âge, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48'350.52.  
Le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des CI. En 1999, vous avez réalisé un gain annuel de CHF 64'946.00 que nous avons indexé à 2001 soit CHF 67'435.10.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:  
sans invalidité CHF 67'435.10  
avec invalidité CHF 48'350.50  
La perte de gain s'élève à CHF 19'084.60 = un degré d'invalidité de 28%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Dans un courrier daté du même jour faisant partie intégrante de la décision de refus précitée, l'OAI a indiqué qu'une aide au placement était proposée au recourant, un délai de trente jours lui étant imparti afin de faire savoir s'il entendait bénéficier de cette mesure.

**B.** Par acte du 28 février 2011, C.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru contre la décision de refus précitée. Il conclut principalement, à l'annulation de la décision attaquée, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour reprise de l'instruction avec mise en œuvre d'une expertise indépendante puis nouvelle décision. A titre subsidiaire, il conclut à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée à tout le moins à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007, ceci sur la base d'un degré d'invalidité de 70 % minimum. Le recourant sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il a produit en annexe à son écriture, un courrier médical du 11 février 2011 de son psychiatre traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_. Ce dernier émet l'avis selon lequel la pathologie psychiatrique invalidante ne serait pas la pathologie anxieuse et dépressive d'intensité entre légère et moyenne-sévère, affection qui a évolué par phases mais les troubles de personnalité avec d'importants traits paranoïaques, narcissiques et dyssociaux, personnalité décompensée depuis longtemps, certainement déjà lors de la première consultation datant du 2 décembre 2008.

Par décision du 4 mars 2011 du Juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2011.

Dans sa réponse du 11 avril 2011, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 4 mai 2011, le recourant fait part de ses observations sur la réponse de l'intimé et indique avoir été hospitalisé d'urgence au [...] pour y subir un pontage coronarien effectué le 21 mars 2011 et être suivi par un cardiologue devant se prononcer en cours d'été sur une éventuelle opération supplémentaire. Il a produit, le 26 mai 2011, un bordereau de pièces médicales récentes établies en lien avec son état de santé.

Dans un rapport médical du 21 avril 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, a posé le diagnostic principal d'artériopathie des membres inférieurs de stade IIb prédominant à gauche avec une occlusion bilatérale de l'artère fémorale superficielle dès son origine et une sténose de 50 et 70 % au départ de l'artère fémorale profonde gauche. Ce spécialiste en a conclu que les résultats de ses examens expliquaient bien la claudication des mollets sans pour autant expliquer les symptômes d'allure neurologique (paresthésies et hypoesthésie) présents au repos, probablement d'une autre origine (neurologique sur arthrose lombaire ou éventuellement en relation avec une polyneuropathie périphérique dans le contexte diabétique).

Dans un second rapport médical du 29 avril 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme il suit en lien avec la consultation du recourant:

"Comme convenu j'ai revu Monsieur C.\_\_\_\_\_ pour discuter des résultats de l'angio-CT-scan des membres inférieurs. Cet examen a confirmé les données du bilan écho-Doppler à savoir une occlusion des deux artères fémorales superficielles avec une reprise de l'artère poplitée sus-géniculée ddc. Etant donné le bon développement des collatérales provenant de l'artère fémorale

profonde, nous avons convenu avec Monsieur C. \_\_\_\_\_ dans un premier temps de l'essai d'un traitement conservateur avec entraînement régulier à la marche avec un nouveau contrôle angiologique dans trois mois afin de refaire le point sur la situation.

Par ailleurs, le patient se plaint également de douleurs lombaires et de hanches, d'allure mécanique, associées à des paresthésies dans les membres inférieurs qui ont également un retentissement sur son périmètre de marche et qui ne sont probablement pas d'origine vasculaire. [...]."

Dans sa duplique du 16 juin 2011, l'intimé confirme les conclusions de sa réponse. Il produit un avis médical SMR du 30 mai 2011 des Drs K. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ auquel il dit se rallier et dont il ressort que les dernières pièces médicales produites en cause par le recourant ont toutes trait à des problèmes de santé somatiques postérieurs à mars 2011, de sorte qu'il ne s'agit en aucun cas de faits nouveaux antérieurs à la décision litigieuse rendue le 25 janvier 2011.

Le 11 juillet 2011, le recourant fait part de ses déterminations sur la duplique de l'intimé et confirme en particulier les conclusions principales de son recours.

Le 9 janvier 2012, l'office intimé communique avoir reçu, en date du 15 décembre 2011, copie d'un lot de certificats médicaux de la part du Dr I. \_\_\_\_\_ dont il adresse un exemplaire à la Cour de céans. Il s'agit notamment d'un rapport médical du 12 décembre 2011 du Dr P. \_\_\_\_\_ qui constate, sur le plan vasculaire, une situation relativement stable par rapport au bilan initial du mois d'avril et d'un courrier médical du 8 décembre 2011 dans lequel le Dr I. \_\_\_\_\_ évoque une situation sur le plan psychiatrique de "hauts" et de "bas" sans amélioration notable depuis août 2010.

Le 15 mars 2012, le Juge instructeur de la Cour de céans a informé les parties qu'il rejetait la requête d'expertise présentée par le recourant sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, sauf avis ultérieur contraire de la Cour. Un délai a par ailleurs été imparti au 29 mars 2012 au représentant du recourant afin de déposer une liste de ses opérations et débours.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte — ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) — sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances 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, 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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3. a)** La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 25 janvier 2011.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de ladite loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. 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. 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 s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins

constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**c)** Selon le principe de la 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 qu'elle 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 qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7;

cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité 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 cité, 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 lie 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. a)** Le recourant reproche en substance à l'office intimé d'avoir fondé sa décision sur le rapport d'expertise CEMED du 9 novembre 2009 lequel s'inscrirait en contradiction avec l'avis de son psychiatre traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_. A le suivre, plusieurs éléments au dossier attesteraient de troubles nettement plus graves que ceux ressortant du rapport d'expertise précité. Ainsi l'accumulation des atteintes à la santé, la durée de l'éloignement du monde professionnel, la surcharge provoquée par les divers litiges, la gravité et la durée des troubles diagnostiqués seraient autant d'indices suggérant que le recourant souffrirait d'atteintes invalidantes lui ouvrant le droit aux prestations AI. Il considère que l'intimé a statué sur la base d'une constatation inexacte des faits, ou à tout le moins incomplète, en violation des règles applicables en matière d'appréciation des preuves. Il souligne que le rapport médical du 12 février 2009 du Dr I.\_\_\_\_\_ est de nature à rediscuter le bien fondé des conclusions du rapport d'expertise CEMED. Il est également d'avis que le courrier médical émis le 11 février 2011 par le Dr I.\_\_\_\_\_ expliquerait les motifs justifiant de retenir une atteinte invalidante à sa santé déjà lors de sa demande de prestations. Il considère par ailleurs que son hospitalisation d'urgence en mars 2011 (pontage coronarien) suggérerait l'existence de graves atteintes somatiques à la santé

remontant à l'époque du dépôt de sa demande devant être prises en compte. Se référant aux rapports médicaux des 21 et 29 avril 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ qu'il a produit, il en déduit que les troubles répertoriés (artériopathie des membres inférieurs) constitueraient une atteinte à la santé dont le caractère invalidant ne saurait être nié par l'intimé.

L'office intimé soutient qu'il était fondé à retenir, sur la base du rapport d'expertise CEMED, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Il précise à cet égard que ledit rapport d'expertise a pris en compte le rapport médical du 12 février 2009 du Dr I.\_\_\_\_\_ et a exposé de manière convaincante les raisons justifiant de s'en distancer. Il considère par ailleurs que les rapports médicaux des 21 et 29 avril 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ ont uniquement trait à des problèmes de santé somatiques postérieurs à mars 2011 et ne sauraient constituer des faits nouveaux justifiant un réexamen de la décision litigieuse.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr I.\_\_\_\_\_ (psychiatre traitant) observe, le 12 février 2009, que l'incapacité de gain de son patient résulte d'une décompensation de sa personnalité à traits paranoïaques, anankastiques et narcissiques, de tendances hypocondriaques, d'une évolution dépressive torpide et chronique associée. Il estime que toute amélioration s'avère impossible en l'état. Sur la base de ces éléments, une expertise psychiatrique est alors mise en œuvre au début août 2009 auprès du CEMED à Nyon. Au terme de son rapport d'expertise psychiatrique du 9 août 2009, le Dr O.\_\_\_\_\_ observe que l'assuré présente un trouble douloureux somatoforme, une comorbidité dépressive légère et un trouble de la personnalité mixte. S'agissant de la symptomatologie dépressive ainsi que celle liée au trouble de la personnalité, il souligne la nécessité de la reprise d'un traitement adapté. La comorbidité dépressive associée n'étant pas sévère, elle n'a pas de caractère invalidant. Quant au trouble de la personnalité, il est certes à l'origine d'un état de cristallisation psychique mais reste modulable par un traitement et n'est pas figé. Ce trouble de la personnalité ne peut être considéré comme majeur pour justifier une

incapacité de travail durable. Il entraîne certes des limitations sur le plan relationnel (contacts très limités, niveau de stress et exigences également limités) mais sans pour autant qu'il existe une perte d'intégration sociale. Partant dans une activité adaptée à ses limitations, le Dr O. \_\_\_\_\_ considère que le recourant bénéficie d'une capacité de travail totale.

Le rapport d'expertise CEMED se fonde en particulier sur un examen clinique du recourant, sur une analyse complète et détaillée des pièces du dossier médical (pp. 3-15) - dont en particulier le rapport médical du 12 février 2009 du Dr I. \_\_\_\_\_ (p. 12) -, les plaintes et données personnelles de l'assuré (pp. 15-18), un status psychique (p. 18). La discussion et la synthèse du cas y sont présentées de manière systématique sans éluder les autres avis médicaux divergents. Le Dr O. \_\_\_\_\_ expose notamment les raisons pour lesquelles il ne retient pas le trouble de la personnalité sur structure psychotique tel que diagnostiqué par le Dr I. \_\_\_\_\_ et note au passage une contradiction quant à l'appréciation de l'incapacité de travail ressortant du rapport médical établi le 12 février 2009. Ce rapport d'expertise emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3c supra, tant intrinsèquement que dans la réfutation de l'avis médical du Dr I. \_\_\_\_\_.

Le point de vue exprimé par le psychiatre traitant dans son courrier du 11 février 2011 n'est pas de nature à modifier cette appréciation, dans la mesure où il n'apporte aucun élément nouveau dans la discussion.

**c)** D'un point de vue somatique, le médecin d'arrondissement de la CNA a considéré, le 19 janvier 2001 qu'une reprise du travail à 50 %, voire à 75 % dans une activité adaptée, était exigible. Pour sa part, la Dresse A. \_\_\_\_\_ a constaté notamment:

"En résumé, l'étude du dossier radiologique montre qu'il y a de discrètes atteintes dégénératives du pouce et de l'épaule droite qui ne permettent à elles seules pas d'expliquer l'intensité des cervico-brachialgies chroniques émises par l'expertisé. Le caractère persistant des douleurs, la présence d'une contrepulsion à l'examen

clinique ainsi que la non-réponse au traitement médicamenteux et de physiothérapie, sont fortement suggestifs d'une surcharge psychogène et de douleurs de type somatisation. Cet aspect avait déjà été relevé par le Dr L. \_\_\_\_\_ en mai 1999. Cet expertisé présente plusieurs circonstances qui peuvent favoriser l'apparition d'une surcharge psychogène des douleurs, comme le sentiment d'être mécompris par l'assurance et les médecins, l'apparition de problèmes au lieu de travail ainsi que des troubles psychiques. Monsieur C. \_\_\_\_\_ présente à mon avis un état anxio-dépressif ainsi que des difficultés à s'accommoder à des déficiences persistantes. Dans ce contexte s'intègre aussi une non reconnaissance de séquelles objectivement mineures qui pour l'expertisé en lui-même sont subjectivement importantes. La présence d'un état anxio-dépressif peut à mon avis aussi expliquer en partie une majoration de l'intensité des douleurs.

Il n'y a à mon avis sur le plan strictement rhumatologique pas de causalité directe entre les constatations objectives en relation avec les accidents et les traumatismes et l'expression clinique de ces cervico-brachialgies droites. Ce tableau clinique évolue à mon sens dans le cadre d'un syndrome de la douleur chronique qui survient et se développe souvent, comme l'on peut le constater, après des traumatismes parfois même mineurs.

Mis à part les cervico-brachialgies droites chroniques, Monsieur C. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs dans le pied droit, persistantes depuis le mois de mars 2000. En tombant dans les escaliers le 18 mars 2000, l'expertisé présente une entorse du Lisfranc ainsi qu'une fracture à la base du 1<sup>er</sup> métatarsien droit, traité de manière conservatrice par le port d'un plâtre pendant 6 semaines. L'évolution est compliquée par la suite par l'apparition d'une maladie de Südeck, ou algoneurodystrophie, confirmée par une déminéralisation osseuse tout à fait typique sur les radiographies conventionnelles ainsi que par une scintigraphie osseuse du 29 septembre 2000. Les différentes radiographies effectuées au cours de ces derniers mois montrent une régression des lésions typiques d'une maladie de Südeck, il persiste toutefois sur les derniers clichés du pied droit effectués le 19.01.2001 une déminéralisation diffuse des os du tarse et de l'avant-pied. Cette déminéralisation encore visible peut-être l'expression d'un remaniement osseux persistant, bien que cliniquement la cheville et le pied ne soient plus tuméfiés et dépourvus de signes inflammatoires ou de troubles trophiques. Il persiste une discrète diminution de la flexion dorsale de l'articulation tibio-tarsienne. Une nouvelle scintigraphie osseuse permettrait de mettre en évidence une éventuelle hyperactivité persistante témoignant d'une algoneurodystrophie encore active. En général, l'algoneurodystrophie évolue dans un délai variable de plusieurs mois, sans séquelle radiologique, avec restitution d'une mobilité articulaire complète. Les algoneurodystrophies surviennent le plus souvent dans les suites d'un traumatisme ou d'une fracture, ce qui est le cas de Monsieur C. \_\_\_\_\_. La persistance de douleurs, en absence de substrat organique, ne peut être expliquée par une algoneurodystrophie et peut aussi être alors l'expression d'une possible somatisation."

En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail, la Dresse

A. \_\_\_\_\_ indique:

"L'appréciation de la capacité de travail de Monsieur C. \_\_\_\_\_ est difficile et me semble incomplète si l'on ne tient compte que des constatations somatiques. Une appréciation pluridisciplinaire tenant aussi compte de l'aspect psychiatrique me paraît indiquée afin de mieux pouvoir apprécier l'importance de l'état anxio-dépressif, d'un possible trouble de l'adaptation, et de leurs répercussions quant à la capacité de travail. Sur le plan strictement rhumatologique, il n'y a pas d'atteinte organique du membre supérieur droit suffisamment importante qui permettrait de justifier une limitation de la capacité de travail en tant qu'ouvrier polyvalent. En ce qui concerne le pied droit, pour autant qu'une scintigraphie ne démontre pas d'hyperactivité persistante, témoignant d'une algoneurodystrophie encore active, je m'accorderais sur le plan strictement rhumatologique avec la capacité de travail de 50 %, émise par le Dr F. \_\_\_\_\_, avec une augmentation ultérieure à 75 voire 100 %. Par contre, je pense qu'un traitement de physiothérapie pour le pied droit comprenant une mobilisation douce ainsi qu'un traitement par du Whirlpool, pourrait s'avérer bénéfique quant à l'évolution ultérieure.

La présence de douleurs chroniques évoluant depuis plusieurs années, en partie d'origine psychogène, dans le cadre d'un conflit asséculoologique et au lieu de travail, sont des facteurs de mauvais pronostic quant à la reprise durable d'une activité professionnelle."

Au regard de ce qui précède, la Dresse A. \_\_\_\_\_ considère que les atteintes à la santé physique les plus sérieuses dont souffre le recourant sont une atteinte du membre supérieur droit et les séquelles d'une algoneurodystrophie, au pied droit. En ce qui concerne la première atteinte, elle indique que celle-ci n'est pas suffisamment importante pour justifier une incapacité de travail "en tant qu'ouvrier polyvalent". A fortiori en va-t-il de même pour une activité légère, sans port de charges ni travail au-dessus de l'horizontal avec les membres supérieurs. Quant à l'algoneurodystrophie, la Dresse A. \_\_\_\_\_ évalue la capacité de travail résiduelle du recourant à 75 %, voire 100 %. Cette évaluation porte toujours sur une activité d'ouvrier polyvalent. Partant, le Dr E. \_\_\_\_\_ est pleinement convaincant lorsqu'après avoir constaté que la pathologie d'algoneurodystrophie de stade I était résolue au regard des IRM disponibles, il considère que le recourant dispose, sur le plan somatique, d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité sans station debout prolongée (possibilité d'alterner les positions avec prédominance de la position assise), sans déplacement sur de longues

distances ou sur sol irrégulier, ni port de charge, travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, ni travail en porte-à-faux.

Dans un rapport du 24 juin 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ atteste, certes, une incapacité de travail totale depuis le 18 octobre 2000. Cet avis repose toutefois essentiellement sur les allégations du recourant relatives à des douleurs cervicales, des douleurs interscapulaires, des brachialgies, des douleurs dans les membres inférieurs ainsi que dans le pied droit. Ces plaintes ont déjà été prises en considération, mais relativisées, par la Dresse A.\_\_\_\_\_. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs pertinemment observé qu'aucune consultation spécialisée n'avait été nécessaire depuis le rapport du 2 octobre 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, hormis la consultation du Dr I.\_\_\_\_\_. Il a souligné que l'IRM de l'épaule gauche et l'IRM lombaire réalisées en 2007 et 2008 ne démontraient pas d'atteinte incompatible avec la reprise d'une activité adaptée.

A la suite de l'intervention sous la forme d'un pontage coronarien pratiquée le 21 mars 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ pose dans son rapport du 21 avril 2011, le diagnostic principal d'artériopathie des membres inférieurs. Il rapporte par ailleurs, le 29 avril 2011, des plaintes d'allure mécanique associées à des paresthésies dans les membres inférieurs ayant un impact sur le périmètre de marche dont l'origine vasculaire est peu probable. Cette pathologie artérielle avait au préalable déjà été diagnostiquée par le Dr T.\_\_\_\_\_ à la fin 2007. Les limitations causées par cette affection sur le périmètre de marche avaient alors également été relevées par ce spécialiste. Contrairement à l'avis du recourant, les troubles répertoriés par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne sauraient constituer une atteinte à la santé dont le caractère invalidant n'a pas été pris en compte par l'intimé, ce dernier ayant notamment retenu en tant que limitation fonctionnelle, l'impossibilité d'effectuer des déplacements sur de longues distances ou sur sol irrégulier.

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I

52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et l 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Or, l'intervention sous la forme de pontage coronarien pratiquée le 21 mars 2011 constitue un fait nouveau, éventuellement de nature à justifier un nouvel examen du cas du recourant par l'intimé pour la période postérieure à la décision attaquée. A l'inverse, il n'y a aucun élément au dossier laissant inférer que l'atteinte à la santé justifiant cette opération eusse eu quelque incidence sur la capacité de travail du recourant à l'époque du dépôt de sa demande.

**d)** C'est en définitive à juste titre que l'office intimé a retenu, tant du point de vue somatique que psychique, une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ceci à compter du 9 mars 2001.

**5. a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en

tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

**b)** On relève à titre liminaire que la décision litigieuse retient en tant qu'année d'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), 2001. Or, le recourant a déposé sa demande de prestations le 29 mai 2008 seulement. L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. L'année d'ouverture du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus devrait donc en réalité être 2008. Dans le cas particulier, cela s'avère toutefois sans incidence sur le droit à la rente, par rapport à la comparaison des revenus basée sur l'année 2001 à laquelle on peut donc se référer.

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit, en 2000 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000; TA1, niveau de qualification 4), 4'437 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Adapté à l'évolution des salaires de 2000 à 2001 (+ 2,5 %), on obtient un revenu mensuel de 4'548 francs (montant arrondi). En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail

dans les entreprises en 2001 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'741 fr. (montant arrondi), correspondant à un salaire annuel de 56'892 fr. (montant arrondi). Compte tenu des limitations fonctionnelles ainsi que de l'âge du recourant, l'OAI a considéré qu'il se justifiait de tenir compte d'un abattement de 15 %. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 48'358 francs (montant arrondi). Dans l'éventualité où l'on devrait retenir un abattement maximum de 25 % en raison notamment de l'âge du recourant et des limitations tout de même importantes qu'il présente (limitations d'ordre somatique et difficultés relationnelles), le revenu d'invalidité s'établirait alors à 42'669 fr. (montant arrondi).

Quant au revenu sans invalidité, il ressort des CI du recourant que ce dernier a réalisé un revenu annuel de 64'946 fr. en 1999, soit un gain annuel indexé à 2001 (+ 1,2 % de 1999 à 2000 et + 2,5 % de 2000 à 2001) qui s'élève à 67'368 francs (montant arrondi).

Après comparaison, entre le revenu raisonnablement exigible sans invalidité (67'368 fr.) et celui avec invalidité (48'358 fr., compte tenu d'un abattement de 15 %), il en résulte un degré d'invalidité de 28 %. En considérant un abattement maximum de 25 %, le taux d'invalidité serait de 37 %. Inférieur à 40 %, le degré d'invalidité du recourant ne lui ouvre donc pas le droit à une rente d'invalidité.

**6. a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et qu'il présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à une rente. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision querellée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Dès lors

que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais, fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat.

De même, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Invité à déposer sa liste des opérations, Me Aubert, conseil du recourant, a produit le 29 mars 2012 la liste de ses opérations, correspondant à 19 heures et 30 minutes de travail ainsi que des débours en sus à hauteur de 327 francs.

Le nombre d'heures de travail allégué par Me Aubert paraît toutefois excessif au regard des besoins de la cause, dans la mesure notamment où Me Aubert connaissait déjà le dossier avant d'introduire son recours, puisqu'il le suivait déjà pendant la procédure administrative. Une durée de quinze heures de travail à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) semble adéquate en l'espèce. En tenant compte d'un taux de TVA de 8 %, le montant des honoraires est de 2'916 francs. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ceux-ci doivent être arrêtés à 302 fr. 80, plus 24 fr. 20 de TVA (art. 2 al. 3 RAJ), soit 327 francs. Le montant total de l'indemnité d'office s'élève donc à 3'243 francs. Il n'est pas alloué de dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Marc-Antoine Aubert, conseil du recourant, est arrêtée à 3'243 fr. (trois mille deux cent quarante-trois francs).
- V. Il n'est pas alloué de dépens.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Marc-Antoine Aubert (pour C.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :