

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu, juge, et de Goumoëns, assesseur
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Etoy, recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. R._____, né le 9 mars 1973, ressortissant du Kosovo, marié et père de trois enfants nés en 1994, 1996 et 1997, a travaillé en Suisse depuis 1991 dans le domaine de la restauration et de l'hôtellerie. Il a déposé le 22 juin 2009 une demande de prestations AI pour adultes pour cause de maladie (blocage des muscles dans deux jambes et douleur dans le bras gauche).

Par courrier du 21 juillet 2009, [...] Assurance-maladie a déposé auprès de l'OAI une "demande en vue de la sauvegarde des délais", demande à laquelle divers documents médicaux étaient joints, notamment :

- Un rapport médical établi le 8 octobre 2008 par le Dr I._____, spécialiste FMH en médecine générale, qui pose comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail : "crampes des membres inférieurs d'origine indéterminée". Il relève une "aggravation progressive des symptômes et échec des diverses thérapies", signale l'interruption du traitement et indique une incapacité de travail à 100% du 9 juin au 14 août 2008 et à 80% dès le 15 août 2008 pour une durée indéterminée.

- Un bilan veineux des membres inférieurs établi le 8 juillet 2008 par la Dresse D._____, spécialiste FMH en angiologie, qui pose les diagnostics de crampes musculaires d'origine peu claire, avec un examen veineux dans la norme, et qui propose de rechercher soit un problème électrolytique soit autrement une origine neurologique.

- Un rapport du 11 juillet 2008 dans lequel le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie a posé le diagnostic de crampes musculaires d'origine indéterminée et constaté que l'examen clinique et l'ENMG ne permettaient pas de démontrer de neuropathie périphérique. Il résultait de l'examen électroneuro-myographique du même jour de ce médecin a conclu qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'une neuropathie

motrice au membre inférieur droit. Le médecin notait que l'examen avait été mal toléré.

Par courrier du 31 juillet 2009, la Caisse cantonale de chômage a adressé à l'OAI le relevé des indemnités de chômage versées à l'assuré entre janvier 2003 et décembre 2004.

Dans un rapport du 14 septembre 2009, le Dr I. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de "troubles des membres inférieurs d'origine indéterminée" depuis juin 2008, signalé que tous les traitements instaurés avaient été interrompus en raison de leur échec et que le pronostic était difficile, vu l'évolution peu favorable, mentionné que le patient devait éviter toute position prolongée (1 à 2 heures), des crampes violentes forçant celui-ci à s'allonger, enfin indiqué une activité résiduelle de 20% comme directeur de cabaret. Etaient joints à ce rapport les avis médicaux suivants adressés au Dr I. _____ :

- Un rapport établi le 14 novembre 2008 par le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, dont il ressort notamment :

"Conclusions et propositions: chez ce patient vous consultant pour des douleurs musculaires, dont la description évoque des crampes, vous mettez en évidence un certain nombre d'anomalies métaboliques, consistant en une hypomagnésémie, dont la substitution n'a pas apporté d'amélioration, un taux de TSH basale légèrement supérieur à la norme, ainsi qu'un taux de parathormone également augmenté, en présence d'une calcémie normale. A mon contrôle, je retrouve un taux de magnésium abaissé. La calcémie est normale, de même que le taux de la parathormone. (...) Sans que je ne puisse établir une relation de causalité certaine entre ces anomalies et les troubles du patient, il me paraît nécessaire de les corriger, en reprenant une substitution en magnésium, et en lui proposant un apport de vitamine D (...). L'anomalie de la fonction thyroïdienne, que je retrouve, dans une moindre mesure, n'est pas significative, surtout en l'absence d'anticorps anti-thyroïdiens."

- Un rapport établi le 10 février 2009 par le Dr Q. _____, professeur titulaire, responsable de l'unité nerf-muscle du Service de

neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), et par K._____, médecin assistant, qui expose notamment ce qui suit :

"Indication : Crampes
Diagnostics(s) retenu(s) : Fasciculations-crampes des mollets

(...)

Interprétation et synthèse : cet examen démontre bien la présence de fasciculations-crampes chez un patient présentant des crampes essentiellement des mollets. Un bilan général et spécialisé a déjà été mis en évidence; je confirme ici l'absence de toute maladie musculaire évidente."

Dans un rapport du Service médical régional (SMR) du 2 décembre 2009, le Dr Z._____ a constaté notamment : "Cet assuré ... est en IT depuis juin 2008 en raison de fasciculations-crampes des membres inférieurs, fréquentes et violentes, qui ont motivé des investigations extensives au CHUV. Il n'a pas été possible de trouver une origine à ces crampes, et les divers traitements médicamenteux sont restés inefficaces. L'assuré ne parvenant pas à rester plus de 20 minutes debout, une activité dans la restauration n'est plus possible. L'assuré s'est reclassé lui-même dans la vente de voitures et la direction d'une entreprise de peinture, activités qui permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées."

Selon un questionnaire pour l'employeur signé le 20 janvier 2010, le cabaret pour lequel l'assuré travaillait comme gérant a résilié le contrat de travail pour cause de maladie pour le 31 décembre 2009. Le salaire AVS annuel s'élevait à 47'600 fr. en 2007 et à 27'200 fr. en 2008 (incapacité de travail de 80%). Sans l'atteinte à la santé, l'assuré gagnerait environ 60'000 fr. par an dans son ancienne activité. Selon une lettre de l'employeur du 29 janvier 2009, le taux d'activité de l'assuré a été fixé à 20% dès le 1^{er} mars 2009.

Dans un rapport à l'intention de l'AI du 3 août 2010, le Dr K._____, médecin assistant au Service de neurologie du CHUV, a indiqué que, théoriquement, aucune limitation à l'exercice d'une activité n'existait,

que l'assuré et ses soignants avaient discuté plusieurs fois de la reprise d'une activité professionnelle, ceux-ci ayant de la peine à expliquer l'incapacité de travail en l'absence de déficit objectivable. Il évoquait la possibilité d'autres problèmes. Etaient jointe à ce rapport une lettre du 15 juin 2010 dans laquelle les Drs Q._____ et K._____ exposaient notamment :

"Interprétation et synthèse : ce patient présente une gêne musculaire sous forme de crampes-fasciculations possiblement associées à un syndrome des jambes sans repos. Les divers essais thérapeutiques ont échoué. En ce sens, en accord avec le patient, nous proposons une fenêtre thérapeutique. En l'absence d'anomalies visibles aux différents bilans, nous n'avons pas de proposition thérapeutique spécifique en dehors d'une reprise progressive d'un reconditionnement physique et d'un suivi clinique afin d'évaluer si d'autres signes peuvent apparaître.

Attitude : abstention thérapeutique jusqu'au prochain contrôle."

Dans un avis médical du 2 septembre 2010, le Dr Z._____ s'est référé aux rapports des 3 mai 2010 du Dr I._____ et 3 août 2010 du Dr K._____ pour confirmer les conclusions du rapport SMR du 1^{er} décembre 2009 en admettant "que la possibilité d'alterner les positions doit être retenue".

Dans un rapport du 22 octobre 2010, les Drs Q._____, [...] et [...], du Service de neurologie du CHUV, ont relevé une stabilité du problème présenté par l'assuré.

Dans une lettre du 18 janvier 2011, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il s'était mis à son compte depuis le 1^{er} septembre 2009 dans deux entreprises (ventes de véhicule et peintre en bâtiment), en joignant deux certificats médicaux par lesquels le Dr I._____ a attesté le 20 janvier 2010 une incapacité de travail entière dès le 15 octobre 2009, puis le 28 septembre 2010 une reprise à 20% dès le 18 mars 2010.

Dans un avis médical du 26 janvier 2011, le Dr Z._____ a confirmé les conclusions du rapport SMR du 1^{er} décembre 2009 au regard du rapport du 22 octobre 2010 du CHUV, en précisant que l'activité de

peintre en bâtiment n'était pas adaptée, faute de permettre l'alternance des positions.

Par projet de décision du 23 février 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il envisageait de rejeter la demande de rente et a proposé une aide au placement en exposant notamment ce qui suit :

"Avant votre atteinte à la santé vous exerciez l'activité de directeur de cabaret à 20% suite à votre formation de restaurateur.

En raison de votre atteinte à la santé et au vu des éléments médicaux en notre possession, votre incapacité de travail est totale comme directeur de cabaret. Votre capacité de travail reste néanmoins entière dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, c'est-à-dire dans un travail qui permet l'alternance des positions.

Vous avez décidé en janvier 2010 de ne pas bénéficier de mesures professionnelles de l'AI, vous étant vous-même reclassé dans la vente de voitures et la direction d'une entreprise de peinture depuis septembre 2009.

Vous avez cessé depuis ces deux activités suite à une aggravation de votre état de santé. Les renseignements médicaux obtenus depuis nous ont confirmé que l'activité de peintre en bâtiment n'était pas non plus adaptée (ne permet pas l'alternance des positions) mais que vous conserviez toujours une pleine capacité de travail dans une activité qui tient compte de vos limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.60.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on

obtient un revenu annuel de CHF 61'385.64 (année d'ouverture du droit à la rente; ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'247.08.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pouviez prétendre à 20% comme directeur de cabaret à un revenu annuel de CHF 17'680.00 et comme serveur pour les 80% restants, à un revenu annuel de CHF 37'096.80, soit un total de CHF 54'776.80.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 54'776.80
avec invalidité	CHF 55'247.10

Dans une activité adaptée à temps complet, vous ne subissez donc aucun préjudice économique."

Dans une lettre du 1^{er} mars 2011, l'assuré a contesté ce projet de décision en indiquant qu'il s'était soumis à une expertise complète et qu'il souffrait de problèmes de muscles aux deux jambes, d'un problème de dos côté gauche "avec une provocation à la nuque et au doigt de pied", d'un blocage de quatre doigts du pied gauche et de perte de mémoire.

Consulté par l'assuré, le Prof. W._____, neurologue FMH, a proposé le 5 avril 2011 au Dr I._____ de procéder à des investigations supplémentaires sur la base notamment de ce qui suit :

"Au status neurocomportemental, je trouve un patient qui est orienté dans le temps et dans l'espace, qui a un langage fluent de quelqu'un qui parle une langue étrangère. Il est un peu logorrhéique et a de la peine de se prononcer de façon précise. (...)
Il y a une forte dissociation entre sa relative vivacité de contact et la lenteur anormale dans des situations de test. (...)

Au status neurologique complet, je trouve un patient qui peut marcher normalement et même courir, qui peut marcher sur les pointes de pied et les talons (...). La force dans toute la musculature est entièrement intacte. Il n'y a pas d'atrophie et je n'ai pas observé de fasciculations. La coordination est normale aux membres supérieurs et inférieurs. Il y a un érythème palmaire bilatéral.

(...)

En conclusion, je trouve un patient avec des déficits et/ou plaintes dans quatre domaines :

- 1) Il est mentalement très ralenti avec des troubles de mémoire, non-amélioré par l'indigage, des troubles de la compréhension verbale, et des troubles de calcul. Il a une MMS de 23/30 et une bref BREF de 6/18 avec des signes d'atteinte frontale majeure. Cet examen neurocomportemental et neuropsychologique contraste fortement avec sa performance hors situation test, au point où je pense qu'il est quasi ininterprétable. Si ses performances correspondaient à une réalité ce patient serait dément mais surtout aurait une démence frontale voire fronto-temporale.
- 2) Je trouve un syndrome lombo-vertébral bas irritatif en L5/S1 gauche.
- 3) Il présente des signes médullaires avec une incertitude au Funambule et au Romberg, des réflexes achilléens cloniques et un déficit de la sensibilité profonde.
- 4) Il présente des plaintes de "blocages" douloureux des muscles des cuisses et mollets."

Dans un avis médical du 7 juin 2011, les Drs V._____ et C._____ du SMR ont indiqué que le Dr I._____ les avait informés par téléphone que l'imagerie cérébrale n'avait pas pu être réalisée en raison de l'état de panique de l'assuré et que les analyses sanguines n'apportaient rien de plus; les médecins SMR proposaient de mettre en œuvre une expertise neurologique.

Mis en œuvre par l'OAI, le Dr N._____, spécialiste FMH en neurologie, ancien chef de clinique et médecin adjoint au CHUV, a déposé son rapport le 16 août 2011, qui contient une anamnèse complète, un exposé des plaintes et données subjectives de l'assuré, des constatations objectives (examens, ENMG, description et conclusion, EEG, Echo-Doppler carotidien vertébral et sous-clavier). On peut lire notamment ce qui suit :

"4. Diagnostic :

4.1 Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

- Douleurs des membres inférieurs d'origine indéterminée (présentes depuis 2008).
- Lombo-"sciatalgies" gauches et blocages douloureux du membre inférieur d'origine indéterminée (présentes depuis le 18.03.2010).
- Troubles neuropsychologiques sans substrat somatique certain (présents depuis septembre 2010).

5. Appréciation du cas et pronostic :

Il s'agit d'un patient dont une anamnèse précise est difficile à obtenir.

Sur le plan socio-professionnel, M. R._____ est un homme âgé actuellement de 38 ans, marié, père de 3 enfants mineurs, originaire du Kosovo, formé dans la restauration/hôtellerie, ayant exercé comme dernières activités lucratives celles de directeur de cabaret puis de vendeur indépendant de voitures d'occasion.

Actuellement, M. R._____ est au bénéfice d'une incapacité de travail de 80% pour raisons médicales depuis 2008/2009.

Aux dires du patient, les causes actuelles d'incapacité de travail sont triples : tout d'abord, depuis 2008, M. R._____ se plaint d'une symptomatologie douloureuse au niveau des 2 membres inférieurs à prédominance droite s'étant manifestée semble-t-il initialement sous forme de crampes douloureuses. Par la suite, la symptomatologie s'est modifiée, évoluant vers la situation actuelle soit des douleurs « musculaires » constantes au niveau des 2 membres inférieurs à prédominance droite (cuisse et mollet), douleurs constantes se compliquant selon les mouvements et à la marche de douleurs aiguës à type d'étau/serrement/décharges électriques. Il n'y a pas d'impairité motrice ni de troubles sensitivo-moteurs associés. Le patient déclare que les muscles « bougent tout seul ».

En raison des troubles susmentionnés, toute une série d'investigations ont été pratiquées dont 3 ENMG dont un aurait révélé (par électrode de surface en raison du refus du patient de se soumettre à un examen par électrode-aiguille) des fasciculations dans les muscles jambier antérieur et jumeau interne. Les bilans neurographiques se sont toujours avérés normaux avec l'absence d'éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique ou tronculaire. Relevons également qu'un dosage des CK, une sérologie pour maladie de Lyme, HIV et luës se sont avérés normaux. Par contre, les examens sanguins pratiqués par le Dr I._____ et le Dr T._____ ont révélé une discrète diminution du magnésium et de la vitamine D, carences qui ont été substituées sans effet sur les plaintes.

De très nombreux médicaments ont été tentés pour lutter contre les phénomènes douloureux comportant l'utilisation de magnésium, de relaxants musculaires, d'anti-épileptiques, d'anticalciques et d'anti-épileptiques, sans effet significatif de même que l'administration de

sulfate de quinine. Sur le plan diagnostique, le Prof. Q._____ a retenu le diagnostic de crampes/fasciculations.

Les troubles précités sont à l'origine de incapacité de travail ordonnée par le Dr I._____.

Actuellement, les troubles susmentionnés persistent sans changement.

Deuxièmement, d'apparition soudaine le 18.3.2010, M. R._____ se plaint d'une douleur paravertébrale lombaire gauche ayant irradié d'une part en direction de la nuque et d'autre part le long du membre inférieur gauche jusqu'au niveau des derniers orteils.

En raison de la symptomatologie susmentionnée, une IRM lombosacrée a été effectuée le 1.10.2010 qui n'a révélé qu'une discopathie débutante L4-L5 avec une petite protrusion latérale gauche dans le canal de conjugaison, toutefois sans évidence de compression radiculaire.

Actuellement, persistent des douleurs lombaires se compliquant de sortes de blocages douloureux globaux du membre inférieur gauche à prédominance des orteils, douleurs exacerbées par certains facteurs positionnels et le port de charges.

Après échec d'une tentative de traitement de physiothérapie, le traitement actuel comporte Dafalgan et Olfen 50.

Aux dires du patient, les douleurs lombaires contribuent à l'incapacité de travail complète.

Enfin, depuis septembre 2010, M. R._____ se plaint de troubles neuropsychologiques à type de troubles de la mémoire et de phénomènes de désorientation occasionnelle subite. Il doit tout écrire.

En raison des troubles susmentionnés, M R._____ a consulté le Prof. W._____, neurologue et neuropsychologue, ancien chef de service du service de neurologie des HUG. Le Prof. W._____ a effectué un examen neurologique et neuropsychologique.

A l'examen neurologique, le Prof. W._____ a constaté une hyperréflexie achilléenne bilatérale, une altération de la sensibilité posturale et vibratoire des membres inférieurs et une instabilité au Romberg ainsi qu'à la marche du funambule lui ayant fait suspecter une atteinte médullaire cordonale postérieure.

S'agissant du bilan neuropsychologique. le Prof. W._____ a constaté des anomalies à la fois majeure et incohérente de telle sorte qu'il a conclu que son status neurocomportemental, contrastant fortement avec les performances hors situation test, était quasi ininterprétable compte tenu de l'importance, de l'incohérence des résultats et,

comme précité, de la discordance avec les capacités persistantes neuropsychologiques effectives du sujet.

Le Prof. W._____ a néanmoins proposé de pratiquer plusieurs examens dont une IRM ou un CT-scan du cerveau, un VDRL, un génotype Apo E, un dosage de la Vitamine B12 et une IRM médullaire, Il a également proposé de doser les CK et les anticorps VGPC et enfin de reconstrôler la TSH.

Conformément à la proposition du Prof. W._____, le Dr I._____ a fait pratiquer les examens suggérés. Ces derniers figurant au dossier, nous pouvons conclure que le dosage de la vitamine B12 et des CK s'est avéré normal, que la sérologie pour luès et HIV était normale également et que les anticorps VGPC étaient négatifs. Par contre, les valeurs de TSH étaient à nouveau modérément élevées. S'agissant des examens radiologiques, ces derniers n'ont pas été possibles en raison d'une réaction claustrophobique de la part du sujet

Actuellement. M. R._____ se plaint de la persistance de ses troubles de mémoire, sans changement significatif, participant également à l'incapacité de travail.

A l'examen neurologique, on se trouve en face d'un sujet logorrhéique, peu précis dans ses déclarations, ne pouvant donner l'âge de ses enfants, mais à d'autres moments tout à fait précis dans les dates, notamment d'apparition de ses troubles. A l'examen du rachis cervico-dorso-lombaire, on note une limitation modérée de la mobilité de la nuque avec provocation de douleurs lombaires. L'examen du rachis dorso-lombaire ne révèle pas de contracture significative de la musculature paravertébrale dont la région paravertébrale gauche paraît fortement sensible à la pression même légère. La flexion latérale dorso-lombaire est bonne, mais douloureuse au niveau lombaire gauche. La flexion antérieure maximale paraît limitée avec une distance doigts-sol de 40 cm et provocation d'une douleur lombaire gauche. Contrairement à ce qui a été observé par le Prof. W._____, les différentes épreuves de marche sont actuellement correctement exécutées hormis une instabilité légère à l'épreuve de Romberg. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. L'examen des membres supérieurs est normal hormis une chute freinée du membre supérieur droit. A relever l'absence de toute activité musculaire anormale, d'amyotrophie et de faiblesse significative. Les réflexes tendineux restent faibles mais encore dans les normes. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle et profonde avec une pallesthésie à 8/8 ddc. A l'examen des membres inférieurs, si l'épreuve des jambes fléchies est sans chute, les mouvements rapides sont ralentis ddc de façon plus prononcée à droite. La manoeuvre de Lasègue semble douloureuse dès 25-30° ddc avec provocation de douleurs au niveau de la musculature paravertébrale lombaire gauche. La trophicité musculaire est bien préservée avec notamment l'absence de fasciculations ou d'autres activités musculaires anormales visibles et de réaction myotonique. Les réflexes rotuliens restent bilatéralement

faibles, mais encore dans les normes alors que les réflexes achilléens sont normalement présents, actuellement sans vivacité anormale. Le cutané plantaire est toujours en flexion ddc. Le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés sans déficit moteur évident. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées et il n'y a pas d'altération du tonus. La sensibilité superficielle est intacte. La sensibilité posturale est normale au moment du présent examen et on ne retrouve pas les troubles identifiés par le Prof. W._____. Quant à la pallesthésie, celle-ci est à 5/8 ddc, ce qui est à la limite inférieure de la norme pour l'âge du patient.

En bref, un examen clinique à considérer comme sans anomalies neurologiques périphériques ou centrales certaines, bien qu'on retrouve quelques hésitations à l'épreuve de Romberg, des réflexes généralement peu vifs et une pallesthésie des membres inférieurs à la limite inférieure de la norme. A relever tout particulièrement au présent bilan l'absence de fasciculations ou d'autres activités musculaires anormales.

L'examen clinique a été complété par un ENMG des 2 membres inférieurs. Cet examen a été effectué dans des conditions difficiles, M. R._____ se refusant dans un premier temps à l'examen, prétextant que le 1er EMG pratiqué par le Dr X._____ est à l'origine de l'exacerbation de sa symptomatologie douloureuse au niveau des membres inférieurs. Néanmoins, dans un deuxième temps, après que l'examineur eut expliqué au patient les conséquences asséculo-logiques de son refus, l'examen a été effectué, dans des conditions difficiles, le patient n'ayant pas développé totalement la force contre résistance et ayant refusé l'examen du jumeau interne gauche.

Compte tenu des éléments susmentionnés, l'ENMG ne permet pas d'objectiver actuellement la présence de fasciculations ou d'autres activités musculaires anormales. Les tracés aux mouvements sont normalement riches pour la qualité d'effort obtenue cliniquement avec notamment une morphologie et une amplitude des unités motrices satisfaisantes. Il n'y a pas de réaction myotonique post-mouvement ou d'une autre activité anormale.

Compte tenu des plaintes formulées par le patient, nous avons encore procédé à un EEG qui est normal, notamment sans évidence d'activité épileptogène qui aurait pu expliquer les phénomènes de confusion brève soudaine. L'écho-Doppler des vaisseaux précérébraux est également normal.

Au terme du présent bilan, pour ce qui est des douleurs persistantes au niveau des deux membres inférieurs, la description actuelle des troubles, les constatations cliniques et le résultat de l'ENMG ne permettent plus de retenir le diagnostic de crampes-fasciculations étant donné encore une fois la description des troubles, l'absence de

fasciculations à l'examen clinique et l'absence de fasciculations à l'ENMG. La description des troubles, l'examen clinique, le résultat de l'ENMG et la normalité du dosage des CK n'apportent pas d'arguments significatifs en direction d'une pathologie musculaire de type myopathie. Il n'y a pas non plus d'éléments en direction d'une neuromyotonie ou d'une autre forme de myotonie étant donné le caractère des plaintes, les constatations cliniques, le résultat de l'ENMG et la négativité du dosage des anticorps anti-VGPC. Une origine systémique aux troubles au travers une hypomagnésémie, une dysfonction thyroïdienne, une altération de la parathormone reste théoriquement envisageable, mais nous n'avons pas sur le plan anamnestique, clinique et sur la base des examens complémentaires pratiqués jusqu'ici d'éléments déterminants en faveur d'une pathologie de cet ordre, l'élévation de la TSH ne pouvant être considérée comme expliquant en soi les troubles.

En conclusion, pour ce qui est de la symptomatologie douloureuse des membres inférieurs à l'origine de l'incapacité de travail initiale, l'étude du dossier, l'anamnèse, les constatations cliniques et le résultat des examens complémentaires n'apportent pas d'arguments déterminants en faveur d'une origine somatique neurologique ou systémique à l'origine des troubles dont la réalité reste fortement incertaine.

Comme examens complémentaires, on pourrait songer à pratiquer encore une biopsie musculaire mais je ne pense pas qu'au vu des éléments à notre disposition cet examen se justifie sur un plan clinique.

A relever que, compte tenu du contexte global et du comportement du patient, des facteurs de majoration des symptômes au vu d'obtention d'une rente doivent être évoqués.

S'agissant des douleurs lombaires gauches apparues en mars 2010, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une origine somatique aux troubles. En effet, l'examen clinique ne révèle pas de franc syndrome lombo-vertébral même si la flexion antérieure lombaire maximale paraît limitée. L'examen clinique ne démontre pas de signes d'irritation/déficit radiculaire évidents. L'ENMG ne démontre pas non plus de signes d'irritation radiculaire notamment L5 même s'il n'a pas été possible d'examiner le myotome S1 étant donné que le patient a refusé de répéter l'introduction de l'aiguille dans le jumeau interne gauche. Enfin, l'IRM lombosacrée effectuée à la demande du Dr I. _____ au CIM ne démontre pas de compression radiculaire même s'il existe une petite protrusion foraminale L4-L5 gauche sans évidence de compression radiculaire sur le plan radiologique mais également au présent bilan puisque le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils dépendent du myotome L5 et sont normaux.

Pour les éléments susmentionnés, je conclus que, en ce qui concerne les lombalgies et les phénomènes de blocage douloureux du membre

inférieur gauche, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique et notamment d'une souffrance radiculaire à l'origine des troubles. Il n'y a pas non plus d'éléments en direction d'une atteinte tronculaire.

S'agissant des troubles de la mémoire et des épisodes de confusion, on se référera essentiellement à l'examen pratiqué par le Prof. W._____. Le bilan neuropsychologique effectué par le Prof. W._____ s'est avéré en fait ininterprétable en raison de l'incohérence des résultats contrastant par ailleurs avec de bonnes capacités en dehors de la situation de test évoquant, dans le contexte global, la possibilité d'un manque de participation involontaire ou volontaire dans le passage du test. Etant donné les constatations du Prof. W._____, j'ai renoncé à pratiquer un nouveau bilan neuropsychologique qui n'aurait vraisemblablement pas été interprétable de façon satisfaisante également.

Compte tenu du résultat du bilan pratiqué par le Prof. W._____ et à moindre degré la normalité de l'EEG, compte tenu également du profil Apo E (Apo E 3/Apo E 3), la probabilité d'une évolution démentielle ou d'une autre affection majeure du système nerveux central paraît extrêmement peu probable et, dans le contexte global, la possibilité d'un facteur de surcharge dans le but d'obtenir une rente doit à nouveau être évoquée.

S'agissant des discrètes anomalies mises en évidence par le Prof. W._____ au niveau des membres inférieurs, je ne pense pas que M. R._____ présente effectivement une hyperréflexie achilléenne pathologique en l'absence d'autres signes d'atteinte pyramidale. Je n'ai pas retrouvé l'altération de la sensibilité posturale relevée par le Prof. W._____ et les valeurs de pallesthésie, quoiqu'un peu médiocres, sont, comme mentionné plus haut, dans les limites de la norme. Je considère donc que les anomalies neurologiques relevées par le Prof. W._____ sont actuellement sans signification pathologique évidente d'autant plus que le dosage de la vitamine B12 et les différentes sérologies se sont avérés négatifs.

En conclusion, compte tenu de l'ensemble des éléments mentionnés ci-dessus, le présent expert estime n'avoir pas démontré l'existence d'une pathologie neurologique ou d'une pathologie systémique à expression neurologique significative expliquant les différentes plaintes formulées par le patient. En conséquence de ce qui précède, il n'est pas possible au présent examinateur de retenir l'existence d'une incapacité de travail significative tant dans les activités exercées préalablement que dans toutes activités potentiellement exigibles.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique

Aucune limitation.

Au plan psychique et mental

Aucune limitation.

Au plan social

Inconnu de la part du présent expert.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

Pour les éléments développés plus haut, malgré l'importance et la multiplicité des plaintes exprimées par M. R. _____, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une affection neurologique, périphérique ou centrale ainsi que d'une affection musculaire justifiant une incapacité de travail dans les activités exercées préalablement soit celle de directeur de cabaret et de vendeur/préparateur de voitures d'occasion. Cette absence d'incapacité de travail est valable dès l'apparition des troubles et la reconnaissance par le Dr I. _____ d'une incapacité de travail. La pleine capacité de travail est restée inchangée depuis l'apparition des troubles jusqu'ici.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Compte tenu du maintien d'une pleine capacité de travail dans les activités exercées préalablement, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.

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

Pour les éléments développés plus haut, de très nombreux traitements ont été tentés pour les différents problèmes de santé présentés par M. R. _____ (hormis les troubles mnésiques), sans effet significatif sur les plaintes et sur la capacité de travail. Compte tenu du fait que le présent bilan de même que les examens pratiqués préalablement ne démontrent pas de façon claire l'existence d'une pathologie neurologique ou systémique justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une modification du poste de travail.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

En principe, il n'y a pas lieu de se prononcer sur cette question puisque la capacité de travail est complète dans les activités exercées en dernier lieu. Néanmoins, sur un plan théorique, d'autres activités sont effectivement exigibles, à plein temps avec un rendement de 100% et sans limitation fonctionnelle."

Dans un avis du 29 août 2011, les Drs V. _____ et C. _____, du SMR, ont constaté que, selon l'expert, la pleine capacité de travail était restée inchangée depuis l'apparition des troubles, que cette expertise était convaincante et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de celle-ci.

Par décision du 30 novembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente et proposé une aide au placement pour des motifs identiques à ceux développés dans le projet de décision.

B. Par acte du 28 décembre 2011, R. _____ a recouru contre cette décision. Cet acte ne satisfaisant pas aux exigences légale de forme, un nouveau délai de dix jours dès réception du courrier du juge instructeur a été imparti le 20 janvier 2012 au recourant pour déposer un nouvel acte de recours, ce que ce dernier a fait le 30 janvier 2012 en contestant la décision de l'OAI, invoquant en substance ses problèmes de dos, ceux des muscles des jambes et celui de perte de mémoire.

Dans sa réponse du 12 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à l'expertise neurologique effectuée le 16 août 2011 par le Dr N. _____ selon laquelle le recourant ne présente aucune pathologie neurologique ou systémique à expression neurologique et aucune limitation ou incapacité de travail dans ses activités habituelles.

Dans sa réplique du 23 avril 2012, le recourant a relevé en substance que les rapports des médecins étaient contradictoires pour le problème de dos, que les douleurs dans les muscles des deux jambes étaient si fortes que les investigations n'ont pas pu être poursuivies et qu'il ne jouit plus d'une excellente mémoire. A ce courrier étaient joints notamment les nouveaux documents suivants :

- Un rapport établi le 21 mars 2011 par la Dresse G._____, spécialiste FMH en neurologie, qui pose le diagnostic de "syndrome de crampes-fasciculations" et émet la conclusion suivante :

"Il s'agit donc d'un patient qui présente, depuis 2008, des crampes et des douleurs musculaires dans n'importe quelle position, mais plus marquées la nuit, touchant essentiellement les MI.

Compte tenu de l'évolution clinique et des différents neurologues qui ont déjà examiné le patient, je pense que l'on peut conclure à un syndrome de crampes-fasciculations, qui est une entité clinique rare, et qui est décrite comme bénigne, en raison de l'absence de faiblesse et d'atrophie associées, mais qui peut parfois précéder l'apparition d'une atteinte du motoneurone. Ce syndrome crampes-fasciculations est souvent idiopathique et théoriquement associé à une hyperexcitabilité du nerf périphérique, dont les autres pathologies connues sont les neuromyotonies qui peuvent être associées à des anticorps anti-VGKC, et également s'associer à des syndromes paranéoplasiques. L'évolution sur plusieurs années, sans progression de l'atteinte neurologique, hormis anamnétique, ni de modification de l'ENMG parle plutôt contre une neuromyotonie débutante ou une maladie du motoneurone.

Ce syndrome crampes-fasciculations peut être handicapant et peut répondre à un certain nombre de médicaments qui ont tous été essayés par le CHUV, mais sans bénéfice chez ce patient.

Il faut donc admettre que ce patient présente un handicap lié à sa pathologie neurologique, même si celle-ci fait partie d'une pathologie dite bénigne, et ce handicap est lié essentiellement à des phénomènes douloureux et l'impossibilité de maintenir un effort prolongé au niveau des MI.

Je pense que dans une activité professionnelle qui ne nécessite pas de station prolongée dans une position ou d'effort physique important des MI, il existe une capacité résiduelle de travail chez ce patient qu'il m'est difficile actuellement de chiffrer. Par contre, dans toute activité qui nécessite une station fixe prolongée ou une activité avec des efforts de marche ou d'autres efforts des MI, me semble compromise chez ce patient."

- Un certificat médical établi le 29 septembre 2011 par le Dr I._____, attestant une incapacité de travail dès le 15 octobre 2009 et une reprise du travail possible à 20% dès le 18 mars 2010.

- Un certificat établi le 10 novembre 2011 par le Dr P._____, du Centre d'Imagerie de [...], à la demande du patient, où l'on lit

notamment : "vous avez effectué deux IRM lombaires dans notre institut, l'une le 1^{er} octobre 2010 et la seconde le 26 septembre 2011. Ces examens portent essentiellement sur les structures médianes du dos et ne peuvent démontrer toutes les pathologies qui se trouvent en situation paramédiane, notamment au niveau de la fesse gauche et des irradiations douloureuses jusqu'à l'omoplate et la jambe gauche respectivement, comme vous le mentionnez sur votre schéma ci-joint".

- Un rapport médical établi le 28 novembre 2011 par le Dr S._____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine interne et en médecine physique et réhabilitation, à l'intention du Dr I._____, où l'on peut lire notamment :

"Diagnostics

- Lombosciatalgies gauches.
 - Tendinopathie du muscle pyramidal.
 - Troubles fonctionnels de l'articulation sacro-iliaque gauche.
 - Troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec bascule du bassin de 1.5 cm en défaveur de la gauche (radiographie du 15.09.2011).
 - Scoliose dorso-lombaire à convexité lombaire gauche.
 - Discopathie L4-L5 (IRM du 01.10.2010 et du 26.09.2011).
 - Relâchement de la sangle abdominale avec hernie ombilicale.
- Obésité, (BMI 31kg/m2).
- Allergie : poussière et parfums.

Motif de consultation

Monsieur R._____ a présenté le 18.03.2010, au réveil, des douleurs lombaires basses à gauche irradiant à la face postérieure du membre inférieur gauche jusque dans les 4 derniers orteils. (...) Parallèlement, une irradiation à l'épaule gauche survenant par à-coup sans facteur déclenchant s'est développée dès le 25.07.2011.

Antécédents

Les investigations auraient été conduites en Neurologie au CHUV pour des douleurs à type de serrements des membres inférieurs.

Votre patient ne fournit pas de documentation ni compte-rendu médical ou autre information plus précise concernant ces examens.

(...)

Appréciation et propositions

Monsieur R. _____ m'a consulté pour un avis concernant ses plaintes dont il souffre ainsi que la capacité de travail. Les troubles fonctionnels du rachis, en particulier de l'articulation sacro-iliaque gauche, pourraient expliquer au moins une partie des plaintes de votre patient. Les tendinopathies du muscle pyramidal, du fait de leur rapport anatomique avec le nerf sciatique, peuvent être à l'origine d'un syndrome de défilé dû à une compression du nerf sciatique et gêner grandement à la marche, dont le schéma est rendu anormal.

J'ai prescrit à votre patient 9 séances de physiothérapie d'étirements progressifs du muscle pyramidal gauche ainsi que de la musculature de la racine des membres inférieurs, et d'enseignement d'exercices de tonification lombo-abdominale et de correction de posture. J'ai remis à votre patient une notice concernant les mesures de protection articulaire du rachis et contenant des exercices de base.

D'autre part, j'ai remis à votre patient une ordonnance pour une talonnette d'épaisseur d'un demi-centimètre, à insérer dans la chaussure gauche afin de compenser partiellement l'insuffisance de longueur des membres inférieurs pouvant contribuer à des dysbalances musculaires de la région fessière gauche.

Je vous propose d'effectuer le bilan sanguin au cas où il ne figurerait pas déjà au dossier: vitesse de sédimentation, CRP, formule sanguine complète, recherche de l'antigène HLA-B27, HIV, tréponèmes, gonocoques, maladie de Lyme, TSH, créatine, tests hépatiques, glucose, électrophorèse des protéines, CK et aldolases, sédiment urinaire avec recherche de clamidia.

Sur le plan rhumatologique et au vu des éléments relevés à disposition, je ne retiens pas d'indication à une incapacité de travail de longue durée."

- _____ Un certificat médical établi le 20 décembre 2011 par le Dr I. _____ attestant une incapacité de travail dès le 15 octobre 2009 et une reprise du travail possible à 20% dès le 18 mars 2010.

- _____ Un rapport physiothérapeutique établi le 12 décembre 2011 par le Centre Médical de [...] posant le diagnostic : "Lombosciatalgie G, Tendinopathie du muscle pyramidal G, troubles fonctionnel de l'articulation sacroiliaque G", recommandant une rééducation en piscine chaude et indiquant que le patient ne souhaitait alors pas faire d'exercice.

- _____ Un certificat médical établi le 10 février 2012 par le Dr I. _____ attestant une incapacité de travail dès le 15 octobre 2009 et une reprise du travail possible à 20% dès le 18 mars 2010.

- Un certificat médical établi le 25 février 2012 par le Dr B. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, dont il ressort notamment :

"DIAGNOSTIC

- Lombosciatalgies G chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec discopathie L4-L5 et surcharge articulaire postérieure L4-L5, L5-S1
- Périarthrite d'accompagnement de la hanche G (syndrome du muscle pyramidal)
- Syndrome sacro-iliaque G
- Troubles statiques du rachis (bascule du bassin G et scoliose dorso-lombaire)
- Obésité avec insuffisance de la sangle abdominale.

(...)

CONCLUSION

On retiendra donc chez ce patient des lombosciatalgies G irritatives non déficitaires en relation avec des troubles statiques (scoliose, raccourcissement du MID...) et une discopathie L4-L5, de même qu'une arthrose postérieure débutante L4-L5, L5-S1. Les douleurs sont de nature mécanique aux mouvements, positionnels et à l'effort. En revanche, les douleurs à distance, notamment dorsales et de l'omoplate sont de nature plutôt réflexes et dysfonctionnelles.

Nous nous trouvons malheureusement déjà dans une situation de syndrome douloureux chronique nécessitant une prise en charge intensive et multidisciplinaire.

Auparavant, je préconiserai encore un consilium neurologique avec EMG à la recherche d'un déficit radiculaire infraclinique. Dans le doute, on pourrait également tenter une infiltration-test périurale d'anesthésique et de stéroïdes pour voir dans quelle mesure on pourrait lever le syndrome lombosciatalgique chronique.

Finalement, ce patient devrait bénéficier d'un programme de rééducation du rachis tel qu'il est proposé à l'Unité du rachis à l'Hôpital orthopédique de Lausanne ou du Centre médical de Lavey-les-Bains.

En attendant de telles mesures diagnostiques et thérapeutiques, l'incapacité de travail dans l'activité manuelle du patient devrait se maintenir aux alentours de 80%."

Dans sa duplique du 14 mai 2012, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss 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 déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa

capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Toutefois, un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant et le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2)

En effet, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1), un rapport médical doit être pris en considération dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2 et le renvoi à ATF 99 V 98, consid. 4 et aux arrêts cités).

d) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative («Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen»); a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. Dans la motivation de son acte de recours, le recourant fait valoir qu'il souffre de plusieurs problèmes de santé.

Il convient donc d'examiner la réalité de chacune des atteintes à la santé du recourant et, surtout, leur impact sur la capacité de travail.

5. a) A l'appui de sa demande de rente, le recourant a produit trois documents médicaux qui font état de crampes musculaires aux membres inférieurs d'origine indéterminée ou peu claire (rapports des 8 octobre 2008 du Dr I._____, 8 juillet 2008 du Dr D._____ et du 11 juillet 2008 du Dr X._____). Le Dr I._____, médecin traitant a précisé le 14 septembre 2009 que ces troubles avaient commencé en juin 2008 et formulé des limitations fonctionnelles. Le Dr T._____ mentionne le 14 novembre 2008 au Dr I._____ des douleurs musculaires dont la description "évoque" des crampes. Le rapport établi le 10 février 2009 par les Drs Q._____ et K._____ parlent pour la première fois, après examen et investigations au CHUV, de "fasciculations-crampes", tout en confirmant l'absence de toute maladie musculaire évidente. Ces deux médecins exposent dans une lettre du 15 juin 2010 que le patient présente une gêne musculaire "sous forme de crampes-fasciculations possiblement associées à un syndrome des jambes sans repos" tout en relevant l'absence d'anomalies visibles aux différents bilans. Dans son rapport du 3 août 2010, le Dr K._____ conclut sur cette base que, théoriquement, aucune limitation à l'exercice d'une activité n'existe et qu'il avait été question à plusieurs reprises d'une activité professionnelle, rien ne justifiant l'arrêt d'activité "en l'absence de déficit objectivable".

A cela s'ajoute qu'au cours de l'instruction ordonnée après l'opposition du recourant au projet de décision, tant le Prof. W._____, dans son rapport du 5 avril 2011, que le Dr N._____, n'ont pas constaté de fasciculations, à l'issue d'investigations importantes. Le Dr N._____ a "tout particulièrement" relevé l'absence de fasciculations et celles d'autres activités musculaires anormales, en écartant expressément ce diagnostic, ainsi que l'absence de réaction myotonique post-mouvement ou autre

activité anormale; à l'issue d'une expertise complète et conforme en tous points aux exigences jurisprudentielles, l'expert a conclu qu'il n'existe pas d'argument déterminant en faveur d'une origine somatique neurologique ou systémique à l'origine des troubles "dont la réalité est fortement incertaine" et en relevant qu'en raison du "contexte global et du comportement du patient, des facteurs de majoration des symptômes" en vue de l'obtention d'une rente "doivent être évoqués". L'appréciation du Dr N._____, selon laquelle le recourant ne présente pas de fasciculations, est confortée par l'avis du Prof. W._____.

Sur la base des constatations concordantes du Prof. W._____ et du Dr N._____, il n'est pas possible de retenir l'avis de la Dresse G._____, produit dans la procédure de recours seulement par le recourant, avec sa réplique du 23 avril 2012, alors que cet avis a été établi le 21 mars 2011, soit plus d'une année auparavant. Quoiqu'il en soit, la Dresse G._____ souligne que le syndrome de crampes-fasciculations est une entité clinique rare et décrite comme bénigne, en raison de faiblesse et d'atrophie associées, mais est incapable d'évaluer la capacité résiduelle de travail chez le recourant, tout en admettant une capacité résiduelle de travail avec des limitations fonctionnelles. Du point de vue neurologique, force est de constater une capacité de travail entièrement intacte chez le recourant en l'absence de fasciculations.

b) Après réception du projet de décision du 23 février 2011 envisageant le refus d'une rente, le recourant s'est plaint par lettre du 1^{er} mars 2011 de problèmes de mémoire. A ce sujet, le Prof. W._____ constate le 5 avril 2011 que l'examen "neurocomportemental et neuropsychologique contraste fortement avec [la] performance hors situation test" au point que ce médecin juge cet examen "quasi ininterprétable" et indique que, si les performances correspondaient à la réalité, le "patient serait dément, mais surtout aurait une démence frontale voire fronto-temporale". Quant au rapport d'expertise du 16 août 2011, il fait état de plaintes au sujet de "troubles de la mémoire et de phénomènes de désorientation occasionnelle subite", ainsi que du contraste entre les déclarations du recourant, qui ne peut donner l'âge de

ses enfants, et sa mémoire sans faille au sujet d'autres moments "tout à fait précis dans les dates, notamment d'apparition de ses troubles". Pour les troubles de mémoire, l'expert N._____ se réfère "essentiellement" à l'examen pratiqué par le Prof. W._____ pour considérer comme "extrêmement peu probable" la probabilité d'une évolution démentielle ou d'une autre affection majeure du système nerveux central. Pour les problèmes de mémoire, l'expert indique que, dans le contexte global, "la possibilité d'un facteur de surcharge dans le but d'obtenir une rente doit à nouveau être évoquée".

L'hypothèse de l'expert peut d'autant moins être écartée que, ni le rapport du 28 novembre 2011 du Dr S._____, ni le rapport du 25 février 2012 du Dr B._____ qui contiennent tous deux un diagnostic complet et qui sont tous deux largement postérieurs au dépôt du rapport d'expertise d'août 2011 par le Dr N._____ signalant l'apparition des troubles neuropsychologiques en septembre 2010 (et à plus forte raison, aussi postérieurs au dépôt du rapport du Prof. W._____), ne font état d'un quelconque trouble de mémoire ou d'orientation chez le recourant.

c) Par ailleurs, en avril 2011, le Prof. W._____ a découvert un "syndrome lombo-vertébral bas irritatif" à gauche et "des signes médullaires". L'expert N._____ précise en août 2011 que les douleurs lombaires gauches sont apparues en mars 2010, mais que son bilan n'apporte pas la preuve d'une origine somatique aux troubles, en particulier que l'examen clinique ne démontre pas de signes d'irritation ou de déficit radiculaire évidents, ou encore de compression radiculaire. Le Dr N._____ conclut qu'en ce qui concerne les lombalgies et les phénomènes de blocage douloureux du membre inférieur gauche, il n'y a pas de preuve d'une atteinte neurologique, notamment d'une souffrance radiculaire à l'origine des troubles, ni d'éléments en direction d'une atteinte tronculaire. Enfin, le Dr N._____ observe que les "discrètes anomalies mises en évidence par le Prof. W._____" sont sans signification pathologique évidente.

Toutefois, l'expert N._____ a répondu aux questions posées du point de vue neurologique seulement, en précisant "n'avoir pas démontré l'existence d'une pathologie neurologique ou d'une pathologie systémique à expression neurologique significative expliquant les différentes plaintes formulées par le patient". Les limites de l'expertise sont ainsi clairement posées, comme le sont celles des rapports antérieurs émanant de la même spécialité médicale. Or, les plaintes du recourant entrent aussi dans le domaine de la rhumatologie, ce qu'attestent deux spécialistes en rhumatologie consultés après le dépôt du rapport d'expertise. Ceux-ci ont retenu des éléments objectifs nouveaux.

Le Dr S._____ pose notamment les diagnostics de tendinopathie du muscle pyramidal et de relâchement de la sangle abdominale avec hernie ombilicale, alors que le Dr B._____ diagnostique notamment une périarthropathie d'accompagnement de la hanche gauche (syndrome du muscle pyramidal), un syndrome sacro-iliaque gauche et une obésité avec insuffisance de la sangle abdominale. Ces deux spécialistes s'accordent sur la nécessité d'un traitement, mais divergent sur l'importance et la durée de celui-ci. Le Dr S._____ prescrit des mesures de physiothérapie et retient une pleine capacité de travail, alors que le Dr B._____ constate une situation de syndrome douloureux chronique nécessitant une prise en charge intensive et multidisciplinaire et admet dans l'attente une incapacité de travail dans l'activité manuelle du recourant d'environ 80%. En présence d'un tel désaccord entre les avis médicaux sur le plan rhumatologique, la Cour de céans se trouve dans l'impossibilité de privilégier une thèse par rapport à l'autre. Il n'est pas davantage envisageable de requérir une clarification à l'expert neurologue pour trancher entre les points de vue des rhumatologues. Dès lors, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour compléter l'instruction, plus précisément pour confier à un spécialiste une mission d'expertise sur le seul plan rhumatologique.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour

complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Il n'est pas alloué de dépens, le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 30 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** L'arrêt est rendu sans frais.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :