

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 al. 2 et 43. al. 2 et 3 LPGA.

E n f a i t :

A. Le 21 décembre 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt (AI 371/11 - 5/2013) dont l'état de fait est le suivant :

"**A.** S._____, né le [...] 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, V._____, Assurance-maladie a déposé auprès de l'OAI [Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud] 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 A._____, 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 F._____, 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 Z._____, 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 électroneuromyographique du même jour de ce médecin [...] 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 A._____ 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 A. _____ :

- Un rapport établi le 14 novembre 2008 par le Dr K. _____, 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 B. _____, professeur titulaire, responsable de l'unité nerf-muscle du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier G. _____), et par W. _____, 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 N. _____ 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 Centre hospitalier G. _____. 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 [W._____] 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 B._____, et W._____ 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 N._____ s'est référé aux rapports des 3 mai 2010 du Dr A._____ et 3 août 2010 du Dr W._____ 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 [B._____] , O._____ et H._____, du Service de neurologie du Centre hospitalier G._____, 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 A._____ 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 N._____ a confirmé les conclusions du rapport SMR du 1^{er} décembre 2009 au

regard du rapport du 22 octobre 2010 du Centre hospitalier G._____, 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 13ème 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 54'776.60
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. T._____, neurologue FMH, a proposé le 5 avril 2011 au Dr A._____ 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 fluide 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'indiçage, 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 P._____ et Q._____ du SMR ont indiqué que le Dr A._____ 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 oeuvre une expertise neurologique.

Mis en oeuvre par l'OAI, le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie, ancien chef de clinique et médecin adjoint au Centre hospitalier G._____, 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-boppler 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. S. _____ 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. S. _____ 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. S. _____ 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'impatience 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 A. _____ et le Dr K. _____ 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. B. _____ a retenu le diagnostic de crampes/fasciculations.

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

Actuellement, les troubles susmentionnés persistent sans changement.

Deuxièmement, d'apparition soudaine le 18.3.2010, M. S. _____ 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. S._____ 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 S._____ a consulté le Prof. T._____, neurologue et neuropsychologue, ancien chef de service du service de neurologie des Hôpitaux D._____. Le Prof. T._____ a effectué un examen neurologique et neuropsychologique.

A l'examen neurologique, le Prof. T._____ 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. T._____ 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. T._____ 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. T._____, le Dr A._____ 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. S. _____ 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. T. _____, 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. T. _____. 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. S._____ se refusant dans un premier temps à l'examen, prétextant que le 1er EMG pratiqué par le Dr Z._____ 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 asséurologiques 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-boppler 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 A. _____ au [...] 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. T. _____. Le bilan neuropsychologique effectué par le Prof. T. _____ 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. T. _____, 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. T. _____ 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. T. _____ au niveau des membres inférieurs, je ne pense pas que M. S. _____ 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. T. _____ 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. T. _____ 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. S._____, 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 A._____ 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. S._____ (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 P._____ et Q._____, 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, S. _____ a recouru contre cette décision. Cet acte ne satisfaisant pas aux exigences légales 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 X. _____ 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 M. _____, 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 anamnestique, 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 Centre hospitalier G. _____, 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 A. _____ 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 C. _____, 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 J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine interne et en médecine physique et réhabilitation, à l'intention du Dr A. _____, où l'on peut lire notamment :

"Diagnostics

Lombosciatalgies gauches.

- o Tendinopathie du muscle pyramidal.
- o Troubles fonctionnels de l'articulation sacro-iliaque gauche.
- o 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).
- o Scoliose dorso-lombaire à convexité lombaire gauche.
- o Discopathie L4-L5 (IRM du 01.10.2010 et du 26.09.2011).
- o Relâchement de la sangle abdominale avec hernie ombilicale.

- Obésité, (BMI 31kg/m2).

- Allergie : poussière et parfums.

Motif de consultation

Monsieur S. _____ 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 Centre hospitalier G._____ 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 S._____ 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 A._____ 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 A._____ 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 R._____, 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 [...] ou du Centre médical de [...].

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."

Se fondant sur cet état de fait, la Cour des assurances sociales a retenu, dans son arrêt du 21 décembre 2012, que sur le plan

neurologique, il y avait lieu de reconnaître une pleine capacité de travail à l'assuré sur la base des constatations de l'expert X._____, confirmées par le Prof. T._____ (cf. CASSO AI 371/11 - 5/2013 du 21 décembre 2012 consid. 5a). Elle a estimé en outre que rien au dossier ne permettait de conclure à des problèmes de mémoire (cf. ibid. consid. 5b). En revanche, l'instance cantonale a considéré que l'instruction était lacunaire sous l'angle rhumatologique, les avis médicaux des Drs J._____ et R._____ n'étant pas unanimes quant au traitement à suivre et à la capacité résiduelle de travail (cf. ibid. consid. 5c). Aussi a-t-elle admis le recours de l'assuré et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens d'une expertise rhumatologique.

Cet arrêt n'a fait l'objet d'aucun recours.

B. Dans l'intervalle, le 28 septembre 2012, l'assuré a rempli un formulaire de détection précoce à l'attention de l'OAI, faisant état d'un problèmes musculaire dans les deux jambes, d'un problème de dos localisé à gauche et paralysant la jambe gauche, ainsi que d'un problème de perte de mémoire. Par la suite, le 15 novembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI invoquant les mêmes atteintes.

Le 14 février 2013, l'assuré a écrit à l'office que son problème de mollets et de cuisses s'était dernièrement empiré.

Après avoir informé l'assuré le 25 mars 2013 qu'une expertise rhumatologique allait être mise en œuvre conformément à l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012, l'OAI a fait savoir à l'intéressé, par communication du 28 mars 2013, que le mandat d'expertise avait été confié à la Dresse E._____, spécialiste en rhumatologie.

Le 28 mars 2013 également, l'assuré a adressé à l'OAI une correspondance faisant valoir qu'une analyse sur le plan rhumatologique était inutile. A ce courrier étaient notamment joints les documents suivants :

- un rapport du 27 avril 2012 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, dont la teneur est la suivante :

"Le médecin soussigné, certifie avoir vu Monsieur S._____ né en 1973, la consultation a eu lieu à [...] le 14.03.2012.

Monsieur S._____ est venu me consulter en raison d'une pseudo-sciatique G. Il est en bonne santé habituelle, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 22 ans. Il travail[le] depuis fin 2009 comme vendeur de voitures indépendant. En raison de problèmes de santé il est à l'incapacité de travail à 80% depuis le 18.03.2010.

Au status rhumatologique il y a un syndrome lombo-vertébral net avec Schober de 10/12cm, dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque G avec syndrome du muscle pyramida[l] G, il n'y a pas de syndrome lombo-radicaire irritatif ou déficitaire.

J'ai pratiqué chez Monsieur S._____ une séance de médecine manuelle sur son rachis lombaire et l'articulation sacro-iliaque G et ai montré un des exercices de stretching du muscle pyramidal G. En résumé, le patient souffre d'une pseudo-sciatique bénigne à G avec dysfonction du rachis lombosacré et accourcissement des muscles de la fesse à G. Le patient pourrait ou devrait bénéficier de séances de physiothérapie spécifiques avec mobilisation segmentaire, stretching des muscles hypo-extensibles et tonification des muscles du rachis et des abdominaux."

- un rapport du 11 septembre 2012 du Dr U._____, spécialiste en médecine interne et maladie rhumatismales, observant ce qui suit :

"Le cas de Monsieur S._____ est rendu difficile par la longue durée de ses douleurs chroniques (depuis 2010). On se trouve devant un patient présentant des lombo[s]cialgies gauches non déficitaires sur troubles statiques et lésions dégénératives L4-L5. Normalement, si le patient avait été pris en charge au début, un traitement d'infiltrations des articulaires postérieures L4- L5 et certainement L2-L3 associé à de la gymnastique vertébrale aurait dû permettre une bonne amélioration de la symptomatologie douloureuse et permettre une reprise de travail rapidement.

En raison de la longue durée de l'évolution, l'amélioration sera certainement plus difficile à obtenir. En tout état de cause, je propose de pratiquer rapidement une infiltration des articulaires postérieures L2-L3 des deux côtés puis, selon l'évolution de pratiquer une deuxième infiltration des articulaires postérieurs L4-L5 gauches. Dès l'amélioration de la symptomatologie douloureuse, il est impératif que le patient soit mis dans un programme de gymnastique vertébrale afin de renforcer sa musculature et d'associer un programme de rééducation posturale et d'assouplissement des régions enraidies par la scoliose et par l'handicap de longue durée.

Si ces mesures ne devaient pas suffire, un traitement antalgique plus important devrait être proposé utilisant des antalgiques majeurs qui pourraient être donnés soit sous forme de comprimés soit de patchs transcutanés."

- un rapport du 18 septembre 2012 du Dr Y._____, médecin responsable du Service de réadaptation neurologique, orthopédique et rhumatologique de la Clinique de WW._____, dont les conclusions sont les suivantes :

"Discussion et proposition thérapeutiques

M. S._____ présente des douleurs avec irradiations dans le membre inférieur gauche selon une topographie douloureuse L5 mais qui s'arrête à la malléole déjà, sans explication radiologique claire. Absence de déficit neurologique, si on ne tient pas compte de l'absence de possibilité de marcher sur la pointe du pied gauche et sur le talon gauche. Je ne m'explique pas clairement l'origine douloureuse.

Sur le plan thérapeutique, je confirme entièrement l'indication à un traitement multidisciplinaire intensif de renforcement musculaire, proprioceptif, ergothérapeutique qui, apparemment, est prévu à la Clinique ZZ._____ à partir du 19.09.2012, avec une prise en charge globale, avec l'objectif d'augmenter les capacités fonctionnelles malgré les douleurs présentes, voire de diminuer les douleurs d'une manière significative.

Sur le plan médicamenteux, j'ajouterais au traitement antalgique et anti-inflammatoire actuel une médication pour augmenter le seuil douloureux, par exemple la Fluctine (pas de tricyclique en raison de l'excès pondéral), avec l'objectif d'une diminution des douleurs d'1/3, après plusieurs semaines de traitement continu. Un somnifère peut être indiqué occasionnellement, au vu des troubles du sommeil présents.

Une baisse pondérale sera bienvenue, même si l'excès pondéral n'est pas clairement corrélé avec les douleurs.

Sur le plan de l'incapacité de travail, il est clair que les activités physiques ne sont plus possibles. Par contre, les activités intellectuelles, comme la vente d'automobiles en elle-même, devrai[en]t pouvoir reprendre, en particulier si le traitement de 3 semaines de ZZ._____ se révèle bénéfique.

J'ai donné au patient le formulaire de communication de détection précoce, au vu du fait qu'actuellement, seul un formulaire pour une demande de rente a été communiqué à l'AI. Le patient est partie prenante pour entrer en contact avec l'AI afin d'éviter la rente."

S'adressant à l'OAI le 2 avril 2013, l'assuré a notamment fait valoir que l'on ne pouvait suivre l'expertise du Dr X._____ dans la

mesure où ce médecin n'avait pas pu mener à terme les examens nécessaires, ceux-ci ayant provoqué des douleurs et des blocages insupportables et ayant dès lors dû être interrompus. En revanche, l'assuré a soutenu que l'existence d'une atteinte neurologique ressortait du rapport du 10 février 2009 des Drs B._____ et W._____.

A teneur d'une écriture du 4 avril 2013, l'assuré a une nouvelle fois remis en cause la pertinence d'une expertise rhumatologique. Il a également contesté à nouveau l'expertise du Dr X._____.

Toujours le 4 avril 2013, l'OAI a adressé à l'intéressé un courrier soulignant qu'aux termes de l'arrêt du 21 décembre 2012, l'instance cantonale avait ordonné un complément d'expertise portant expressément sur le plan rhumatologique. Aussi l'expertise sollicitée le 28 mars 2013 auprès de la Dresse E._____ ne pouvait-elle être remise en cause.

Dans une lettre du 9 avril 2013 à l'OAI, l'assuré a fait valoir que cet office disposait de tous les éléments nécessaires pour rendre une nouvelle décision.

En date du 13 mai 2013, le Bureau [...] - [...] (ci-après : le Bureau L._____) a convoqué l'assuré pour le 28 mai 2013 en vue d'être examiné par la Dresse E._____ dans le cadre du mandat d'expertise confié par l'OAI.

Le 14 mai 2013, l'assuré a écrit à la Dresse E._____ que l'office précité avait tous les éléments nécessaires pour rendre une nouvelle décision.

Le 21 mai 2013, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation l'enjoignant de se présenter au rendez-vous d'expertise fixé au 28 juin 2013 et l'informant qu'à défaut, il serait statué sur la base du dossier.

Aux termes d'un écrit du 25 mai 2013 se référant à la sommation susmentionnée, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il ne participerait pas à l'expertise en cause notamment en raison du fait qu'il avait eu une « *mauvaise expérience très douloureuse* » avec le Dr X._____.

Dans un projet de décision du 11 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rendre une décision de refus de rente. Dans sa motivation, il a relevé être fondé à clore l'instruction et à se prononcer en fonction des éléments au dossier compte tenu du manque de collaboration de l'intéressé, lequel avait refusé de se soumettre à l'expertise ordonnée par la Cour des assurances sociales, et ce malgré la sommation du 21 mai 2013. Cela étant, l'office a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle comme directeur de cabaret ou peintre en bâtiment, que cette capacité était en revanche entière dans une activité adaptée et qu'il n'en résultait aucun préjudice économique pour l'intéressé, eu égard à un revenu avec invalidité de 55'247 fr. 08 - sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. en 2008 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]) et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10 %) et d'un abattement de 10% - et à un gain de valide de 54'776 fr. 80.

L'assuré a fait part de ses objections le 19 juillet 2013, persistant à contester l'utilité d'une expertise rhumatologique. Dans un courrier ultérieur du 19 octobre 2013, il a conclu à l'octroi d'une « *rente considérable dans [s]on cas* ».

Le 22 octobre 2013, l'office a rendu une décision identique à son projet précité.

Aux termes d'un courrier du 29 octobre 2013, l'assuré a déclaré faire opposition [sic] à la décision de l'OAI du 22 octobre 2013, reprenant en substance les motifs invoqués dans ses précédentes

écritures et impartissant à l'office un délai au 15 novembre 2013 pour lui octroyer une rente d'invalidité « *considérable* ». Le 16 novembre 2013, l'intéressé a encore écrit à l'OAI menaçant cet office ainsi que le collaborateur chargé de la gestion de son dossier de diverses plaintes.

Par correspondance du 29 novembre 2013, l'OAI a rappelé à l'assuré que l'instance cantonale avait commandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique dans son arrêt du 21 décembre 2012 et que l'office ne pouvait se soustraire au dispositif de cet arrêt. Quant aux rapports médicaux produits postérieurement à l'arrêt cantonal, ils n'étaient pas suffisants pour permettre de statuer sur le droit à la rente. En effet, ni le Dr U._____, ni le Dr I._____ ne se prononçaient sur la capacité de travail. Pour ce qui était du Dr Y._____, ce dernier mentionnait seulement que les activités physiques n'étaient plus possibles. Dans ces conditions, l'OAI a observé que l'expertise rhumatologique demeurait nécessaire, que la décision de refus de rente du 22 octobre 2013 était pleinement fondée et qu'en cas de désaccord, il était loisible à l'assuré de déférer l'affaire auprès de l'instance judiciaire compétente.

C. Entre-temps, le 16 novembre 2013, S._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision de l'OAI du 22 octobre 2013. Le recourant a conclu implicitement à l'annulation de cette décision et sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, reprenant en substance l'argumentation développée dans ses précédents écrits.

Par réponse du 16 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a répliqué le 3 février 2014, maintenant ses précédents motifs et concluant à l'allocation d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 80%.

Se déterminant le 24 février 2014, l'intimé a confirmé sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieux en l'espèce le point de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit à la rente du recourant par décision du 22 octobre 2013 rendue sur la base de l'état de fait existant, compte tenu du refus de l'intéressé de se soumettre à une expertise rhumatologique.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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. 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 (cf. ATF 125 V 51 consid. 4; cf. TF 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 2c; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction,

l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

b) Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier. Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 229 consid. 2 et 97 V 173 consid. 3 ; cf. TF 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1 et I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4 avec les références citées).

c) Conformément au principe inquisitoire, il appartient au premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction. S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible, il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les

conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6 et les références citées).

En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (cf. TF I 906/05 précité consid. 6).

5. Aux termes de la décision litigieuse, l'OAI a retenu que l'assuré avait refusé de collaborer à l'instruction, que la cause devait dès lors être tranchée en l'état, conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, et que le droit à la rente n'était dans ces circonstances pas ouvert.

a) Il est constant que lorsqu'elle a statué par arrêt du 21 décembre 2012, la Cour des assurances sociales a retenu que l'assuré ne présentait pas de troubles neurologiques ou de mémoire invalidants mais que le dossier était en revanche lacunaire sur le plan rhumatologique, raison pour laquelle elle a renvoyé la cause à l'OAI pour que celui-ci en

complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Il ne saurait être question de revenir sur les considérants de cet arrêt. On relèvera plus particulièrement que d'après un principe applicable dans la procédure administrative en général, lorsqu'une autorité de recours statue, explicitement ou implicitement, par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1). Il suit de là que, dans le cas d'espèce, l'intimé était tenu de se conformer à l'arrêt de renvoi du 21 décembre 2012.

Dans le cadre de la procédure devant l'intimé suite à l'arrêt cantonal précité, le recourant a produit trois rapports médicaux certes antérieurs à cet arrêt mais qu'il n'avait pas produits jusqu'alors. A suivre l'assuré, ces rapports - émanant des Drs I._____ (27 avril 2012), U._____ (11 septembre 2012) et Y._____ (18 septembre 2012), tous trois médecins somaticiens consultés par l'intéressé en raison de ses lombosciatalgies - seraient suffisants pour statuer sur la présente affaire et rendraient inutile l'expertise rhumatologique ordonnée par la Cour des assurances sociales. Cette thèse s'avère toutefois erronée. En effet, ni le Dr I._____, ni le Dr U._____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans leurs rapports respectifs des 27 avril et 11 septembre 2012. A cela s'ajoute que ces médecins ont exprimé des avis contradictoires puisque le premier a évoqué des dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque gauche (cf. rapport du Dr I._____ du 27 avril 2012 p. 1) alors même que le second n'a pas noté de signes d'une dysfonction des sacro-iliaques (cf. rapport du Dr U._____ du 11 septembre 2012 p. 1). Quant au Dr Y._____, il s'est limité à relever succinctement dans son rapport du 18 septembre 2012 (p. 2) que les

activités physiques n'étaient plus exigibles mais que l'on pouvait toujours envisager la reprise d'activités intellectuelles, sans autre précision ni réelle évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Il s'ensuit que les avis médicaux produits par l'assuré dans le cadre de la procédure administrative postérieure à l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 ne permettent pas d'appréhender clairement la situation sous l'angle rhumatologique. Faute d'appréciation médicale claire et circonstanciée susceptible de se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra), ces rapports ne pouvaient dès lors se substituer à l'expertise rhumatologique ordonnée aux termes de l'arrêt susdit. Force est dès lors de constater qu'une telle expertise était inévitable pour établir un éventuel droit aux prestations du recourant et que c'est donc à tort que ce dernier a soutenu le contraire. Quant au fait que l'intéressé ait – selon ses dires – mal vécu l'expertise neurologique réalisée par le Dr X. _____ en 2011, on ne voit pas en quoi cette expérience passée pouvait justifier dans quelle que mesure que ce soit le refus de l'assuré de collaborer à une expertise rhumatologique réalisée par un nouveau médecin, à savoir la Dresse E. _____. Partant, il apparaît que c'est de manière inexcusable que l'assuré s'est opposé à l'expertise rhumatologique que l'OAI a cherché à mettre en œuvre suite à l'arrêt de renvoi du 21 décembre 2012.

A cela s'ajoute que la procédure suivie par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. A cet égard, on relèvera que l'OAI s'est adressé à l'assuré dès le mois de mars 2013 pour l'informer de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Face aux réticences de ce dernier, il lui a ensuite écrit le 4 avril 2013 pour lui expliquer la nécessité d'une telle expertise. L'intéressé ayant malgré tout continué à refuser de se soumettre à cette mesure, même après avoir été convoqué le 13 mai 2013 par le Bureau L. _____ en vue d'une consultation avec la Dresse E. _____ pour le 28 mai suivant, l'OAI lui a finalement adressé une sommation le 21 mai 2013, l'enjoignant de se présenter au rendez-vous du 28 mai 2013, faute de quoi il serait statué en l'état du dossier – sommation dont l'assuré a accusé réception le 25 mai 2013, sans pour autant changer sa position. Cela étant, il y a lieu de considérer que les exigences formelles découlant de l'art. 43 al. 3 LPGA ont été respectées

en l'espèce, le recourant ayant fait l'objet d'une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de son refus d'obtempérer et comportant un délai de réflexion convenable au vu de l'ensemble des circonstances du cas particulier.

En définitive, on retiendra donc que l'intimé était justifié à clore la phase d'instruction et à statuer en fonction des pièces du dossier, en application de l'art. 43 al. 3 LPGA, compte tenu du refus du recourant de se soumettre à l'expertise rhumatologique précédemment ordonnée par la juridiction cantonale.

b) Procédant à l'appréciation du cas sur la base des pièces au dossier, l'OAI a retenu que quand bien même le recourant n'était plus à même d'exercer ses activités habituelles de directeur de cabaret ou de peintre en bâtiment, il conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, il ressort de l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 – dont les considérants n'ont pas à être discutés dans le cadre de la présente affaire (cf. TF 9C_340/2013 précité) – que l'assuré ne présente pas de troubles neurologiques ou de la mémoire susceptibles d'entamer sa capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'étude du dossier montre que le Dr R._____ a évoqué une capacité de travail de 80% environ dans l'activité manuelle du recourant, que le Dr J._____ a quant à lui nié toute incapacité de travail de longue durée, que les Drs I._____ et U._____ n'ont pour leur part pas examiné l'exigibilité d'une occupation professionnelle et qu'enfin le Dr Y._____ a signalé que seules les activités physiques n'étaient plus envisageables. En définitive, même si les médecins précités ne sont pas unanimes quant à l'évaluation de la capacité de travail dans les activités habituelles du recourant, ni même quant à une incapacité de travail minimum (le Dr J._____ ayant notamment nié toute incapacité de travail de longue durée), il reste qu'aucun avis médical n'a fait état de manière catégorique d'une capacité de travail limitée dans une activité adaptée. En ce sens, il y a lieu de considérer que l'appréciation de l'OAI n'est pas contestable dans son résultat.

Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief concernant le calcul du préjudice économique, considéré comme nul par l'office intimé compte tenu d'un gain de valide de 54'776 fr. 80 et d'un revenu d'invalidité de 55'247 fr 08. Vérifié d'office, le revenu sans invalidité échappe à la critique. S'agissant du revenu avec invalidité, le raisonnement de l'OAI s'avère correct à cela près que l'intimé a considéré que le salaire mensuel tiré des données statistiques de l'ESS devait être rapporté à une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures en 2008, alors même que cette durée était en réalité de 41,6 heures (cf. La Vie économique 6-2010, tableau B9.2, p. 94). Cette méprise n'est toutefois pas déterminante pour l'issue du litige dès lors qu'après correction, le revenu d'invalidité s'élève à 55'114 fr. 59 ($[4'806 \text{ fr.} \times 41,6 : 40] \times 12 \text{ mois} + 2,10\% \text{ d'adaptation à l'évolution des salaires de 2008 à 2009} - 10\% \text{ d'abattement} = 55'114 \text{ fr.} 59$) et demeure supérieur au gain de valide de 54'776 fr. 80, de sorte qu'aucun préjudice économique ne peut être retenu.

Cela étant, l'OAI était par conséquent fondé à dénier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représenté par un mandataire (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 16 novembre 2013 par S._____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 22 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :