

VD_FINDINFO AI 290/11 - 155/2014 vom 23. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_290_11_-_155_2014

FR: VD_FINDINFO AI 290/11 - 155/2014 du 23 juin 2014

IT: VD_FINDINFO AI 290/11 - 155/2014 del 23 giugno 2014

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE | 28 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 22

avril 2010, ainsi que du Dr T._____, spécialiste en neurologie, du 7 septembre 2011, qu'il produit. Il explique également avoir consulté le Prof. P._____, spécialiste en neurologie et pathologie à [...] qui a posé un diagnostic d'inflammation des muscles (myositis) et la présence d'une coxellia burnetii, dont il produit également les rapports médicaux. Il se réfère encore à un rapport médical du Dr B._____ du 21 décembre 2011 ainsi qu'à deux rapports médicaux du Dr W._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, datés respectivement des 8 février et 13 juillet 2012. Au vu de ces différents rapports médicaux, le recourant est d'avis que l'on ne peut accorder de valeur probante aux trois expertises sur lesquelles s'est fondé l'OAI, et qu'une expertise judiciaire doit être ordonnée. Dans son rapport 22 avril 2010, adressé à [...], le Dr H._____ a diagnostiqué un syndrome de douleur diffuse chronique au niveau musculaire et articulaire, précisant que les douleurs ne sont pas dues à un zona et qu'une maladie sous-jacente, rhumatologique (polymyalgia rheumatica, maladie auto-immune) est probable. Il a également diagnostiqué un urticaire facticia et une folliculite (cuir chevelu et tronc). Il ressort encore ce qui suit du rapport médical : « Anamnèse et status En août 2009, les premiers symptômes sont apparus: douleurs ainsi que perte de sensibilité au niveau du bras gauche. De plus, on constate que le patient s'est plaint de troubles de la vision. Environ deux semaines plus tard, M. D._____ a développé des vésicules caractérisées par du liquide séreux au niveau de la jambe gauche inférieure, qui a été diagnostiqué par le Dr B._____ comme un zona. Le patient a été traité pendant sept jours par du [...] et quelque temps après, il a présenté des douleurs dans toute la jambe gauche, aux épaules, aux bras, ainsi qu'aux deux jambes. Par ailleurs, on retient que les douleurs persistent le jour comme la nuit et plus récemment, les douleurs étaient plus fortes du côté droit que du gauche. En outre, divers examens rhumatologiques (anticorps antinucléaire), des examens neurologiques (IRM de la colonne vertébrale) ainsi que des examens psychiatriques n'ont rien révélé. Au plan thérapeutique, le patient a suivi plusieurs traitements par [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], et ainsi que des injections de corticostéroïdes systémiques. Pour l'instant, le patient a souhaité bénéficier d'un deuxième avis rhumatologique, en la personne du Dr X._____, originaire de la région de [...]. Ce dernier a administré des corticostéroïdes systémiques et les douleurs se sont légèrement atténuées. Status Au niveau dermatologique, je n'ai pas constaté de traces de zona au niveau de la jambe gauche. Par contre, j'ai retenu une urticaire factitia qui a provoqué un dermographisme palpable assez

clair au niveau du dos. De plus, le patient a présenté des papules érosives au niveau du tronc et du cuir chevelu. Conclusions Au niveau cutané, le patient souffre vraisemblablement d'une urticaire factitia qui pourrait déclencher des douleurs ou des démangeaisons au niveau de la peau. Par ailleurs, je n'ai administré aucun traitement au patient, car il suit déjà plusieurs médicaments chez divers médecins. Je pouvais proposer un traitement antihistaminique régulier avec [...] le matin et [...] le soir. Par contre, le patient se plaint surtout des douleurs profondes et pas au niveau de la peau, c'est pourquoi je ne pense pas que les douleurs sont uniquement liées à cette urticaire ». Je pense que l'anamnèse parle pour une problématique rhumatologique/autoimmune, éventuellement dans le cadre d'une Polymyalgia rheumatica. Dans ce sens-là je propose un second avis d'un rhumatologue, soit Dr X. _____ de [...] ou Prof. [...] au [...]. Le patient a vraiment ces faiblesses musculaires et ces douleurs et je suspecte fortement un problème sous-jacent. On pouvait même discuter une hospitalisation dans une clinique rhumatologique pour un bilan extensif. C'est important que le patient reçoive maintenant tout le soutien financier et médicale, que la vie professionnelle et familiale ne se détériore pas ». Dans son rapport du 7 septembre 2011 au Dr B. _____, le Dr T. _____ a notamment écrit ce qui suit : « Appréciation Le tableau syndrome douloureux chronique avec élément fonctionnel au status neurologique paraît déjà à un stade d'évolution avancé rendant difficile une prise en charge thérapeutique. Je n'ai pas d'élément neurologique organique convaincant, mais cela dit, d'un point de vue purement pragmatique, et aussi pour utiliser l'information « positive » que donne le patient sur le traitement antibiotique, et malgré la négativité des tests concernant la borréliose, il me semblerait utile d'une part de refaire les tests détaillés de borréliose, et d'autre part de faire un traitement d'essai de Vibramycine durant trois semaines, cette éventualité n'étant pas entièrement écartée par la négativité des tests, parfois difficile à prouver dans les formes très chroniques. (...) Bien que le patient soit a priori révolté que l'on puisse évoquer une composante psychologique à sa douleur, j'ai abordé le problème en mettant en exergue les conséquences mentales et psychologiques des syndromes douloureux chroniques, et en évoquant la possibilité à ce sujet d'une psychothérapie de soutien. (...) Enfin par rapport à des étiologies rares, vous avez déjà recherché des associations particulières avec des maladies inflammatoires gastro-intestinales ou de type Whipple, et il me semble raisonnable à ce stade de ne pas proposer de ponction lombaire avec étude du LCR ou de biopsie musculaire, en l'absence de signe d'appel, et en tout cas avant d'avoir procédé aux essais thérapeutiques susmentionnés ». Dans son rapport médical du 8 février 2012 au Dr B. _____, le Dr W. _____ a rapporté ce qui suit : « J'ai connu Monsieur D. _____ en septembre 2011. Il nous avait été référé par le Dr [...] pour chercher à comprendre si une maladie inflammatoire systémique pouvait expliquer les douleurs musculo-tendineuses desquelles Monsieur D. _____ souffre depuis 2009 (...). Dans le passé, un diagnostic de spondylarthrite séronégative avait été posée et des traitements à base de [...] [...], [...], [...], [...], avaient été tentés. En simplifiant les propos du patient on peut dire que chacun des traitements a eu au début un bon effet pour le contrôle des douleurs, effet qui s'est plus ou moins rapidement estompé par la suite. A remarquer qu'un traitement par [...] administré pour une angine à streptocoque en juin 2011 avait aussi permis une nette diminution des douleurs d'après le patient. En fin septembre 2011, Monsieur D. _____ a été hospitalisé dans notre unité afin de chercher d'établir si une origine inflammatoire systémique pouvait expliquer les douleurs. Une infection chronique virale, une maladie de Still, une maladie de Behçet, une infection par Borrelia burgdorferi, un syndrome myéloprolifératif, une mastocytose, ainsi qu'une polymyosite ou une fasciite avaient été prises en considération

dans le diagnostic différentiel pour chercher d'expliquer les symptômes douloureux. Comme noté dans notre lettre datée fin octobre, nous n'avons pu identifier aucune cause spécifique pour expliquer les douleurs présentées par Monsieur D._____. Des lésions cutanées présentes avant l'hospitalisation ont été par la suite évaluées par nos collègues de dermatologie qui ont posé le diagnostic de pityriasis lichenoïde. Ces lésions cutanées prédominant aux paumes et plantes des pieds et dans la région lombaire ne sont à mon avis pas en relation avec le syndrome douloureux chronique. [...] A l'occasion de notre consultation du 8 février 2012, on a passé en revue avec votre patient tous les résultats obtenus aux [...] et on a tenté de lui expliquer qu'aucun des examens pratiqués n'a permis de définitivement identifier la cause de ces douleurs chroniques. Par ailleurs, nous lui avons confié les documents avec tous ces résultats. Je crois qu'une approche multidisciplinaire sera nécessaire pour chercher à soulager les douleurs de Monsieur D._____, et dans ce sens il pourrait être référé à la consultation de la douleur dans un institut [...]. Je ne suis pas en mesure d'objectiver la capacité de travail chez Monsieur D._____, mais il est très probable que le syndrome douloureux chronique duquel il souffre empiète grandement sur sa performance physique et intellectuelle. (...) ». Dans son rapport du 19 mai 2012, le Dr P._____ a expliqué avoir trouvé, dans les analyses effectuées, la présence d'anticorps de la fièvre Q et par conséquent des preuves de présence de la *Coxiella burnetii*. Ce médecin explique que la *Coxiella burnetii* est susceptible de persister pour une longue période après l'infection. Si dans la majorité des cas, les patients présentant une fièvre Q aigüe guérissent complètement, dans 10 à 25% des cas, la présence d'un syndrome de fatigue post fièvre Q avait été constatée. Ce syndrome se caractérisait par une fatigue récurrente, des sudations nocturnes, des maux de têtes, une sensibilité des yeux à la lumière, des douleurs musculaires et aux articulations, des changements d'humeur et des difficultés à dormir. Le Dr P._____ expliquait que l'apparente fièvre Q dont souffrait le recourant pouvait être à l'origine de plusieurs de ses symptômes. Il notait aussi que le recourant présentait des marqueurs « dysimmunes ». Il recommandait que le recourant, à son retour en Suisse, consulte un spécialiste des maladies infectieuses, connaissant en particulier la *Coxiella burnetii*, pour éventuellement commencer un traitement tout de suite. Il recommandait également la prise d'un traitement pour l'aspect auto-immune putatif. Dans un certificat médical non daté, le Dr P._____ considérait que les symptômes présentés par le recourant étaient totalement invalidants. Il attribuait cette invalidité à une combinaison de symptômes, dont principalement les suivants : - des douleurs intenses dans plusieurs parties du corps qui rendaient très difficiles le fait de marcher, de s'asseoir et d'être couché sur plusieurs heures. Ces douleurs étaient vraisemblablement dues à un myosite inflammatoire (inflammation des muscles) dans le cadre d'une possible infection de la fièvre Q et une probable neuropathie sensorio-motrice dysimmunitaire (probably-dysimmune sensory-motor neuropathy) ; - Une fatigue incapacitante, probablement causée par les mêmes atteintes décrites ci-dessus ; - Une insomnie chronique ; - Une anxiété secondaire en raison de la frustration d'avoir des symptômes incapacitants qui n'ont pas pu être traités jusqu'à présent malgré de nombreuses interventions de plusieurs spécialistes ; - Une ténosynovite de l'épaule gauche ; - des problèmes gastriques d'origine incertaine ; - une photophobie (sensibilité à la lumière) d'origine incertaine. Dans un nouveau rapport médical du 13 juillet 2012 au Dr B._____, le Dr W._____ a rajouté les diagnostics suivants à ceux posés dans son rapport du 8 février 2012 : possible enclavement des nerfs ulnaires au niveau du coude, bilatéralement, et status post-éradication d'une infection par *Blastocytis hominis* traité par

Humatin (problèmes digestifs). Il expliquait avoir pris connaissance du rapport du Dr P. _____ du 19 mai 2012, et que le Dr [...], infectiologue aux [...] avait conclu à l'absence d'une évidente infection chronique à *coxiella burnetii*. Par ailleurs des investigations complémentaires avaient été effectuées au sujet d'une possible atteinte neurologique, mais l'examen réalisé par le Dr K. _____, spécialiste en neurologie et électroneuromyographie, ne montrait pas d'altération électroneuromyographique significative en faveur d'une polyneuropathie ou d'une myosite (atteinte musculaire inflammatoire). Au contraire, une possible neuropathie focale d'enclavement des deux nerfs ulnaires au niveau du coude avait été mise en évidence et le Dr K. _____ suggérait de compléter les investigations à ce sujet et en fonction des résultats d'adresser le patient en consultation de chirurgie de la main. Le Dr W. _____ expliquait enfin que le cas de M. D. _____ avait été discuté collégialement avec les neurologues, neuro-pathologues et les neurophysiologues du service en tenant compte de l'opinion du Dr P. _____, mais il était difficile de retenir, aux termes de cette discussion, une cause auto-immune ou auto-inflammatoire comme origine aux douleurs ostéomusculaires du patient. Le Dr W. _____ a encore rapporté ce qui suit : « Même si une origine inflammatoire n'a pas pu être documentée définitivement comme cause des douleurs que Monsieur D. _____ présente, il est clair que celles-ci restent très invalidantes pour lui et pratiquement incompatibles avec une activité de travail, comme cela a été souligné par le Professeur P. _____ dans son évaluation ». Dans sa duplique du 7 février 2013, l'OAI maintient sa position, se référant à un avis médical des Drs [...] et [...] du SMR du 17 janvier 2013, auxquels la documentation médicale annexée à la réplique du recourant a été soumise. Selon l'avis médical du SMR, il n'y avait, dans les rapports du Dr P. _____, aucun fait nouveau par rapport aux plaintes et symptômes pris en compte par les rapports des trois experts sur lesquels le SMR s'était précédemment fondé. Les médecins du SMR rappelaient que le Dr W. _____ avait établi l'absence d'une évidente infection à *coxiella burnetii* et que le Dr K. _____ avait conclu à l'absence d'altération significative en faveur d'une polyneuropathie ou d'une myosite. Quant aux souffrances des nerfs ulnaires au niveau des coudes, elles étaient curables. En d'autres termes, selon les médecins du SMR, l'enquête médicale fouillée conduite par le Dr W. _____ ne mettait pas non plus à jour de faits nouveaux ou d'aggravation de l'état de santé depuis le prise de position du SMR du 28 juin 2011. Dans ses déterminations du 8 mars 2013, le recourant fait valoir que le SMR a ignoré les éléments objectivement vérifiables qu'il a mis en évidence dans le cadre de sa réplique, malgré le fait que les pièces médicales produites sont à son avis suffisamment pertinentes pour établir le caractère incomplet de la documentation médicale. Il fait également valoir que les expertises médicales versées au dossier, anciennes de surcroît, sont en parfaite contradiction avec les rapports médicaux des Dr B. _____, X. _____, [...], T. _____, P. _____ et W. _____. Dès lors, l'avis du SMR du 17 janvier 2013 ne revêt pas, selon lui, pleine valeur probante. Le recourant ajoute qu'il a interpellé le Dr W. _____ sur cet avis du SMR, lequel a confirmé le passage précité de son rapport du 13 juillet 2012. Le recourant fait également valoir que ni l'OAI ni le SMR n'ont tenu compte de son hospitalisation du 20 au 24 mars 2011 dans leur analyse et que toutes les expertises sur lesquelles l'OAI fonde sa décision sont antérieures à cet événement. Il se réfère encore à une IRM du bassin effectuée le 14 janvier 2013 par le Dr [...] qui conclut de la sorte : « Cet examen ne démontre pas d'anomalie au niveau des articulations sacro-iliaques droites ou gauche. Insertionite de la musculature fessière au niveau du grand trochanter des deux côtés, plus importante à droite, associée à une prise de contraste après injection. Pas d'autre

lésion significative ». Sur la base de ces éléments, le recourant conclut que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est indispensable. Le 28 mars 2013, l'OAI maintient ses conclusions, considérant que le recourant n'a pas apporté d'élément nouveau. Dans un courrier du 15 août 2013, la juge instructeur a fait savoir au recourant que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, elle n'estimait pas nécessaire de procéder aux mesures d'instruction demandées, à savoir l'audition du Dr B. _____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le 21 novembre 2013, la juge instructeur a refusé la demande de suspension de cause formulée par le recourant le 25 octobre 2013. 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 la loi sur l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 (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 (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Le litige portant sur le droit à une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr, de sorte que la Cour des assurances sociales statue dans sa composition ordinaire (cf. art. 94 LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. En substance, il fait valoir que les avis de ses médecins traitants sont en contradiction avec les trois expertises versées au dossier. De plus, il est d'avis qu'une instruction complémentaire en la forme d'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire. Il considère en effet que la documentation médicale qui a fondé la décision de l'OAI est incomplète, au vu des diverses pièces qu'il a produites postérieurement à son recours du 14 octobre 2011. Selon lui, celles-ci jettent un doute sur sa situation au plan médical et partant sur l'évaluation de sa capacité de travail. 3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 (ATF 125 V 256, consid. 4; 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 (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2; ATF 114 V 310, consid. 3c; ATF 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2). b) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. sur ce dernier point, ci-après consid. 3c) (ATF 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 351, consid. 3a; ATF 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse

être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (cf. art. 43 LPGGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (Pratique VSI 1994 p. 220 consid. 4a ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1). 4. Au sujet de l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'intimé, le recourant lui reproche principalement de s'être fondé sur les trois expertises réalisées à la demande de l'assureur perte de gain par deux rhumatologues, le Dr N. _____ (le 21 juillet 2010) et le Dr Y. _____ (le 10 novembre 2010) ainsi que par un psychiatre, le Dr M. _____ (le 27 janvier 2011). a) Dans un premier grief, le recourant fait valoir que l'OAI n'a pas tenu compte des rapports médicaux des Drs X. _____ et B. _____, qui sont, selon lui, en totale contradiction avec les expertises des Drs N. _____ et Y. _____. aa) On ne saurait suivre le recourant dans la mesure où il voit une totale contradiction entre ces deux expertises et l'évaluation du Dr X. _____. En effet, au plan somatique, relevons d'abord que ces trois médecins s'accordent sur le diagnostic de lombalgies chroniques (cf. expertises des Drs N. _____ et Y. _____, rapports médicaux du Dr X. _____), comme l'avait déjà retenu le Dr Z. _____ dans son rapport du 9 octobre 2009, de même que les Dresse S. _____ et V. _____ dans la lettre de sortie du 29 mars 2011. Quant aux douleurs diffuses et persistantes que décrit le recourant principalement au niveau du rachis et les périarthralgies, le Dr Y. _____ les a mises sur le compte d'un état dépressif réactionnel avec douleurs somatoformes, constatant que l'ampleur de ses douleurs ne s'expliquaient pas entièrement par ses atteintes au plan physique (cf. expertise du Dr Y. _____ qui constate que « l'organicité des plaintes de l'assuré est moyenne ». Le rapport du Dr Z. _____, qui relève ce qui suit, va également dans ce sens : « si nous tenons compte des plaintes du patient, de l'intensité des douleurs qu'il exprime alors que le bilan radiologique [du point de vue cervical, colonne cervicale, IRM cervicale et radiographies de la colonne lombaire] par rapport à mon examen neurologique confirme que les discopathies aussi bien cervicales que lombaires sont extrêmement modérées et n'expliquent pas l'intensité des douleurs que le patient exprime ». Confronté en tant que médecin traitant à ces douleurs mal systématisées de type polyarthralgie, le Dr X. _____ a pour sa part procédé à des investigations complémentaires suspectant la présence d'une spondylarthrite séronégative. Durant plusieurs mois, ce médecin a essayé d'introduire différents médicaments (traitement de cortico-stéroïde, _____, _____, _____) pour tenter de soulager son patient et compte tenu du fait que pour poser un tel diagnostic de manière fiable, il n'existait pas d'autre moyen scientifique que d'examiner si la réponse à ces traitements était bonne (voir les explications qu'il donne à ce sujet dans son rapport du 12 février 2011 au Dr B. _____). Au final, devant l'absence de réponse significative à ces traitements, le Dr X. _____ est parvenu à la conclusion que la présence d'une spondylarthrite séronégative, respectivement

d'une maladie rhumato-inflammatoire était très douteuse et que l'hypothèse d'un syndrome de trouble de la perception de la douleur, respectivement de fibromyalgie passait au premier plan (voir ses rapports médicaux des 12 février 2011 et 11 juin 2011 au Dr B._____).

Dès lors, il apparaît que l'opinion du Dr X._____ ne se trouve pas en contradiction avec les rapports des autres rhumatologues, puisqu'au final il considère que la présence d'un trouble de type fibromyalgie est hautement vraisemblable. De plus, on relèvera que les rapports de ce médecin complètent de manière très utile les rapports des experts N._____ et Y._____, car il s'est attaché, dans le cadre d'un diagnostic différentiel fouillé, à examiner et écarter plusieurs hypothèses somatiques pouvant expliquer l'ampleur des douleurs du recourant, avant de se prononcer en faveur de la présence d'un phénomène non organique prépondérant. En effet, il a non seulement écarté la présence d'une spondylarthropathie séronégative, mais a aussi constaté, sur la base d'examen cliniques et de tests en laboratoire, qu'il n'y avait pas d'indices en faveur d'une arthrite rhumatoïde, d'une polymyalgia rheumatica, d'un processus infectieux ou d'une borréliose (cf. son rapport médical du 27 avril 2010). Au plan rhumatologique, l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré par les Drs N._____, Y._____ et X._____ concorde également dans une large mesure. En effet, finalement, tous ces médecins considèrent que la capacité de travail de l'assuré est complète dans son activité habituelle d'informaticien, compte tenu de ses atteintes organiques, à savoir des lombalgies d'origine mécanique principalement. Même le Dr X._____ estime que la capacité de travail de l'assuré est entière dans son activité habituelle, alors qu'il retient la présence d'atteintes supplémentaires, à savoir une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche touchant le sous-scapulaire et le sous-épineux (diagnostic lui aussi retenu par le Dr Y._____), ainsi qu'une discrète gonarthrose droite débutante. S'agissant de la date à compter de laquelle la capacité de travail du recourant est entière, il y a lieu de s'en tenir à l'appréciation du Dr N._____ qui considère qu'elle est totale dès le mois de juillet 2010. Même si le Dr X._____ a dans un premier temps considéré que la reprise du travail n'était possible qu'à compter du mois de novembre 2010 (cf. son rapport médical du 28 août 2010), il a procédé à cette évaluation alors qu'il n'avait pas encore exclu la présence d'une spondylarthrite séronégative comme cause prépondérante aux douleurs de l'assuré, soit alors qu'il envisageait encore la possibilité d'une cause organique à l'intensité du tableau douloureux présenté par son patient. Or, dès que ce médecin a pu exclure de manière prépondérante qu'une telle maladie soit la cause des douleurs, et ainsi se prononcer sur la présence d'un syndrome douloureux sans substrat organique, il a considéré la capacité de travail de l'assuré comme totale au plan rhumatologique (cf. en particulier son rapport médical du 11 juin 2011 au Dr B._____).

Au demeurant, on relèvera que ce médecin a précisé que même si une spondylarthrite séronégative était présente, elle n'était pas incapacitante (cf. son rapport médical du 12 février 2011). bb) On ne saurait suivre l'opinion du Dr B._____ qui considère que le recourant est totalement incapable de travailler à compter du 13 août 2009 jusqu'au 18 mai 2011 à tout le moins. En effet, cette évaluation ne repose pas sur des diagnostics et des constats médicaux différents de ceux déjà pris en compte par les experts N._____ et Y._____, ainsi que le Dr X._____, dont les rapports largement concordants et étayés emportent conviction. On relèvera par ailleurs que le Dr B._____ justifie essentiellement la durée de l'incapacité totale de travail par les douleurs qu'exprime son patient. b) Dans un deuxième grief, le recourant fait valoir que les rapports médicaux qu'il produit dans le cadre de sa réplique, à savoir les rapports médicaux des Drs T._____, P._____, W._____ et H._____ jettent le doute sur l'évaluation de la situation au

plan médical et de la capacité de travail retenues par l'intimé. Pour le recourant, ces rapports contiennent de nouveaux éléments permettant d'établir le caractère incomplet de la documentation médicale qui a fondé la décision de l'OAI, éléments qui contredisent les expertises médicales versées au dossier, et qui appellent la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. S'agissant d'abord du rapport du Dr H. _____ du 22 avril 2010, dermatologue, on relèvera que ce médecin a constaté que l'assuré se plaignait surtout de « douleurs profondes et pas au niveau de la peau » estimant que ces douleurs n'étaient pas liées à son urticaire. Pour lui, il y avait éventuellement une problématique rhumatologique de type auto-immune, comme une polymyalgia rheumatica, de sorte qu'il a renvoyé à l'avis d'un rhumatologue. Or, dans son rapport du 27 avril 2010, le Dr X. _____, rhumatologue, a précisément écarté la présence d'une polymyalgia rheumatica, sur la base d'examen clinique et d'examen en laboratoire. Selon son rapport médical du 7 septembre 2011, le Dr T. _____, neurologue, consulté par l'assuré le 6 septembre, n'a quant à lui pas trouvé d'élément neurologique organique convainquant au syndrome douloureux chronique du recourant. Il explique que le status neurologique ne montre pas d'anomalie spécifique aux paires crâniennes, ni signe de polyneuropathie, de signe sensitivo-moteur ou réflexe central et aucun autre élément neurologique spécifique. Il ressort de son rapport que des signes de non organicité sont présents et évoque la présence d'une composante psychologique à la douleur, tout comme cela ressort des rapports des deux experts rhumatologues mandatés par l'assurance perte de gain et le Dr X. _____. Le Dr T. _____ a seulement recommandé de refaire les tests de borréliose. Or, il ressort du rapport médical subséquent du Dr W. _____ du 8 février 2012 qu'une infection par *Borrelia burgdorferi* notamment a pu être écartée lorsque l'assuré a été hospitalisé aux [...] à fin septembre 2011, dans l'unité d'immunologie et allergologie. On relèvera que dans ce même rapport, le Dr W. _____ explique qu'aucune origine inflammatoire systémique pouvant expliquer les douleurs de l'assuré n'a été trouvée, alors même que plusieurs hypothèses ont été prises en compte dans le cadre de ce nouveau diagnostic différentiel (à savoir une infection chronique virale, une maladie de Still, une maladie de Behçet, un syndrome myéloprolifératif, une mastocytose, ainsi qu'une polymyosite et une fasciite). Le Dr P. _____ a quant à lui estimé, dans son rapport médical du 19 mai 2012, que plusieurs des symptômes ressentis par l'assuré - en particulier ses douleurs diffuses - pouvaient s'expliquer par une possible infection à la fièvre Q, qui aurait été causée par une infection à *Coxiella burnetii*. Il a également émis l'hypothèse de la présence d'une neuropathie « sensory-moteur dysimmune ». Or, par la suite, le Dr W. _____, à nouveau consulté par le recourant, a vérifié ces nouvelles hypothèses, s'entourant de spécialistes, notamment un infectiologue, le Dr U. _____, et un neurologue, le Dr K. _____. Le premier a conclu à l'absence d'une infection à *Coxiella burnetii*. Quant au neurologue, il a exclu la présence d'une polyneuropathie et d'une myosite, constatant que l'assuré ne présentait pas d'altération électroneuromyographique significative. Au final, le Dr W. _____ explique qu'après discussion collégiale, les experts de son équipe n'ont pas pu retenir de cause auto-immune ou auto inflammatoire comme origine aux douleurs ostéomusculaires du recourant et qu'ils ne préconisaient pas de traitement immuno-modulateur. Comme l'ont relevé les médecins du SMR dans leur avis médical du 17 janvier 2013, ces rapports médicaux n'apportent dès lors pas d'éléments nouveaux au plan organique qui expliqueraient les douleurs diffuses ressenties par l'assuré. On relèvera encore que si le Dr W. _____ qualifie les douleurs du recourant de « très invalidantes pour lui et pratiquement incompatibles avec une activité de travail, comme cela a été

souligné par le Professeur P. _____», on ne saurait retenir sur cette base que l'assuré est incapable de travailler. En effet, il s'agit d'une appréciation essentiellement fondée sur les plaintes du recourant et non sur une appréciation de l'impact d'atteintes objectives sur sa capacité de travail, déterminante en vertu de l'art. 6 LPGA. Le recourant fait encore valoir que l'appréciation de sa capacité de travail par l'OAI est incomplète également du fait que le malaise avec possible perte de connaissance dont il a été victime le 20 mars 2011 n'a pas été pris en compte. Or ainsi que l'a relevé l'OAI, il apparaît à la lecture de la lettre de sortie des [...] qu'il s'est agi d'un malaise isolé qui n'a pas porté à conséquence par la suite, le recourant n'apportant au demeurant aucun indice qui démontrerait le contraire. On rappellera à cet égard que les Dresses S. _____ et V. _____ ont pu exclure une crise d'épilepsie et la prise en charge aux [...], qui a fait suite à cet événement a essentiellement porté sur une nouvelle tentative de déterminer une cause organique aux douleurs de l'assuré, lesquelles ont finalement été mises sur le compte d'un syndrome douloureux chronique. Au demeurant, cet événement isolé ne saurait avoir d'influence sur l'appréciation de son droit à des prestations de longue durée. Quant à la possible neuropathie focale d'enclavement des deux nerfs ulnaires que rapporte le Dr W. _____ dans son rapport du 13 juillet 2012, il apparaît qu'une telle atteinte n'expliquerait pas l'ampleur des symptômes ressentis par l'assuré de sorte qu'il ne se justifie pas de renvoyer le dossier à l'OAI pour une instruction complémentaire à ce sujet (voir en particulier le rapport du Dr K. _____ du 10 juillet 2012 qui qualifie l'éventuelle neuropathie des nerfs ulnaires de discrète et qui explique que cette atteinte ne permet pas d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie, en particulier la fatigue et les myalgies chroniques). Enfin, s'agissant de l'insertionite de la musculature fessière qu'a révélée l'IRM du 14 janvier 2013, il s'agit selon toute vraisemblance d'une atteinte postérieure à la décision de l'OAI, qui a été rendue seize mois auparavant. Cette atteinte ne saurait être prise en compte dans la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références, TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010 consid. 5.2). Vu ce qui précède, il faut retenir qu'aucun des rapports médicaux produits par l'assuré dans le cadre de sa réplique n'apportent d'élément nouveau mettant en doute qu'il présente, au plan somatique, une pleine capacité de travail comme l'ont retenu les Drs N. _____, Y. _____ et X. _____. Il ressort seulement de ces pièces que de nouvelles hypothèses d'atteintes somatiques pouvant théoriquement expliquer l'ampleur des douleurs ressenties par l'assuré, ont été explorées, sans succès, par les médecins consultés. On relèvera par ailleurs que postérieurement au rapport médical du Dr W. _____ du 13 juillet 2012, aucun médecin n'a émis de nouvelle hypothèse qui justifierait la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise judiciaire comme le requiert l'assuré. c) Plusieurs médecins ont mis les douleurs diffuses que présente le recourant sur le compte d'un syndrome douloureux ou d'une fibromyalgie (voir notamment le rapport médical du Dr X. _____ du 12 février 2011 et lettre de sortie des Dresses V. _____ et S. _____ du 29 mars 2011, rapport médical du 7 septembre 2011 du Dr T. _____, rapport médical du 8 février 2012 du Dr W. _____). aa) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1), ainsi que de manière plus générale aux syndromes sans pathogenèse ni

étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux, ATF 130 V 352 consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2) (cf. TF 9C_38/2007 du 8 avril 2008 consid. 3.2). bb) En l'espèce une expertise psychiatrique a été réalisée le 19 janvier 2011 par le Dr M. _____ aux termes de laquelle l'expert a conclu à la présence d'un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive. Il a exclu la présence d'un épisode dépressif, constatant qu'il n'y avait pas de ralentissement, de trouble cognitif ou d'état de tristesse important. Il a par ailleurs exclu la présence d'un trouble somatoforme et n'a pas retenu de limitations fonctionnelles au plan psychique. Ce rapport d'expertise emporte conviction. Il tient compte en effet de l'anamnèse – en particulier du fait que des difficultés psychiques ont été évoquées par plusieurs autres médecins à la fin 2009 - et des plaintes du recourant. Par ailleurs ses conclusions sont claires et motivées. Sur cette base, on doit retenir que le recourant ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée rendant inexigible la mise en valeur de sa capacité de travail. On relèvera par ailleurs que les autres critères rappelés ci-dessus (let. aa) n'apparaissent pas non plus être réunis au vu des pièces du dossier. d) Vu ce qui précède, il faut considérer que la capacité de travail du recourant a pu être établie à satisfaction de droit sur la base de nombreux rapports médicaux probants et complets. Dès lors, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, en particulier de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ni de suspendre la cause dans l'attente que l'assuré se soumette à une expertise privée, comme il le requiert dans son écriture du 25 octobre 2013. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à l'issue du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI, soit à compter du 1^{er} août 2010, le recourant disposait d'une

capacité totale de travail dans son activité habituelle, de sorte qu'il n'a pas le droit à une rente d'invalidité. 5. Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 francs et mis à la charge du recourant. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.