

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2014

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a déposé le 12 janvier 2011, une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures visant à la réadaptation professionnelle. Il a mentionné comme atteinte à la santé une spondarthropathie séronégative avec inflammation aléatoire et de fortes douleurs, précisant que celles-ci avaient commencé au début de l'année 2009. Titulaire d'un MBA en Business Administration et de certificats en programmation informatique, il avait été lié par contrat de travail avec A. _____ SA (engagé en tant qu'« operation manager » auprès de la « Information et Communication Technology Unit ») du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009, pour un salaire mensuel brut de 12'998 fr, payé treize fois l'an. Dans sa demande, il a déclaré être homme au foyer depuis le mois d'août 2009. En incapacité totale de travailler depuis le 13 août 2009, il avait touché des indemnités journalières de la part d'[...], assureur perte de gain en cas de maladie, qui avait ensuite refusé de payer. L'Office régional de placement de [...] refusait de l'inscrire comme demandeur d'emploi.

b) Dans un rapport médical du 12 août 2009 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie a expliqué ce qui suit :

« Ton patient, connu pour des lombalgies depuis une dizaine d'années l'empêchant de rester au lit le matin et aggravées par les mouvements, a présenté depuis quelques jours des douleurs de type radiculaire dans le membre inférieur gauche avec apparition de vésicules sur la crête tibiale gauche que j'attribue à [un] zona (...).

Il se plaint de douleurs du membre supérieur gauche d'allure neurologique avec des paresthésies cubitales d'allure C7 et des douleurs pouvant survenir de manière intense sans mobilisation particulière. Il y a aussi quelques douleurs lors des mouvements de l'épaule gauche évoquant un conflit sous acromial et une possible tendinopathie du sus-épineux.

Cette symptomatologie semble s'intensifier depuis quelques semaines. Il marche avec le bras gauche collé contre le corps, coude fléchi.

Etant donné une aggravation après de la physiothérapie, j'ai demandé à M. D. _____, suspectant une discopathie avec syndrome radiculaire

C7 du membre supérieur gauche, d'effectuer une IRM cervicale. Parallèlement, je demande aussi une échographie de l'épaule gauche étant donné des douleurs d'origine peu claire et parfois mal systématisées à la recherche d'une éventuelle confirmation d'un conflit sous-acromial ou d'une tendinopathie. Le cas échéant, on pourrait effectuer alors une infiltration intra-articulaire.

J'espère que ces deux examens permettront de trouver l'origine des douleurs dont il se plaint.

(...) ».

Dans un rapport du 9 octobre 2009 au Dr B._____, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a écrit ce qui suit :

« (...)

Dans l'anamnèse personnelle, notion de lombalgies basses intermittentes qui auraient nécessité d'être vues par notre collègue et ami le Dr [...] en janvier 2009. Il me montre une série de clichés dont des radiographies standards de la colonne lombaire qui révèlent une très discrète discopathie L4-L5 avec une légère sacralisation de L5. Sinon, il n'y a pas de discopathie plus importante. Il n'y a pas eu d'IRM lombaire. Les plaintes qui sont fluctuantes comme les lombalgies basses apparaissent plutôt le matin, sans notion de sciatique, je reste dans l'expectative.

Le 2^{ème} problème : des douleurs de l'épaule gauche qui irradient ensuite au niveau du biceps gauche avec des dysesthésies sur le bord externe de l'avant-bras gauche et au niveau des deux derniers ou trois derniers doigts de la main gauche sans qu'il y ait notion de chute ou d'effort particulier. Vous avez procédé à des US de l'épaule gauche qui révèlent une tendinopathie calcifiante bifocale, touchant avant tout le muscle sous-épineux gauche. Etant donné les douleurs qui diffusaient dans le bras, certainement pas en relation avec cette tendinite calcifiante, vous avez programmé une IRM cervicale le 18.08.09. J'ai pu observer les clichés, il existe une discopathie dégénérative modérée C5-C6, C5-C7. Nous n'avons par contre pas de canal cervical étroit. Par la suite le patient développe des douleurs sur la face externe de la jambe gauche, très rapidement associées à une réaction dermatologique faisant suspecter fortement semble-t-il un zona et vous l'avez « lege artis ». Depuis lors le patient se plaint de violentes douleurs à ses dires caractérisées par des douleurs au niveau de l'épaule gauche dès qu'il essaie de se mobiliser, des dysesthésies au niveau de l'avant-bras gauche, des douleurs sur la face externe de la jambe gauche, des douleurs dit-il lorsqu'il se mobilise ou qu'il marche au niveau de la hanche gauche. Il a quelques douleurs basi-cervicales et en bas du dos. Vous avez proposé à juste titre du [...] matin et soir après un échec du [...], d'autant plus que cette médication avait engendré une inappétence et une perte de 10 kg (poids actuel 86 kg). Il prend en plus du [...] 2 à 3 fois par jour. Par la suite vous proposez du [...]. Récemment vous avez donné une prescription de [...] car le patient se plaint qu'il n'arrive pas à dormir à cause de cette sensation de douleur, de trouver une position adéquate, que ce soit pour l'épaule et l'avant-bras gauche ou pour la jambe gauche.

(...)

Appréciations générales

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.

Je ne peux que souscrire éventuellement aux douleurs de déafférentation après son zona pour la face externe de la jambe gauche.

L'examen révèle des dysfonctions sensitives extrêmement modérées. Ce qui me surprend surtout c'est les mouvements vraiment atypiques pour cette tendinite calcifiante du sous scapulaire à gauche.

J'ai rassuré le patient que mon examen neurologique est extrêmement satisfaisant. Il n'est pas nécessaire de poursuivre la physiothérapie. Je ne vois aucune indication quelconque à faire un EMG.

Concernant la stratégie thérapeutique, je souscris au maintien du [...] au souper, [...] matin et soir, [...] le matin, [...] à la demande. J'ai proposé d'introduire tout de même du [...] au coucher associé à du [...] au coucher. Il pourra aussi prendre son [...] en cas de nécessité.

Je lui ai recommandé qu'il vous revoie le 28 octobre 2009 et suis prêt à le revoir (...).

Si la situation devait perdurer, je souscris que ce patient devrait avoir tout de même une consultation psychiatrique concernant ce licenciement, l'échec sur le plan professionnel et cette problématique aussi conjugale ».

Dans un rapport médical du 27 avril 2010 au Dr B._____, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a expliqué que l'assuré l'avait consulté spontanément. Le Dr X._____ a posé notamment les diagnostics suivants :

- un syndrome lombovertébral chronique ;
- une gonarthrose droite débutante ;
- suspicion de perception de la douleur conditionnée de manière psychosociale et de difficultés d'assimilation de la douleur (« Verdacht auf überlagernde psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung ») ;
- suspicion de noyau douloureux inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthropathie séronégative, faisant penser à une psoriasis-arthropathie sans psoriasis ;
- status après herpès à la jambe gauche au début de 2009.

Le Dr X. _____ expliquait que le patient présentait un tableau douloureux pratiquement généralisé depuis début 2009 vraisemblablement dû à plusieurs facteurs. D'une part, le patient avait des lombalgies chroniques, en raison d'une discopathie médiane sans effet neurocompresseur. A côté de ces lombalgies de type mécaniques, s'ajoutaient des douleurs de type inflammatoire, au niveau de la colonne vertébrale, de même que des arthralgies et des périarthralgies (polyarthralgie). Du fait que les examens radiologiques ne montraient pas clairement de processus inflammatoire, la présence d'un processus inflammatoire en la forme séronégative, comme une spondylarthropathie séronégative, entrainait en ligne de compte du point de vue du diagnostic différentiel. En raison des douleurs importantes lors de la dernière consultation, le Dr X. _____ avait prescrit à l'assuré du [...] (médicament à base de cortisone) pendant 10 jours. Au contrôle de ce jour, le patient paraissait bien répondre à ce traitement, surtout en ce qui concernait les polyarthralgies/périarthralgies, mais moins en ce qui concernait les lombalgies. Le fait que le patient répondait bien au traitement de [...] excluait que l'on se trouve en présence d'une problématique exclusive ou prépondérante de perception dérangée de la douleur. C'est pourquoi le médecin avait prescrit à l'assuré de continuer ce traitement, dans l'optique de soulager les polyarthralgies. Le médecin précisait que bien que dans les formes séronégatives de spondylarthropathies, le [...] ou le [...] étaient des traitements de choix, il paraissait pour le moment excessif de les prescrire. Enfin, selon le Dr X. _____, 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, sur la base des examens cliniques et des examens en laboratoire.

Dans un nouveau rapport médical du 29 juin 2010, le Dr X. _____ a fait savoir au Dr B. _____ que des infiltrations avaient été effectuées et que les douleurs dans la région lombaire s'étaient largement atténuées. Actuellement, le patient se plaignait toujours de douleurs dans la région thoracolombaire du côté droit, principalement la nuit. Les polyarthralgies de type inflammatoire avaient cependant disparu avec la prise de [...]. Cette tournure allait à l'encontre d'une problématique

exclusive ou prépondérante de perception dérangée de la douleur, bien qu'assurément un tel phénomène devait être présent dans une certaine mesure. Ceci était bien compréhensible vu la perte de travail et les problèmes financiers. Cependant, des douleurs dans la région de la colonne vertébrale subsistaient et comme les douleurs thoraco-lombaires parlaient également en faveur d'une spondylarthrite séronégative, il y avait lieu d'intensifier le traitement en donnant au patient de la [...]. S'agissant de la capacité de travail, le médecin expliquait que de son point de vue, les douleurs étaient vraisemblables, vu qu'en cas de spondylarthrite séronégative, il n'était pas possible de les objectiver par des radiographies ou des tests en laboratoire. De ce point de vue, le médecin était d'avis que l'assureur perte de gain devait continuer à allouer ses prestations, jusqu'à ce que la médication fasse effet. D'un autre côté, le médecin précisait qu'il avait clairement expliqué à son patient que la cause somatique du tableau douloureux qu'il présentait était sans aucun doute traitable et ne justifiait en aucun cas une incapacité de travail totale ou partielle de longue durée.

Dans une expertise médicale du 21 juillet 2010, effectuée à la demande de [...], assurance de protection juridique de l'assuré, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques depuis 2009, d'état anxiodépressif au décours (des éléments d'une dépression étaient anamnestiquement présents en août 2009) et d'une surcharge fonctionnelle avec quelques signes de non organicité. Le Dr N._____ a relevé ce qui suit :

« **Evaluation et discussion**

On peut donc écarter chez ce patient un certain nombre d'affections d'origine organique, hormis l'arthrose lombaire, modérée il est vrai.

On s'oriente donc chez lui vers un diagnostic de lombalgies chroniques s'accompagnant d'une surcharge fonctionnelle. Le diagnostic de folliculite ainsi que celui d'urticaire factitia ont été retenus par le Dr H._____. On peut donc raisonnablement écarter un diagnostic de psoriasis.

Les lombalgies ne peuvent pas s'expliquer par un état inflammatoire qu'il s'agisse d'une pelvispondylite rhumatismale ou d'un rhumatisme psoriasique ni par une maladie osseuse métabolique comme une ostéoporose ou une ostéomalacie.

Le pronostic est donc bon.

Sur le plan thérapeutique, il y aurait lieu de diminuer progressivement puis d'arrêter les corticostéroïdes. Il y aurait lieu également d'envisager une physiothérapie active ainsi qu'une prescription de conseils ergonomiques. Le port d'une ceinture élastique lombaire serait en outre souhaitable au moment de la reprise du travail.

Capacité de travail

Il faut admettre que Monsieur D. _____ a été dans l'incapacité de travailler à 100% d'août 2009 jusqu'au 31 décembre 2009. Du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010, la capacité de travail a été réduite à 50%. Dès le 1^{er} juillet 2010, la capacité de travail peut être considérée comme égale à 100%. Toutefois le patient devrait recevoir des conseils ergonomiques et continuer à être suivi sur le plan médicamenteux pour assurer une antalgie compatible avec la reprise du travail ».

Dans un troisième rapport médical du 13 août 2010 au Dr B. _____, le Dr X. _____ a expliqué qu'il avait introduit un traitement de [...], car le patient supportait mal la [...].

Dans un rapport médical du 28 août 2010 au médecin-conseil d'[...] assurances, le Dr X. _____ a expliqué qu'il suivait l'assuré depuis le 14 avril 2010 et que la cause des douleurs chroniques était certainement multifactorielle. En restant superficiel, on pouvait poser le diagnostic de lombalgies non spécifiques avec superposition de causes psychosomatiques. En se penchant sur l'anamnèse, il y avait toutefois des éléments pour une « Beschwerdenkern » inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthropathie séronégative. Il expliquait que la plupart du temps, la maladie passait inaperçue, à son stade initial, sur les radiographies initiales, les examens en laboratoire et les scintigraphies. C'est pourquoi, comme il l'avait expliqué dans ses rapports au Dr B. _____, il avait prescrit du [...], médicament qui avait conduit à une diminution éclatante des douleurs. Ceci consolidait le soupçon de l'existence d'une maladie inflammatoire non détectable. Comme à terme, l'on ne pouvait continuer un traitement de corticostéroïdes à hautes doses, il avait tenté d'introduire de la [...] , laquelle avait malheureusement causé une allergie. Dès lors, depuis maintenant deux semaines, un traitement de [...] avait été introduit qui était jusqu'ici bien toléré, mais l'effet du médicament n'intervenait qu'entre six à huit semaines après sa prise. Parallèlement, les doses de stéroïde étaient

diminuées. Selon le Dr X._____, jusqu'à ce que la nouvelle médication soit totalement efficace, l'assuré restait totalement incapable de travailler, en raison des douleurs massives dans le dos et aussi dans les articulations périphériques. Il était cependant d'avis que d'ici deux mois environ [réf : soit dès le mois de novembre 2010], la capacité de travail pourrait être progressivement augmentée, d'abord à 50%. A partir du mois de novembre 2010, une reprise du travail à 50% devrait être possible.

Dans un rapport médical du 12 octobre 2010 au Dr B._____, le Dr X._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux multifactoriel chronique depuis début 2009 avec notamment :

- un noyau douloureux inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthropathie séronégative, faisant penser à une psoriasis-arthropathie sans psoriasis ;
- un syndrome lombovertébral chronique ;
- des douleurs structurelles à droites peu claires ;
- une périarthrite huméro-scapulaire à gauche ;
- une discrète gonarthrose droite débutante ;
- suspicion de perception de la douleur conditionnée de manière psychosociale et de difficultés d'assimilation de la douleur (« Verdacht auf überlagernde psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung ») ;
- Herpès à la jambe gauche au début de 2009.

Le Dr X._____ a relevé que le traitement de [...] avait été suspendu et qu'il renonçait pour le moment à introduire un autre antidépresseur, car actuellement le patient allait bien d'un point de vue psychique.

L'assureur perte de gain en cas de maladie a confié une nouvelle expertise au Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, lequel a vu l'assuré le 21 octobre 2010. Dans son rapport du 10 novembre 2010, l'expert a écrit notamment ce qui suit :

« 1. Quelle est l'anamnèse ?

L'anamnèse débute en 2009 par des douleurs lombaires basses pour lesquelles il consulte le Dr [...] à [...], lequel propose une solution chirurgicale. Il bénéficie depuis cette date d'une physiothérapie régulière.

En mai 2009, il signale des dysesthésies prenant le bras et la jambe gauche. Il est adressé à Monsieur [...] physiothérapeute : les douleurs s'améliorent au niveau du bras gauche les douleurs lombaires restent parfaitement inchangées.

Le 12.08.2009, il consulte le Dr B._____, rhumatologue à [...] qui le met au bénéfice d'un arrêt de travail. En août, il présente une éruption sur la face latéro-interne de la jambe gauche pour laquelle on diagnostique un zona.

En octobre, il est vu par le Prof. Z._____, neurologue, qui retient les diagnostics de discopathies cervicales et lombaires, de douleurs post-zostériennes de la jambe gauche.

Un traitement médicamenteux comprenant du [...], du [...], du [...] et du [...] est proposé.

Parallèlement, Monsieur D._____ poursuit la physiothérapie sans amélioration notable.

Il consulte alors le Dr X._____, rhumatologue, qui le voit à 3 reprises entre le 6 avril et le 29 juin. Il évoque le diagnostic de spondylarthrite séronégative : dans un premier temps, M. D._____ reçoit de la [...], puis un traitement de corticoïdes. Monsieur consulte en urgence pour l'apparition d'acouphènes et on lui conseille d'arrêter la [...].

En août 2010, il est revu par le Dr X._____, un traitement de [...] est commencé en injection hebdomadaire, d'abord 15 mg puis 20 mg avec parallèlement un traitement corticoïde.

2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?

Monsieur D._____ se plaint essentiellement de douleurs lombaires basses latéralisées à droite et présentes la nuit. Parallèlement, les dysesthésies du membre inférieur gauche persistent.

Il signale également des gonalgies droites avec parfois une tuméfaction d'évolution spontanément favorable.

Il est toujours excessivement gêné par des acouphènes au niveau de son oreille droite.

3. Quelles sont vos constatations objectives ?

A l'examen clinique, patient paraissant déprimé. (...)

Au status ostéo-articulaire, douleurs dans les mouvements de latéro-flexion et de flexion antérieure.

Importante contracture paravertébrale droite.

L'examen des sacro-iliaques met en évidence une sensibilité au niveau de la sacro-iliaque droite.

L'examen des épaules, des coudes, des poignets et des mains est sans particularité.

Au niveau des membres inférieurs, l'examen des genoux, des chevilles et des pieds est normal.

La distance doigts-sol est de 30 cm, le Schober est de 4.5 cm.

(...)

4. Quel est votre diagnostic ?

- Lombalgies communes
- Etat dépressif réactionnel avec douleurs somatoformes
- Discopathie dégénérative L5-S1
- Discopathies dégénératives cervicales C5-C6 et C6-C7
- Tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche touchant le sous-scapulaire et le sous-épineux.

5. Quel est le traitement suivi à ce jour ?

Le patient a été vu à une reprise par le Dr [...], psychiatre à [...] et a bénéficié d'un traitement de [...].

6. Préconisez-vous d'autres mesures ?

J'ai proposé au Dr B. _____ d'arrêter le traitement de _____.

J'ai également demandé au Dr B. _____ de solliciter à nouveau une prise en charge psychiatrique auprès du Dr [...].

7. Quel est le mécanisme qui a déclenché et entretient les troubles psychiques ?

Les lombalgies présentées par Monsieur D. _____ sont certainement à l'origine de son état dépressif réactionnel et d'une somatisation certaine. L'organicité des plaintes de l'assuré est moyenne.

8. Dans quelles mesures l'assuré n'est-il plus capable d'exercer son activité habituelle ?

L'activité d'informaticien est exigible.

9. Est-il en mesure d'exercer une autre activité ?

Sans objet.

10. Quel est votre pronostic en ce qui concerne le pourcentage et la durée de l'incapacité de travail ?

Un terme doit être mis à son arrêt de travail, notamment en ce qui concerne son problème lombaire ».

Dans un rapport médical du 16 novembre 2010 au médecin conseil de [...], le Dr X. _____ a posé en substance les mêmes diagnostics que dans son rapport médical du 12 octobre 2010. Il a expliqué que les douleurs du patient étaient réapparues massivement suite à une réduction successive des doses médicamenteuses. Celui-ci avait de nouveau des douleurs importantes la nuit, avant tout à l'épaule droite, au genou droit et dans les basses lombaires. Il avait été décidé de procéder à une IRM du genou droit afin d'objectiver les douleurs, car une composante psychogène était présente. Le résultat de l'IRM n'était pas encore disponible. Une reprise du travail n'était toujours pas possible en raison de la recrudescence des douleurs pendant la nuit. Du point de vue du Dr X. _____, le diagnostic supposé d'une étiologie principalement

inflammatoire était superficiel, en raison du déroulement et aussi de la réponse partielle au traitement anti-inflammatoire. Le fait que la réponse au traitement de [...] ne soit pas suffisante, n'était en aucun cas inhabituel en cas de spondylarthrite séronégative, au contraire. Dans ce type de maladie, les analyses en laboratoires donnaient des résultats à peine visible et les constats radiologiques survenaient la plupart du temps aussi après une longue période de latence. Finalement, d'un point de vue thérapeutique, le Dr X. _____ expliquait se trouver dos au mur, car les traitements entrepris depuis 2009 tant au plan somatique (physiothérapie et traitement analgésique) qu'au plan psychologique n'avaient pas abouti au résultat escompté et le patient était toujours en incapacité de travail en raison de ses douleurs nocturnes. Le Dr X. _____ voulait tenter encore une thérapie de [...] pendant trois à quatre mois.

Le 21 janvier 2011, l'assuré a déclaré au moyen du formulaire 531 bis qu'en bonne santé, il travaillerait à 100% en tant qu'ICT Operations manager, et ce depuis toujours.

Dans un rapport médical du 21 janvier 2011 au Dr B. _____, le Dr X. _____ a indiqué que l'assuré avait été adressé à un psychiatre qui n'avait posé aucun diagnostic psychiatrique.

Sur demande de l'assureur perte de gain, l'assuré s'est soumis à une expertise psychiatrique le 19 janvier 2011 qui a été réalisée par le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du [...]. Dans son rapport du 27 janvier 2011, le Dr M. _____ a notamment écrit ce qui suit :

« **Données objectives**

Status psychique

Monsieur D. _____ est ponctuel à son rendez-vous. Sa présentation est sans particularité. Il se déplace librement sans difficulté. En fin d'entretien, il demande à se lever pour atténuer ses douleurs. Durant tout l'entretien, il adopte une position antalgique, ne pouvant pas se tenir droit sur sa chaise. Nous n'observons pas d'attitude particulièrement démonstrative.

Il s'exprime bien en français avec un léger accent suisse-allemand. Il est normalement orienté dans les trois modes. Il n'y a pas de trouble

de la vigilance. On n'observe pas de trouble cognitif. Il a de bonnes compétences intellectuelles.

On perçoit une certaine fragilité en lien avec la situation actuelle. Toutefois, on n'observe pas de labilité émotionnelle, ni de tristesse envahissante. On n'observe pas de fatigue marquée durant l'entretien. L'assuré est quelque peu tendu. Toutefois il parvient à se livrer avec authenticité. Il n'y a pas de signe neurovégétatif d'angoisse. Il n'y a pas de trouble du contenu de la pensée.

Il ne présente pas d'élément maniaque ni d'élément psychotique. Il n'y a pas de trait psychopathologique manifeste.

(...)

Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale

Monsieur D. _____ est un assuré de 42 ans, marié à deux reprises, vivant actuellement en concubinage, père de trois enfants issu des deux mariages et d'une liaison actuelle, le couple vit en concubinage.

Monsieur D. _____ a semble-t-il travaillé initialement comme mécanicien. Il aurait ensuite obtenu diverses formations notamment un MBA en business administration en 2005. Il a travaillé dans la vente et le soutien technique. Il est ensuite devenu indépendant de 1986 à 1988 dans un centre de réparation de voitures.

Depuis le début des années 80, il s'occupe de technologie informatique, ayant eu le plus souvent des responsabilités d'équipe. Il a également travaillé pour son compte à plusieurs reprises. En dernier lieu, il travaillait pour A. _____. Il y est resté du 1^{er} janvier 2008 à août 2009, date de son arrêt de travail. Il avait la responsabilité d'une équipe d'une trentaine de personnes.

Il n'avait aucune crainte concernant son avenir professionnel. Il avait des perspectives de retrouver un travail à A. _____ à partir de 2012. Il avait été également sollicité par l'entreprise à laquelle avait été outsourcé une partie du service informatique. Il a reçu d'autres propositions.

Monsieur D. _____ n'a pas d'antécédents psychiatriques. Les problèmes psychiques ont été évoqués à la fin de l'année 2009. Ceci a conduit à une évaluation unique par le Dr [...], psychiatre. Il n'y a pas eu de suite de traitement. Par la suite, un trouble somatoforme a également été évoqué. Il a reçu du [...] et du [...] mais il n'est pas possible de savoir si ce médicament a été donné à visée antalgique ou antidépressive. Il apparaît probable que ce soit quand même un effet antidépresseur qui était recherché puisque la prescription de ce traitement a été préconisée dans le rapport du Dr Z. _____ qui mentionnait un état dépressif.

Pour sa part, l'assuré ne reconnaît pas de symptomatologie dépressive.

Situation actuelle et conclusions :

Sur la base des plaintes subjectives et de nos constatations, nous retenons un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43 22). Les plaintes subjectives correspondent bien aux constatations objectives hormis pour la description d'un état de fatigue que nous n'avons pas observé.

L'état psychique actuel n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif. En effet, on n'observe pas de ralentissement ni de trouble

cognitif ou d'état de tristesse important. L'assuré décrit parfois des idées noires mais celles-ci ne sont pas envahissantes et il n'y a pas d'idées suicidaires.

La question d'un trouble somatoforme doit être posée. On pourrait penser en premier lieu soit à une somatisation soit un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans ce type d'affection, on observe souvent à l'origine des conflits interpersonnels ou des conflits intrapsychiques. Notre anamnèse n'en a pas mis en évidence. Il y a bel et bien un licenciement mais l'assuré avait des perspectives de retrouver un emploi. On observe une attitude algique mais pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. L'assuré a des doutes quant à la nature exacte de ses douleurs. On note toutefois qu'il y a eu parfois des bonnes réponses au traitement, parfois des échecs au traitement.

Il n'est pas possible de déduire de ces échecs thérapeutiques un diagnostic de trouble somatoforme. Conformément à ce qui est mentionné dans le dossier médical, le fait que l'assuré ait contesté certaines conclusions d'un confrère et la façon dont il l'a fait ne nous paraît pas un élément pertinent pour retenir un trouble somatoforme.

Il y a peut-être une attention plus particulière portée aux douleurs dans un contexte anxieux et peut-être de déstabilisation en lien avec la perte de son travail mais nous pensons que cela ne représente pas un trouble somatoforme.

En conclusion, l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychique. Il nous a questionné en fin d'entretien sur l'opportunité d'un traitement psychothérapeutique. Un tel suivi n'est pas formellement indiqué ».

Dans un rapport médical du 12 février 2011 au Dr B._____, le Dr X._____ a rappelé le diagnostic de syndrome douloureux multifactoriel chronique depuis début 2009 avec :

- Suspicion d'un noyau douloureux (« Beschwerdenkern ») inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthropathie séronégative, faisant penser à une psoriasis-arthropathie sans psoriasis ;
- Suspicion de perception de la douleur conditionnée de manière psychosociale et difficulté d'assimilation de la douleur (« Verdacht auf überlagernde psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung ») et de syndrome de fibromyalgie ;
- un syndrome lombovertébral chronique ;
- des douleurs structurelles à droites peu claires ;
- une périarthrite huméro-scapulaire à gauche ;
- une discrète gonarthrose droite débutante ;
- Status après herpès à la jambe gauche au début 2009.

Le Dr X. _____ a de plus expliqué que la réponse au traitement de [...] n'était pas bonne, ce qui rendait la présence d'un spondylarthrite séronégative douteuse et permettait de mettre au premier plan plutôt le diagnostic psychosocial de perception de la douleur psychosocialement conditionnée. D'un autre côté, le psychiatre consulté n'avait trouvé aucune évidence pour un trouble somatoforme douloureux. Le Dr X. _____ avait dès lors décidé de tenter un dernier traitement (au moyen de [...]) limité à deux ou trois mois. Dans l'hypothèse où son patient ne répondrait pas à ce traitement de manière significative, le diagnostic supposé de maladie rhumato-inflammatoire serait définitivement abandonné, ce que le Dr X. _____ lui avait largement expliqué. Il lui avait également expliqué que le diagnostic supposé d'une telle maladie inflammatoire reposait avant tout sur la présentation anamnestique des douleurs (principalement douleurs nocturnes) ainsi que la réponse à la thérapie de [...]e et de [...] et qu'il n'y avait pas de possibilité supplémentaire de l'objectiver clairement. En effet, les spondylarthropathies séronégatives ne pouvaient la plupart du temps, au stade initial de la maladie, pas être constatées par radiologie ou par le biais d'examens en laboratoire. Dès lors, soit le diagnostic pouvait être confirmé sur la base d'une réponse évidente aux traitements, soit en l'absence de réponse, il faudrait se prononcer en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux chronique, respectivement de fibromyalgie. Le Dr X. _____ a encore précisé que le fait que la spondylarthrite soit confirmée ou non, n'aurait pas d'incidence essentielle sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. En effet, les pathologies rhumato-inflammatoires étaient de nos jours traitables et ne conduisaient en règle générale pas à des incapacités de travail de longue durée pour des activités légères, hormis en cas de processus dégénératif important, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Quant au diagnostic de syndrome douloureux chronique, il ne donnait pas droit, selon la jurisprudence, à une rente d'invalidité. S'agissant de la capacité de travail au plan psychique, il faudrait assurément la déterminer au moyen d'une expertise. Finalement, le médecin avait recommandé à son patient de reprendre le travail aussi vite que possible, car cela pouvait avoir un effet positif sur ses douleurs.

Dans un rapport médical à l'OAI du 25 février 2011, le Dr X._____ n'a pas posé de diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Il considérait que l'activité exercée par l'assuré était encore exigible d'un point de vue médical, renvoyant également à cet égard à son rapport du 12 février 2011 et précisant que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était totale. De ce point de vue, la reprise du travail était possible dans les prochaines semaines, éventuellement de manière progressive.

Le 20 mars 2011, l'assuré a été admis aux urgences des Hôpitaux [...] (ci-après : [...]), puis a séjourné dans cet hôpital jusqu'au 24 mars 2011, date à laquelle il est retourné à son domicile. Il ressort d'une lettre de sortie du 29 mars 2011 rédigée par les Dresses S._____, cheffe de clinique et V._____, que le motif de l'hospitalisation était un malaise d'origine indéterminée. Ces médecins ont indiqué comme diagnostic secondaire une pyélonéphrite à E. coli., ainsi que comme comorbidités actives un syndrome douloureux chronique évoluant depuis 2009, avec :

- suspicion de spondylarthropathie séronégative (DD :arthropathie psoriasique sans atteinte cutanée) traité par immuno-suppresseur et [...] avec contrôle antalgique peu favorable,
- suspicion de fibromyalgie,
- trouble de la perception de la douleur,
- syndrome lombo-vertébral chronique avec troubles dénégatifs de la colonne L5-S1 et
- gonarthrose droite sans lésion méniscale médiale.

Les Dresses S._____ et V._____ ont par ailleurs écrit ce qui suit :

« (...)

Anamnèse actuelle

Monsieur D._____ se plaint depuis quelques jours d'une exacerbation de douleurs diffuses chroniques, principalement lombaires, avec une fatigue importante. Il présente le 23.03.2011 un malaise avec possible perte de connaissance sans traumatisme crânien. A noter l'absence d'argument pour une crise d'épilepsie. Il est transféré aux urgences pour suite de prise en charge. A son arrivée, le patient est hémodynamiquement stable avec GCS à 15/15. Une IRM dorso-lombaire ne

montre pas d'argument pour une spondylodiscite ni pour une spondylarthropathie active. Une formule sanguine complète montre un discret syndrome inflammatoire et un sédiment urinaire revient pathologique. Le patient bénéficie d'un traitement de [...] et est, dans un contexte d'immunosuppression par [...], [...]e et [...], transféré dans notre service pour suite de prise en charge.

(...)

Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes

(...)

En ce qui concerne les douleurs diffuses, nous les mettons sur le compte d'un syndrome douloureux chronique. Ces dernières seront partiellement calmées par la prise de paracétamol, AINS et [...]. Nous poursuivons également son traitement de [...], mais mettons en suspens le [...]e dont nous vous laissons le soin de réévaluer l'introduction à distance. Après discussion avec vous, nous comprenons que ces douleurs rentrent également dans un contexte psycho-social difficile. Nous proposons à Monsieur D._____ une évaluation par nos confrères du centre multidisciplinaire de la douleur des [...], et vous laissons le soin d'organiser un rendez-vous.

(...)

Incapacité

Aucune ».

Dans un rapport médical du 18 mai 2011 à l'OAI, le Dr B._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de suspicion de spondylarthropathie séronégative (DD : arthropathie psoriasique sans atteinte cutanée), syndrome douloureux chronique (suspicion de fibromyalgie), syndrome lombo-vertébral chronique avec trouble dégénératif L5-S1, gonarthrose droite avec lésion méniscale médiale, cervicalgies secondaires à des discopathies étagées C5-C6-C7. Il a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, une tendinite péritrochantérienne gauche, un status post-périarthrite de l'épaule gauche, un status post-zona de la jambe gauche avec douleurs post-zostériennes traitées par [...] et [...]. Actuellement, le patient présentait des douleurs tendino-musculaires de l'avant-bras gauche, du biceps à gauche, à la palpation latéro-cervicale gauche et scapulo-humérale gauche. La mobilisation de l'épaule gauche était douloureuse mais sans déficit, il y avait des lombalgies à la percussion, la flexion était possible mais douloureuse. Il y avait des douleurs péritrochantériennes gauches et le genou gauche était douloureux à la mobilisation, ainsi qu'à droite (lésion méniscale connue). Le Dr B._____ a attesté d'une incapacité

totale de travailler en tant qu'informaticien à compter du 13 août 2009 et a fait état d'une fatigabilité importante, d'un syndrome douloureux chronifié. Il ne fallait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport médical du 11 juin 2011 au Dr B._____, le Dr X._____ a expliqué que le résultat de la thérapie de [...] était troublant. En effet, après que le patient ait dit se porter mieux (lors du contrôle du 6 mai 2011), raison pour laquelle le diagnostic de suspicion de perception dérangée de la douleur aurait pu être écarté, il avait ensuite rapporté à son médecin la présence de toute une liste de symptômes. Lors du dernier contrôle du 7 juin, le patient rapportait des douleurs non spécifiées et présentes à divers endroits (« multiple polytope unspezifische Beschwerden »), dans diverses articulations et à côté de cela des plaintes typiquement psychovégétatives, comme des maux de têtes, des douleurs abdominales et des vertiges. La symptomatologie et surtout l'ampleur des plaintes subjectivement ressenties ne pouvait pas être suffisamment expliquée d'un point de vue somatique. La présentation des symptômes donnait bien plutôt l'impression d'une difficulté d'assimilation de la douleur en aggravation. Vu la tournure que prenaient les choses, le Dr X._____ avait expliqué à son patient qu'une maladie rhumatologique nécessitant un traitement intensif, n'était certainement pas présente, raison pour laquelle ils avaient décidé de mettre un terme à la thérapie. Seuls des analgésiques lui avaient été prescrits en réserve. Au sujet de la capacité de travail, le Dr X._____ expliquait que d'un point de vue somatique, il n'y avait pas de fondement à une incapacité de travail, comme il l'avait dit dans ses précédents rapports et comme il l'avait largement expliqué au patient. Il l'avait encouragé à reprendre son activité qui était physiquement légère. Il précisait que même dans le cas d'une maladie rhumato-inflammatoire, il n'y avait pas de raison médicale de reconnaître une incapacité de travail de longue durée, et que les patients qui présentaient de telles maladies, travaillaient en général à 100%, en particulier dans des activités légères. Le médecin rapportait finalement que le patient lui avait dit qu'il ne renoncerait pas à chercher la cause de ses douleurs.

Dans un rapport du 28 juin 2011, le Dr [...], médecin praticien, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a écrit ce qui suit :

« Assuré de 48 ans, avec la formation de Computer Progra aux USA et un Master of business Administration (1 an en [...]).

En arrêt de travail depuis le 13.08.2009, l'assuré a été expertisé à trois reprises par l'assurance perte de gain, deux fois par des rhumatologues et une fois par un psychiatre. En analysant les trois expertises nous considérons qu'elles possèdent une valeur probante haute.

Selon le Prof. N._____, rhumatologue, l'activité d'informaticien est exigible. Atteste une IT à 100% du 13.08.2009 au 31.12.2009, de 50% du 01.01.2010 au 30.06.2010, et une pleine capacité de travail à partir du 01.07.2010, à noter que cette date est antérieure à l'expertise. L'opposition et les remarques de l'assuré ont porté à l'organisation d'une deuxième expertise.

Le Dr Y._____ confirme que l'activité d'informaticien est exigible. Par rapport aux remarques que l'assuré avait faites à l'expertise du Prof. N._____, il considère un trouble douloureux somatoforme.

En janvier 2011, l'expertise psychiatrique du Dr M._____, psychiatre, infirme le diagnostic de trouble somatoforme. L'assuré ne réunit pas les critères.

L'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychique, un suivi psychothérapeutique n'est pas formellement indiqué.

Les rapports médicaux du 21.01.2011, 06.05.2011 et 18.05.2011 n'apportent pas d'éléments nouveaux qui auraient pu échapper aux auteurs des expertises.

En conclusion, en l'absence de limitations psychiques et son travail complètement adapté à sa pathologie lombaire, nous considérons la capacité de travail de l'assuré pleine ».

Par projet de décision du 4 juillet 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, sur le base des constatations suivantes :

« Vous exercez l'activité d' « ICT Operations Manager ».

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 13 août 2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI susmentionné.

Après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre capacité de travail est totale dans toute activité depuis le 1^{er} juillet 2010. Des mesures d'ordre professionnel ne sont donc pas nécessaires.

De plus, la durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert ».

Le 15 juillet 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant en substance valoir qu'il était toujours en incapacité totale de travailler depuis le 13 août 2009.

Par décision du 14 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 4 juillet 2011.

B. Par acte du 14 octobre 2011, D._____, par l'intermédiaire de sa mandante, Me Corinne Monnard Séchaud, recourt contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2010, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} août 2011. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire pour déterminer son taux d'incapacité de travail et à l'audition de ses médecins traitants. A l'appui de son recours, il produit notamment un courrier du Dr B._____ du 19 août 2011 adressé à son conseil, dans lequel ce médecin renvoyait à son rapport du 18 mai 2011 à l'OAI contenant les diagnostics posés. Il rappelait que selon lui, l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 13 août 2009 au 18 mai 2011, ce qui était confirmé par le courrier du Dr X._____ du 28 août 2010, lequel demandait la poursuite de l'arrêt de travail jusqu'à fin 2010. Il précisait que son patient souffrait d'un syndrome douloureux qui avait été traité comme un rhumatisme inflammatoire jusqu'à fin juin 2011. Le patient avait rendez-vous à la fin août 2011 avec le Dr [...], neurologue, en raison des lombalgies et de sensations de faiblesse des membres inférieurs dont il se plaignait. Le recourant produit également deux convocations pour les 24 octobre et 22 décembre 2011, émises par le service de neurologie des [...].

Dans sa réponse du 16 janvier 2012, l'OAI conclut au rejet du recours et à la requête d'expertise, considérant que les trois expertises

déjà effectuées (respectivement par les Drs N._____, Y._____ et M._____) sont probantes.

C. Dans sa réplique du 19 décembre 2012, le recourant fait valoir que, selon lui, les avis de ses médecins traitants, les Dr X._____ et B._____, sont en contradiction avec les expertises réalisées, de même que des rapports médicaux du Dr H._____, spécialiste en dermatologie et allergologie, du 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 médications 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 musculotendineuses 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 aiguë 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 « dysimmune ». 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 autoimmunitaire 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 myositis inflammatoire (inflammation des muscles) dans le cadre d'une possible infection de la fièvre Q et une probable neuropathie sensory-moteur 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._____rt, 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, neuropathologues 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. _____rt 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 évènement. 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 à 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 LPGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA). 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'examens 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 autoimmune, 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 rhumatica, sur la base d'examen cliniques 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour D. _____),
- 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 :