

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Y._____, né le [...], ressortissant du [...], marié et père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], a travaillé en Suisse depuis 1991 dans le domaine de la restauration et de l'hôtellerie. Il a déposé le 22 juin 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes, pour cause de maladie (blocage des muscles dans deux jambes et douleur dans le bras gauche).

Par courrier du 21 juillet 2009, J._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une « demande en vue de la sauvegarde des délais », demande à laquelle divers documents médicaux étaient joints, notamment :

- Un bilan veineux des membres inférieurs établi le 8 juillet 2008 par la Dre P._____, spécialiste en angiologie, qui posait les diagnostics de crampes musculaires d'origine peu claire, avec un examen veineux dans la norme, et qui proposait de rechercher soit un problème électrolytique, soit une origine neurologique.
- Un rapport du 11 juillet 2008 dans lequel le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de crampes musculaires d'origine indéterminée et constaté que l'examen clinique et l'ENMG ne permettaient pas de démontrer de neuropathie périphérique. Il résultait en outre de l'examen électroneuromyographique effectué le même jour par ce médecin qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'une neuropathie motrice au membre inférieur droit. Le médecin notait que ce dernier examen avait été mal toléré.
- Un rapport établi le 8 octobre 2008 par le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, qui posait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « crampes des membres inférieurs d'origine indéterminée ». Le médecin relevait une « aggravation progressive des symptômes et échec des diverses thérapies », signalait l'interruption du traitement et indiquait une

incapacité de travail de 100 % du 9 juin au 14 août 2008 et à 80 % dès le 15 août 2008 pour une durée indéterminée.

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

- Un rapport établi le 14 novembre 2008 par le Dr N._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, lequel expose en particulier ce qui suit :

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

L'anomalie de la fonction thyroïdienne, que je retrouve, dans une moindre mesure, n'est pas significative, surtout en l'absence d'anticorps anti-thyroïdiens. »

- Un rapport établi le 10 février 2009 par le Prof. Z._____, spécialiste en neurologie, responsable de l'unité [...] du Centre E._____, qui expose notamment ce qui suit :

« Indication : Crampes
Diagnostique(s) retenu(s) : Fasciculations-crampes des mollets.
(...)

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

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

Selon le questionnaire pour l'employeur établi le 20 janvier 2010, l'assuré a travaillé du 1^{er} juin 2008 au 31 décembre 2009 comme gérant de cabaret. Son contrat de travail a été résilié pour cause de maladie. Le salaire AVS mensuel s'élevait à 6'800 fr. en 2008 pour une activité à 100 % et à 1'360 fr. en 2009 en raison d'une incapacité de travail de 80%. Sans l'atteinte à la santé, l'assuré aurait gagné environ 60'000 fr. par an dans son ancienne activité. Selon une lettre de l'employeur du 29 janvier 2009, l'assuré a travaillé au taux d'activité de 20% dès le 1^{er} mars 2009.

Dans un rapport à l'AI du 3 août 2010, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que, théoriquement, aucune limitation à l'exercice d'une activité n'existait. L'assuré et ses soignants avaient discuté plusieurs fois de la reprise d'une activité professionnelle, ceux-ci ayant de la peine à expliquer l'incapacité de travail en l'absence de déficit objectivable. Le Dr H._____ évoquait la possibilité d'autres problèmes. Était jointe à ce rapport une lettre du 15 juin 2010 au médecin généraliste traitant, dans laquelle les Drs Z._____ et H._____ exposaient notamment :

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

Attitude : abstention thérapeutique jusqu'au prochain contrôle. »

Dans un avis médical du 2 septembre 2010, se référant aux rapports des 3 mai 2010 du Dr O._____ et 3 août 2010 du Dr H._____ le SMR retenait l'absence de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail, tout en admettant « que la possibilité d'alterner les positions doit être retenue ».

Dans un rapport du 22 octobre 2010 signé notamment par le Dr Z._____, les médecins du Service de [...] du Centre E._____ notaient la stabilité du problème présenté par l'assuré, lequel était encouragé à poursuivre des exercices d'étirement.

Dans une lettre du 18 janvier 2011, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il s'était mis à son compte depuis le 1^{er} septembre 2009 dans deux entreprises, l'une de vente de véhicules et l'autre de peintre en bâtiment, et a joint deux certificats médicaux des 20 janvier et 28 septembre 2010 par lesquels le Dr O._____ a attesté d'une incapacité de travail complète dès le 15 octobre 2009, puis d'une reprise à 20 % dès le 18 mars 2010.

Dans un avis médical du 26 janvier 2011, le SMR a noté que le rapport médical du Centre E._____ du 22 octobre 2010 n'apportait rien de nouveau et que l'activité de peintre en bâtiment n'était pas adaptée, faute de permettre l'alternance des positions.

Par projet de décision du 23 février 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il envisageait de rejeter la demande de rente et a proposé une aide au placement. Il constatait que la capacité de travail de l'intéressé

était inexistante dans son activité habituelle de directeur de cabaret à 20 %, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans un travail permettant l'alternance des positions. Il relevait que l'assuré avait choisi de ne pas bénéficier de mesures professionnelles de l'AI pour se reclasser lui-même dans la vente de voiture et la direction d'une entreprise de peinture depuis 2009 et qu'il avait cessé ces deux activités en raison d'une aggravation de son état de santé. Les renseignements médicaux obtenus depuis confirmaient toutefois que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (alternance des positions), ce qui n'était pas le cas de l'activité de peintre en bâtiment. Pour procéder à la comparaison des revenus, l'OAI a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui donnait un montant annuel de 54'776 fr. 80. Le revenu sans invalidité, constitué du revenu de directeur de cabaret à 20 % et d'un revenu de serveur pour le 80 % restant, s'élevait à 54'776 fr. 80, de sorte qu'il n'y avait aucun préjudice économique.

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

Consulté par l'assuré, le Prof. R._____, spécialiste en neurologie, a proposé le 5 avril 2011 au Dr O._____ de procéder à des investigations supplémentaires sur la base notamment de ce qui suit :

« Au status neurocomportemental, je trouve un patient qui est orienté dans le temps et dans l'espace, qui a un langage fluent de quelqu'un qui parle une langue étrangère. Il est un peu logorrhéique et a de la peine de se prononcer de façon précise. (...)

Il y a une forte dissociation entre sa relative vivacité de contact et la lenteur anormale dans des situations de test. (...)

Au status neurologique complet, je trouve un patient qui peut marcher normalement et même courir, qui peut marcher sur les

pointes de pied et les talons (...). La force dans toute la musculature est entièrement intacte. Il n'y a pas d'atrophie et je n'ai pas observé de fasciculations. La coordination est normale aux membres supérieurs et inférieurs. Il y a un érythème palmaire bilatéral.
(...)

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

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

Dans un avis médical du 7 juin 2011, le SMR a pris acte du rapport du Dr R. _____ et indiqué que, selon conversation téléphonique avec le Dr O. _____, l'imagerie cérébrale n'avait pas pu être réalisée en raison de l'état de panique de l'assuré tandis que les analyses sanguines n'apportaient rien de plus. Le SMR proposait dès lors de mettre en œuvre une expertise neurologique.

Mis en œuvre par l'OAI, le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a déposé son rapport le 16 août 2011, comprenant une anamnèse complète, un exposé des plaintes et données subjectives de l'assuré, et des constatations objectives (examen neurologique, ENMG [électroneuromyographie], EEG [électroencéphalogramme], Echo-Doppler carotidien vertébral et sous-clavier). L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais a évoqué les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de douleurs des membres inférieurs d'origine indéterminée (présentes depuis 2008), de lombo-« sciatalgies » (sic) gauches et blocage douloureux du membre inférieur d'origine indéterminée (présentes depuis le 18 mars 2008) et de troubles neuropsychologiques sans substrat somatique certain (présents

depuis septembre 2010). Il a résumé comme suit les examens effectués depuis 2008 en lien avec les plaintes de l'assuré aux membres inférieurs :

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

De très nombreux médicaments ont été tentés pour lutter contre les phénomènes douloureux comportant l'utilisation de magnésium, de relaxants musculaires, d'anti-épileptiques, d'anticalciques et d'anti-épileptiques, sans effet significatif de même que l'administration de sulfate de quinine. Sur le plan diagnostique, le Prof. Z. _____ a retenu le diagnostic de crampes/fasciculations.

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

Actuellement, les troubles susmentionnés persistent sans changement. »

L'expert a relevé, s'agissant des autres plaintes de l'assuré, qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombosacrée avait été effectuée le 1^{er} octobre 2010, laquelle n'avait révélé qu'une discopathie débutante L4-L5 avec une petite protrusion latérale gauche dans le canal de conjugaison sans évidence de compression radiculaire. En outre, les examens complémentaires suggérés par le Dr R. _____ avaient été pratiqués, à l'exception des examens radiologiques en raison d'une réaction claustrophobique de la part de l'assuré et s'étaient tous révélés dans les normes, mis à part les valeurs de TSH à nouveau modérément élevées. En définitive, procédant à l'appréciation du cas et au pronostic, l'expert a conclu comme suit :

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

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

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

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

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

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

Pour les éléments susmentionnés, je conclus que, en ce qui concerne les lombalgies et les phénomènes de blocage douloureux du membre inférieur gauche, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique et notamment d'une souffrance radiculaire à l'origine des troubles. Il n'y a pas non plus d'éléments en direction d'une atteinte tronculaire.

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

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

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

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

Par décision du 30 novembre 2011, reprenant la motivation développée dans son projet de décision, l'OAI a rejeté la demande de rente et proposé une aide au placement.

B. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 décembre 2011. Dans le cadre de cette procédure, il a produit en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 21 mars 2011 par la Dre M._____, spécialiste en neurologie, qui posait le diagnostic de « syndrome de crampes-fasciculations » et émettait en particulier la conclusion suivante :

« Compte tenu de l'évolution clinique et des différents neurologues qui ont déjà examiné le patient, je pense que l'on peut conclure à un syndrome de crampes-fasciculations, qui est une entité clinique rare, et qui est décrite comme bénigne, en raison de l'absence de faiblesse et d'atrophie associées, mais qui peut parfois précéder l'apparition d'une atteinte du motoneurone. (...)

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

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

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

- Un rapport établi le 28 novembre 2011 par le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie, en médecine interne et en médecine physique et réhabilitation, dans lequel il a posé le diagnostic principal de lombosciatalgies gauches avec tendinopathie du muscle pyramidal, troubles fonctionnels de l'articulation sacro-iliaque gauche, troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec bascule du bassin de 1.5 cm en défaveur de la gauche (radiographie du 15.09.2011), scoliose dorso-lombaire à convexité lombaire gauche, discopathie L4-L5 (IRM du 01.10.2010 et du 26.09.2011) et relâchement de la sangle abdominale avec hernie ombilicale. Le Dr T._____ concluait comme suit : « Les troubles fonctionnels du rachis, en particulier de l'articulation sacro iliaque gauche, pourraient expliquer au moins une partie des plaintes de votre patient. Les tendinopathies du muscle pyramidal, du fait de leur rapport anatomique avec le nerf sciatique, peuvent être à l'origine

d'un syndrome de défilé dû à une compression du nerf sciatique et gêner grandement à la marche, dont le schéma est rendu anormal. (...) Sur le plan rhumatologique et au vu des éléments relevés à disposition, je ne retiens pas d'indication à une incapacité de travail de longue durée. »

- Un certificat médical établi le 25 février 2012 par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, dans lequel ce médecin a posé en particulier les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec discopathie L4-L5 et surcharge articulaire postérieure L4-L5, L5-S1, de périarthrite d'accompagnement de la hanche gauche (syndrome du muscle pyramidal), de syndrome sacro-iliaque gauche et de troubles statiques du rachis (bascule du bassin gauche et scoliose dorso-lombaire). Il précisait que l'assuré se trouvait « malheureusement déjà dans une situation de syndrome douloureux chronique nécessitant une prise en charge intensive et multidisciplinaire » et que, dans l'attente des examens complémentaires et de mesures thérapeutiques, « l'incapacité de travail dans l'activité manuelle du patient devrait se maintenir aux alentours de 80%. »

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

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

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

Par courriers des 25 et 28 mars 2013 à l'assuré, l'OAI a confirmé qu'une expertise rhumatologique allait être mise en œuvre conformément à l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 puis l'a informé que le mandat d'expertise avait été confié à la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie.

Le 28 mars 2013 également, l'assuré a adressé à l'OAI une correspondance faisant valoir qu'une analyse sur le plan rhumatologique était inutile et a notamment joint les documents suivants :

- Un rapport établi le 27 avril 2012 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, exposant en particulier ce qui suit :

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

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

- Un rapport du 11 septembre 2012 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, concluant comme suit :

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

En raison de la longue durée de l'évolution, l'amélioration sera certainement plus difficile à obtenir. En tout état de cause, je propose de pratiquer rapidement une infiltration des articulaires postérieures L2-L3 des deux côtés puis, selon l'évolution de pratiquer une deuxième infiltration des articulaires postérieurs L4-L5 gauches. (...) »

- Un rapport du 18 septembre 2012 du Dr V. _____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation, dont les conclusions sont les suivantes :

« Discussion et proposition thérapeutiques

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

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

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

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

Sur le plan de l'incapacité de travail, il est clair que les activités physiques ne sont plus possibles. Par contre, les activités intellectuelles, comme la vente d'automobiles en elle-même,

devraient pouvoir reprendre, en particulier si le traitement de 3 semaines de [...] se révèle bénéfique. »

S'adressant à l'OAI par courriers des 2 et 4 avril 2013, l'assuré a notamment fait valoir que l'on ne pouvait suivre l'expertise du Dr L. _____ dans la mesure où ce médecin n'avait pas pu mener à terme les examens nécessaires, ceux-ci ayant provoqué des douleurs et des blocages insupportables et ayant dès lors dû être interrompus. En revanche, l'assuré a soutenu que l'existence d'une atteinte neurologique ressortait du rapport du 10 février 2009 des Drs Z. _____ et H. _____ et a remis en cause la pertinence d'une expertise rhumatologique.

L'OAI ayant répondu à l'assuré que l'expertise sollicitée le 28 mars 2013 auprès de la Dre D. _____ ne pouvait être remise en cause dès lors que l'instance cantonale avait ordonné un tel complément d'instruction, l'assuré a encore adressé divers courriers, à l'OAI le 9 avril 2013, puis le 14 mai 2013 à la Dre D. _____, qui l'avait fait convoquer entre-temps, en faisant valoir que l'OAI disposait de tous les éléments nécessaires pour rendre une nouvelle décision.

Le 21 mai 2013, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation l'enjoignant de se présenter au rendez-vous d'expertise fixé au 28 juin 2013 et l'informant qu'à défaut, il serait statué sur la base du dossier. Dans un écrit du 25 mai 2013, l'assuré a maintenu qu'il ne participerait pas à l'expertise en cause, notamment en raison du fait qu'il avait eu une « mauvaise expérience très douloureuse » avec le Dr L. _____.

Dans un projet de décision du 11 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rendre une décision de refus de rente. Dans sa motivation, il a relevé être fondé à clore l'instruction et à se prononcer en fonction des éléments au dossier compte tenu du manque de collaboration de l'intéressé, lequel avait refusé de se soumettre à l'expertise ordonnée par la Cour des assurances sociales, et ce malgré la sommation du 21 mai 2013. Cela étant, l'office a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle comme directeur de cabaret ou peintre en bâtiment, que cette capacité était en revanche entière dans une activité adaptée et qu'il n'en

résultait aucun préjudice économique pour l'intéressé, eu égard à un revenu avec invalidité de 55'247 fr. 08 – sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. en 2008 selon l'ESS, dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10 %) et d'un abattement de 10% – et à un gain sans invalidité de 54'776 fr. 80.

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

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

Aux termes d'un courrier du 29 octobre 2013, l'assuré a déclaré faire opposition [sic] à la décision de l'OAI du 22 octobre 2013, reprenant en substance les motifs invoqués dans ses précédentes écritures et impartissant à l'office un délai au 15 novembre 2013 pour lui octroyer une rente d'invalidité « considérable ». Le 16 novembre 2013, l'intéressé a encore écrit à l'OAI menaçant cet office ainsi que le collaborateur chargé de la gestion de son dossier de diverses plaintes.

Par correspondance du 29 novembre 2013, l'OAI a rappelé à l'assuré que l'instance cantonale avait commandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique dans son arrêt du 21 décembre 2012 et que l'office ne pouvait se soustraire au dispositif de cet arrêt. Quant aux rapports médicaux produits postérieurement à l'arrêt cantonal, ils n'étaient pas suffisants pour permettre de statuer sur le droit à la rente. En effet, ni le Dr F._____, ni le Dr C._____ ne se prononçaient sur la capacité de travail. Pour ce qui était du Dr V._____, ce dernier mentionnait seulement que les activités physiques n'étaient plus possibles. Dans ces conditions, l'OAI a observé que l'expertise

rhumatologique demeurerait nécessaire, que la décision de refus de rente du 22 octobre 2013 était pleinement fondée et qu'en cas de désaccord, il était loisible à l'assuré de déférer l'affaire auprès de l'instance judiciaire compétente.

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

Par arrêt du 30 juin 2014, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 22 octobre 2013 (AI 281/13 - 166/2014). Elle a notamment retenu ce qui suit (consid. 5) :

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

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

Dans le cadre de la procédure devant l'intimé suite à l'arrêt cantonal précité, le recourant a produit trois rapports médicaux

certes antérieurs à cet arrêt mais qu'il n'avait pas produits jusqu'alors. A suivre l'assuré, ces rapports - émanant des Drs C._____ (27 avril 2012), F._____ (11 septembre 2012) et V._____ (18 septembre 2012), tous trois médecins somaticiens consultés par l'intéressé en raison de ses lombosciatalgies - seraient suffisants pour statuer sur la présente affaire et rendraient inutile l'expertise rhumatologique ordonnée par la Cour des assurances sociales. Cette thèse s'avère toutefois erronée. En effet, ni le Dr C._____, ni le Dr F._____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans leurs rapports respectifs des 27 avril et 11 septembre 2012. A cela s'ajoute que ces médecins ont exprimé des avis contradictoires puisque le premier a évoqué des dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque gauche (cf. rapport du Dr C._____ du 27 avril 2012 p. 1) alors même que le second n'a pas noté de signes d'une dysfonction des sacro-iliaques (cf. rapport du Dr F._____ du 11 septembre 2012 p. 1). Quant au Dr V._____, il s'est limité à relever succinctement dans son rapport du 18 septembre 2012 (p. 2) que les activités physiques n'étaient plus exigibles mais que l'on pouvait toujours envisager la reprise d'activités intellectuelles, sans autre précision ni réelle évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Il s'ensuit que les avis médicaux produits par l'assuré dans le cadre de la procédure administrative postérieure à l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 ne permettent pas d'appréhender clairement la situation sous l'angle rhumatologique. Faute d'appréciation médicale claire et circonstanciée susceptible de se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra), ces rapports ne pouvaient dès lors se substituer à l'expertise rhumatologique ordonnée aux termes de l'arrêt susdit. Force est dès lors de constater qu'une telle expertise était inévitable pour établir un éventuel droit aux prestations du recourant et que c'est donc à tort que ce dernier a soutenu le contraire. Quant au fait que l'intéressé ait - selon ses dires - mal vécu l'expertise neurologique réalisée par le Dr L._____ en 2011, on ne voit pas en quoi cette expérience passée pouvait justifier dans quelle que mesure que ce soit le refus de l'assuré de collaborer à une expertise rhumatologique réalisée par un nouveau médecin, à savoir la Dresse D._____. Partant, il apparaît que c'est de manière inexcusable que l'assuré s'est opposé à l'expertise rhumatologique que l'OAI a cherché à mettre en œuvre suite à l'arrêt de renvoi du 21 décembre 2012.

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

conséquences juridiques de son refus d'obtempérer et comportant un délai de réflexion convenable au vu de l'ensemble des circonstances du cas particulier.

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

b) Procédant à l'appréciation du cas sur la base des pièces au dossier, l'OAI a retenu que quand bien même le recourant n'était plus à même d'exercer ses activités habituelles de directeur de cabaret ou de peintre en bâtiment, il conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, il ressort de l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 - dont les considérants n'ont pas à être discutés dans le cadre de la présente affaire (cf. TF 9C_340/2013 précité) - que l'assuré ne présente pas de troubles neurologiques ou de la mémoire susceptibles d'entamer sa capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'étude du dossier montre que le Dr S. _____ a évoqué une capacité de travail de 80% environ dans l'activité manuelle du recourant, que le Dr T. _____ a quant à lui nié toute incapacité de travail de longue durée, que les Drs C. _____ et F. _____ n'ont pour leur part pas examiné l'exigibilité d'une occupation professionnelle et qu'enfin le Dr V. _____ a signalé que seules les activités physiques n'étaient plus envisageables. En définitive, même si les médecins précités ne sont pas unanimes quant à l'évaluation de la capacité de travail dans les activités habituelles du recourant, ni même quant à une incapacité de travail minimum (le Dr T. _____ ayant notamment nié toute incapacité de travail de longue durée), il reste qu'aucun avis médical n'a fait état de manière catégorique d'une capacité de travail limitée dans une activité adaptée. En ce sens, il y a lieu de considérer que l'appréciation de l'OAI n'est pas contestable dans son résultat.

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

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

L'assuré a déposé un recours contre l'arrêt cantonal auprès du Tribunal fédéral, qui l'a déclaré irrecevable, faute de motivation suffisante, par arrêt du 15 octobre 2014 (TF 9C_568/2014).

E. Le 8 juin 2020, l'assuré a écrit à l'OAI pour solliciter l'octroi d'une rente entière. Il a produit des pièces avec son envoi, concernant pour partie son épouse, une prescription établie le 3 mars 2020 par le Dr T._____ pour de la vitamine D3, de l'acide folique et du Becozym forte, ainsi qu'un rapport de radiographie de la colonne et du bassin du 28 février 2020 concluant à l'absence d'argument en faveur d'une spondylarthropathie axiale.

Le 15 juin 2020, l'OAI a répondu à l'assuré que, s'il entendait déposer une nouvelle demande, il devait remplir le formulaire. L'office le rendait d'ores et déjà attentif au fait que c'était à lui qu'il appartenait de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, en précisant que les pièces médicales antérieures à sa dernière décision ne seraient pas prises en compte, puisqu'elles avaient déjà fait l'objet d'une décision de sa part, confirmée par le Tribunal cantonal notamment.

Par courrier du 16 juin 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré le formulaire officiel, en rappelant qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité.

L'assuré a complété le formulaire de demande de prestations AI pour adultes le 20 août 2020, en indiquant quant au genre de l'atteinte les mots neurologie, rhumatologie, gastroentérologie et chirurgie.

Le 26 août 2020, le Dr G._____, médecin généraliste traitant de l'assuré depuis septembre 2013, a fait savoir à l'OAI que son patient souhaitait une réévaluation de son droit aux prestations de l'AI. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur trouble dégénératif dont une discopathie L4-L5, de trouble statique du rachis avec dysbalances musculaires, de fistule anale depuis 2018, de neuropathie

sensitive possiblement toxique du nerf péronier superficiel gauche, de crampes musculaires « des membres inférieurs de longue date puis depuis 2016 des membres supérieurs, de la nuque et du thorax » et d'hyposensibilité des membres supérieurs et inférieurs. Dans l'anamnèse, le médecin a indiqué que son patient avait décrit une aggravation des crampes douloureuses des mollets et des cuisses depuis quelques années, avec l'apparition récente de crampes de la nuque et du thorax qui survenaient 1h30 « après une activité debout ou après certaines positions forcées » ; d'une durée de dix secondes à quinze minutes à raison de trois à quatre fois par jours, ces crampes obligeaient l'assuré à s'allonger pendant au moins trente minutes pour que les douleurs cessent. Le médecin décrivait les limitations fonctionnelles suivante : travail devant être interrompu après 1h à 1h30, sans port de charge, si possible en position assise. Il évaluait la capacité de travail à 50 % dans une telle activité. Le Dr G._____ a joint les documents suivants :

- Un rapport du Prof. Z._____ du 16 juin 2015, qui a posé le diagnostic de « probable atteinte toxique (essence) des terminales sensibles du nerf péronier superficiel gauche », consécutive à un incident dans une station-service le 1^{er} novembre 2014 lors duquel l'assuré a reçu sur les pieds une grosse quantité d'essence, et a conclu à la présence de troubles sensitifs subjectifs du pied gauche, sans anomalies neurophysiologiques.
- Un rapport du 6 novembre 2018 du Dr [...], spécialiste en angiologie, qui a relevé « [l'a]bsence de participation vasculaire retenue pour expliquer des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur, symétriques, ascendante depuis les membres inférieurs à partir de 2006, remontant actuellement aux muscles paravertébraux et intercostaux, fluctuantes avec un caractère positionnel ».
- Un rapport du 7 février 2019 du Dr H._____, qui a constaté que le bilan biologique étendu ne mettait pas en évidence d'anomalies compatibles avec une atteinte inflammatoire musculaire ni de sérologie positive dans l'hypothèse d'une syndrome para-infectieux

(syphilis, tréponème, HIV). En revanche, il retrouvait des carences vitaminiques (B12 active et vitamine D) ainsi que de légères anomalies du métabolisme du glucose et de discrets troubles électrolytiques du métabolisme phosphocalcique. Cela étant, le médecin n'avait pas d'explications claires quant aux symptômes de l'assuré.

- Un rapport du 25 février 2020 du Prof. Q._____, spécialiste en anesthésiologie, qui a émis la possibilité que l'assuré ait été exposé à des produits toxiques lorsqu'il travaillait dans les vignes, ce qui pouvait provoquer des neuropathies périphériques.
- Un rapport de coloscopie établi le 29 avril 2020 par le Dr K._____, spécialiste en gastroentérologie, qui a conclu que son examen révélait un aspect normal de la muqueuse colique, l'absence de grosse lésion et l'absence d'arguments en faveur d'une maladie inflammatoire intestinale.
- Un rapport de consultation du 23 juin 2020 des Drs A._____ et X._____, spécialistes en chirurgie, qui ont confirmé la présence d'une fistule anale.
- Un rapport du 13 juillet 2020 du Dr T._____, faisant suite à des examens des 27 janvier, 3 mars et 23 juin 20. Il a posé les diagnostics principaux de lombo-sciatalgies, ainsi que de trouble statique et dégénératif du rachis avec dysbalances musculaires, et a noté qu'après dix ans d'évolution, il n'y avait pas d'altérations structurales caractéristiques visibles sur les clichés standards compatibles avec une spondylarthropathie, ni de signe de sacro-iliite à l'IRM. Le pronostic était bon par la pratique régulière d'exercices d'étirements et de renforcement de la musculature lombo-abdominale, une réduction pondérale étant en outre conseillée. Le Dr T._____ notait encore que, par rapport à son compte rendu du 28 novembre 2011, il n'y avait pas d'aggravation significative sur le plan rhumatologique, et en particulier du rachis, et pas d'incapacité

de travail dans les professions de directeur dans l'hôtellerie et de vendeur. Pour les travaux de force, les mouvements répétés de flexion-extension et de torsion du tronc, les positions soutenues en porte-à-faux et le port répété de charge de plus de 20 kg devaient si possible être évitées.

Les différentes pièces ont été soumises au SMR, qui a proposé par avis du 27 octobre 2020 que des rapports soient demandés aux Drs H._____, Q._____, Z._____, T._____, K._____, et A._____, et que des questions complémentaires soient posées au Dr G._____.

Donnant suite à la demande de l'OAI, le Centre E._____ lui a transmis les derniers éléments en sa possession, à savoir un rapport du 6 novembre 2019 du Dr [...], spécialiste en neurologie, qui faisait suite à une consultation spécialisée de [...] du 30 septembre 2019 ; ce médecin a conclu comme suit : « Etant donné l'absence de fasciculations et de crampes mises en évidence lors de notre consultation, la normalité du status neurologique et des données électroneurophysiologiques (absence de signes de dénervations, absence d'activité spontanée de repos, absence de décharges myotoniques) nous ne retenons pas d'arguments cliniques ou électrophysiologiques permettant de confirmer la suspicion d'un syndrome de crampes fasciculations ni sa progression depuis 2010. Selon les documents à notre disposition, le bilan extensif n'a pas non plus permis d'identifier une pathologie auto-immune ni un syndrome paranéoplasique. L'étiologie de sa symptomatologie progressive reste finalement encore indéterminée, et une expertise est prévue. Le dosage des anticorps anti-VGKC nous ne paraît pas indispensable sur le plan clinique, mais possiblement nécessaire dans le contexte d'une expertise, sous réserve d'un risque de faux positif ».

Le Dr T._____ a répondu à l'OAI le 10 novembre 2020 qu'il n'avait plus vu l'assuré à sa consultation depuis le 23 juin 2020. Il a joint son rapport du 13 juillet 2020 au Dr G._____ susmentionné, ainsi qu'un rapport d'IRM sacro-iliaques et de la colonne lombaire du 28 février 2020 concluant à l'absence de sacro-iliite et d'argument en faveur d'une

spondylarthropathie axiale, les discrets foyers d'œdème osseux des coins antérosupérieurs de L3 à L5 étant inchangés par rapport à l'examen précédent.

Le Prof. Q._____ a quant à lui indiqué par courrier du 13 novembre 2020 ne plus avoir eu de nouvelles de l'assuré depuis le mois de février 2020.

Le 25 novembre 2020, le Dr G._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

- « 1. Depuis le début de votre prise en charge en septembre 2013, avez-vous observé une aggravation de l'état de santé de l'assuré ?
Oui, voir la lettre envoyée à l'office AI à Vevey du 26.08.2020
2. Avez-vous établi des certificats d'arrêt de travail ? Si oui, pour quelles périodes et à quel taux ?
Un arrêt de travail a été établi pour que Monsieur Y._____ puisse bénéficier des services sociaux du 01.07.2016 au 16.01.2019 puis du 01.01.2020 au 30.06.2020 à 100 %. Il faut savoir que le patient prend rendez-vous lorsqu'il le souhaite et présente des difficultés au suivi.
3. Quels sont les traitements entrepris depuis le début de votre suivi ? Avec quels résultats ?
Des traitements de Tranxilium et de Zolpidem ont été prescrits à partir de septembre 2013. Un traitement de Paroxteïn 20mg le soir a été introduit le 07.04.2014. Monsieur Y._____ a arrêté spontanément tous ces médicaments le 01.08.2014.
4. Quels sont les traitements prescrits actuellement ?
Aucun
5. L'assuré bénéficie-t-il d'une prise en charge psychiatrique ? Si oui, auprès de quel médecin ?
Le patient a refusé des prises en charge psychiatriques en 2013 et 2014.
6. Quelle est la fréquence du suivi à votre consultation ? Merci de préciser les dates des consultations en 2019 et 2020.
Le patient a été vu en février et mars 2019 pour des douleurs abdominales ainsi que des douleurs lombaires avec une récurrence de douleurs abdominales en décembre 2019 puis il est adressé au Dr K._____ en janvier 2020 pour une fistule anale. Il a été vu à 2 reprises en 2020 le 09.01.2020 et le 21.08.2020. »

Les autres médecins sollicités ont produit à la requête de l'OAI leurs rapports d'ores et déjà au dossier.

Le 2 mars 2021, prenant connaissance des divers rapports recueillis, le SMR a constaté que, bien que le Dr G._____ ait annoncé une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur différents plans et soutienne le dépôt de la nouvelle demande de prestations, les rapports médicaux des médecins spécialistes consultés, de même que l'absence de traitement et de prises en charge spécifiques à la suite de ces différents avis de spécialistes, permettaient d'écarter une aggravation objective et significative de l'état de santé de l'assuré depuis la décision prise par l'OAI en 2013 et confirmée par les instances judiciaires en 2014.

Par projet de décision du 12 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande, au motif que les différents avis des spécialistes permettaient d'écarter une aggravation objective et significative de son état de santé depuis la prise de position du 22 octobre 2013. Il a ajouté que le médecin généraliste de l'assuré ne l'avait vu qu'à deux reprises en 2020 et ne lui avait prescrit aucun traitement.

Le 12 mai 2021, l'assuré a contesté la position de l'office et a fourni un rapport médical de son médecin traitant du 21 avril 2021, à la teneur suivante :

« Monsieur Y._____ a fait une récente demande de prise en charge par l'AI qui lui a été refusée dans une lettre du 12.04.2021. Je souhaite à nouveau souligner que Monsieur Y._____ décrit une péjoration des douleurs musculo-squelettiques depuis plusieurs années. Ces informations ont été mentionnées dans mon rapport du 26.08.2020. Ces douleurs musculo-squelettiques ont des répercussions sur l'état psychologique du patient. Ainsi, je pense souhaitable qu'une évaluation spécifique par un expert dans ces domaines soit organisée afin de juger si une prise en charge par l'AI est justifiée ou non. »

Il a également produit un bilan de prise en charge en physiothérapie ambulatoire du 22 avril 2021, selon lequel il aurait deux séances par semaine, avec mise en place de nouveaux objectifs de renforcement musculaire une fois la phase d'algie passée.

L'assuré a enfin remis un courriel du radiologue [...] à son attention du 16 août 2011, qui répondait à des questions générales de l'intéressé.

Le 18 mai 2021, l'OAI a accusé réception du courrier du 12 mai 2021 de l'assuré et lui a fait savoir que des « mesures d'instruction ser[ai]ent peut-être nécessaires ».

Le 20 mai 2021, le SMR a relevé que les trois documents nouvellement versés au dossier n'apportaient aucun élément médical nouveau ni d'élément médical en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré et qu'il n'y avait pas de justification à mettre en place une expertise médicale.

Par décision du 25 mai 2021, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, reprenant la motivation développée dans son projet de décision. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur les objections de l'intéressé, en relevant en particulier que les trois documents qu'il avait produits n'apportaient aucun élément médical nouveau ni d'élément médical en faveur d'une aggravation objective de son état de santé.

F. Par acte daté du 25 juin 2021, Y. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Il a fait valoir en substance que la prise de position de l'intimé était en contradiction avec celle de son médecin traitant, le Dr G. _____, du 21 avril 2021. Il s'est en outre prévalu des pièces qu'il a produites à l'appui de sa demande et s'est plaint du manque d'indépendance du SMR. Il s'est en outre étonné de la chronologie des événements, puisque l'intimé lui a annoncé le 18 mai 2021 que des mesures d'instruction complémentaires seraient nécessaires, pour finalement rendre sa décision de refus de prestations le 25 mai 2021. Avec son recours, l'intéressé a produit un onglet de pièces

sous bordereau, constitué d'éléments figurant d'ores et déjà à son dossier, du rapport complet d'examen sanguin commandé par le Dr H. _____ début 2019, ainsi que de pièces ayant trait au dossier de son épouse, [...].

Par réponse du 8 septembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 17 septembre 2021, le recourant a confirmé ses conclusions, en se prévalant notamment du fait que son médecin traitant, le Dr G. _____, estimait que sa capacité de travail était de 50 %. Il a produit avec cette écriture les rapports du Dr G. _____ des 26 août 2020 et 21 avril 2021, déjà au dossier.

Le 29 septembre 2021, l'OAI a maintenu sa position.

Les parties ont encore produit, par courriers des 11 et 12 novembre 2021, les copies d'une demande de dédommagement adressée le 27 octobre 2021 par l'assuré à la Direction de l'OAI et de l'échange de courriers qui s'en est suivi entre les parties.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée au mois de juin 2020. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 22 octobre 2013.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de

la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Il convient dès lors d'examiner si, depuis la décision du 22 octobre 2013, un changement des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit.

Le recourant se plaint en substance d'un établissement inexact des faits, estimant que les pièces qu'il a produites sont suffisantes pour qu'une expertise soit mise en place, soutenant que le SMR manque d'indépendance et s'étonnant de la chronologie des événements, puisque l'intimé lui a annoncé le 18 mai 2021 que des mesures d'instruction complémentaires seraient nécessaires, pour finalement rendre sa décision de refus de prestations le 25 mai 2021.

Cela étant, et pour l'essentiel, le recourant se limite à invoquer des divergences d'opinion entre son médecin traitant, le Dr G._____, et la médecin du SMR. Or, les rapports des médecins spécialistes qui ont examiné le recourant ne permettent pas de retenir que l'état de santé de celui-ci se serait péjoré depuis la dernière décision du 22 octobre 2013.

Ainsi, sur le plan neurologique, le recourant a été examiné par les médecins de l'unité [...] du Centre E._____ en dernier lieu en 2019,

où il a été soumis à des examens étendus. Ceux-ci n'ont révélé aucune atteinte d'ordre neurologique pouvant expliquer les crampes dont il se plaint, ni de pathologie auto-immune ou de syndrome paranéoplasique. Aucun suivi ou traitement n'a été mis en place à cette occasion et le recourant n'a pas repris contact avec cette unité depuis lors. Au début de l'année 2020, le recourant a consulté le Dr Q. _____ en lien avec cette même problématique de crampes. Ce médecin a émis une hypothèse et pris contact avec un spécialiste au Tessin pour procéder à des tests susceptibles de confirmer cette hypothèse. Cette investigation complémentaire n'a toutefois pas été mise en place, le recourant n'ayant plus donné de nouvelles au Dr Q. _____.

Sur le plan rhumatologique, il apparaît certes que le recourant a revu le Dr T. _____ à plusieurs reprises en 2020. Les constatations figurant dans le rapport que ce médecin a établi en 2020 sont cependant superposables à celles figurant dans celui du 28 novembre 2011 et n'ont pas donné lieu à la mise en place d'un nouveau suivi ou à la prescription d'un traitement. Ce médecin n'avait par ailleurs pas mis en exergue d'incapacité de travail en 2011 et a évoqué, en 2020, une capacité de travail conservée dans les activités de directeur de cabaret ou dans la vente exercées par l'assuré, les limitations fonctionnelles induites par les affections d'ordre rhumatologique retenues concernant les travaux dits « de force ».

Au niveau gastroentérologique, les rapports versés au dossier indiquent qu'aucune maladie inflammatoire chronique n'a été détectée. Les spécialistes consultés n'ont pas mentionné d'autre affection susceptible d'influer de manière durable sur la capacité de travail du recourant, étant au surplus relevé que l'intéressé n'a pas donné suite aux propositions d'investigation complémentaire et d'intervention s'agissant de la fistule anale qui a été découverte lors d'un examen endoscopique. Il n'y a ainsi pas de traitement, ni de suivi mis en place à ce propos.

A cela s'ajoute que le Dr G. _____, médecin généraliste traitant, a expliqué, dans ses réponses aux questions complémentaires de

l'OAI, qu'il avait établi des arrêts de travail de juillet 2016 à janvier 2019, puis de janvier à juin 2020, pour que l'assuré puisse bénéficier des prestations des services sociaux. Il n'y a toutefois pas eu de traitement pour les douleurs alléguées par le recourant durant ces périodes. Il apparaît en outre que l'intéressé n'a été vu par son médecin généraliste qu'à deux reprises en 2020, en janvier et en août, consultations lors desquelles le Dr G._____ n'a pas non plus prescrit de nouveau traitement. Le bref rapport que ce médecin a établi le 21 avril 2021 confirme du reste que l'aggravation de l'état de santé évoquée dans le rapport du 28 août 2020 était fondée uniquement sur les déclarations de son patient au sujet de ses crampes, et non sur des constatations médicales objectives, ce qui enlève toute valeur probante aux conclusions dudit rapport au sujet de l'incapacité de travail du recourant et de ses limitations fonctionnelles.

Pour le surplus, comme l'a relevé à juste titre l'OAI dans son courrier au recourant du 15 juin 2020, les pièces médicales antérieures à sa décision du 22 octobre 2013 n'ont pas à être réévaluées, puisqu'elles ont déjà fait l'objet d'une décision de la part de l'OAI, confirmée en recours. En d'autres termes, les pièces déjà produites par le recourant lors de sa précédente demande de prestations, et dûment prises en compte dans ce cadre, à savoir les pièces n° 2, 3 et 23 de son bordereau du 25 juin 2021, ne sont pas de nature à établir une péjoration de son état de santé.

Quant au manque d'indépendance du SMR, il y a lieu de rappeler que les services médicaux régionaux ont pour tâches d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Dans ce cadre, ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (cf. art. 49 al. 1 RAI). A cet égard, les avis de la Dre [...] du SMR des 2 mars et 20 mai 2021 constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. arrêt 9C_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés

au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4). C'est précisément ce qu'a fait la médecin du SMR, sans que l'on puisse discerner dans ses avis un manque d'indépendance. Par ailleurs, les prises de position du SMR précitées consistent en des rapports de synthèse bien motivés, qui prennent en compte tous les avis des médecins qui ont examiné l'intéressé, ce qui permet de retenir l'absence d'aggravation objective et significative de l'état de santé de ce dernier depuis la décision du 22 octobre 2013. Le recourant remet finalement en cause l'existence même des services médicaux régionaux, lesquels sont cependant prévus par la LAI et son règlement d'application.

S'agissant du courrier qui a été adressé le 18 mai 2021 par l'OAI au recourant à la suite de ses objections au projet de décision, il n'annonce pas la mise en œuvre de mesures d'instruction, mais indique simplement qu'à la suite de sa contestation, des « mesures d'instruction seront peut-être nécessaires ». On ne peut déduire de cette indication que l'OAI entendait mettre en œuvre de telles mesures d'instruction. Il s'agit plutôt d'une formulation-type, adressée aux assurés à la suite de leur contestation d'un projet de décision, et qui laisse à l'intimé la possibilité d'adresser ensuite sa décision, respectivement de compléter l'instruction. Dans le cas du recourant, le dossier a du reste encore été soumis pour avis au SMR, lequel a conclu, le 20 mai 2021, en motivant son point de vue, que les pièces produites à l'appui de la contestation du recourant au projet de décision ne permettaient pas de retenir une péjoration de son état.

Enfin, les éléments dont se prévaut le recourant en lien avec le dossier de son épouse ne sont pas pertinents.

Dans ces conditions, l'OAI était fondé à retenir que le recourant n'a pas rendu plausible une modification significative de son état de santé depuis la dernière décision du 22 octobre 2013, confirmée

en recours, son degré d'invalidité demeurant identique à celui déterminé alors, ce qui conduit à lui nier le droit à la rente.

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 :

- Y. _____,
- 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 :