

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2015

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Ralph Schlosser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 1981. Sans formation professionnelle, il est titulaire d'un permis de taxi et a travaillé comme chauffeur indépendant depuis 1995.

L'assuré a présenté une totale incapacité de travail dès le 15 novembre 2010, attestée par la Dresse D._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant (certificat médical du 15 novembre 2010). La S._____, assureur perte de gain maladie, a pris en charge le cas, allouant des indemnités journalières dès le 15 décembre 2010.

L'assuré a consulté le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis à la Clinique V._____, qui l'a adressé à la Dresse F._____, spécialiste en radiologie, pour un examen par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM). Le rapport d'IRM du 22 novembre 2010 faisait état d'un volumineux fragment herniaire L4-L5 luxé vers le haut entraînant un contact avec les racines L4 et L5 à droite, une hernie médiane avec déchirure annulaire L5-S1 sans contact radiculaire visible, des discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 et de l'arthrose inter-facettaire postérieure des trois derniers étages lombaires associée à une hypertrophie ligamentaire sans canal lombaire étroit significatif en dehors de la zone de localisation du fragment herniaire. Une indication opératoire ayant été posée, le patient a été adressé au R._____ (ci-après : R._____) pour la suite de la prise en charge.

Le 20 décembre 2010, l'assuré a subi une hémilaminectomie L4-L5 droite auprès du R._____. Le 4 février 2011, à l'issue d'un contrôle ambulatoire post-opératoire, les Drs L._____, spécialiste en neurochirurgie, et J._____, ont relevé la persistance d'une hypoesthésie L5 droite et des réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. L'assuré, qui ne se plaignait pas de douleurs particulières, avait récupéré une force de niveau M4 au releveur du pied et de l'hallux à droite, le reste de la force

atteignant le stade M5. Du point de vue neurochirurgical, les médecins ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de revoir le patient.

Par certificat médical du 24 février 2011, la Dresse D. _____ a préconisé une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} mars 2011.

Le 17 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en indiquant souffrir d'une hernie discale depuis 2009.

Dans un rapport médical du 3 octobre 2011 à l'OAI, la Dresse D. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'atteinte L5 droite séquellaire après compression par L4-L5 luxée vers le bas, opérée en 2010. Elle a par contre estimé sans effet sur la capacité de travail les apnées du sommeil non appareillées et le status post-cure d'hernie inguinale gauche et droite en août 2008. Se prononçant sur les restrictions prévalant dans l'activité habituelle de son patient, la Dresse D. _____ a indiqué ce qui suit : « Oui, le patient est handicapé par rapport à la jambe droite. Douleurs chroniques. Instabilité des MID [membres inférieurs droits]. Lombalgies chroniques esthésie ». Le médecin traitant a confirmé l'incapacité de travail à 100% du 15 novembre 2010 au 28 février 2011, puis à 50% dès le 1^{er} mars 2011 avec un rendement réduit, précisant que son patient avait repris progressivement le travail à 50% « qui est limite dans son activité professionnelle en tant que chauffeur de taxi, qui a de la peine à assumer ». A la question portant sur la capacité de l'intéressé à exercer une activité adaptée à son handicap, la praticienne a répondu : « Patient travaille 3 à 4 h/jour au maximum vu aux symptômes décrits ». Les limitations dues à l'état de santé ne permettaient plus selon elle d'exiger des activités uniquement en position assise, uniquement en position debout, dans différentes positions, accroupi, à genoux ou en rotation. L'assuré n'était plus à même de se pencher, de travailler avec les bras au-

dessus de la tête, de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter les escaliers. Sa limite de charge s'élevait à 2 à 3 kg. Toujours selon la Dresse D._____, les restrictions décrites ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

Aux termes d'un rapport médical du 6 octobre 2011, Dr L._____ a fait savoir à l'OAI que le traitement ensuite de l'opération de l'hernie discale était terminé. Il a en outre déclaré qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la question de la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

Dans un avis médical du 25 octobre 2011, les Drs B._____ et P._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) ont constaté que le Dr L._____ s'en était tenu au constat d'un résultat fonctionnel post-opératoire satisfaisant, sans toutefois se prononcer sur la question de la capacité de travail exigible. Les médecins ont dès lors invité l'OAI à interroger la Dresse M._____, spécialiste en neurologie et neurologue traitant, sur le status post-opératoire au début janvier 2012, ainsi que sur la capacité de travail exigible et les éventuelles limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 6 février 2012, la Dresse M._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de radiculopathie L5 droite sur hernie discale L4-L5 depuis novembre 2010, opérée en décembre 2010, de cervico-brachialgies gauches et de dyspnée d'effort d'origine indéterminée. La neurologue s'est prononcée sur la capacité de travail exigible en ces termes :

« Je pense qu'elle est probablement en dessous de 50%, mais il est difficile d'être plus précise, je me base uniquement sur les problèmes médicaux neurologiques du patient et les répercussions que l'on connaît chez les patients souffrant de ces mêmes problèmes, et sur les indications du patient concernant son activité professionnelle actuelle.

Dans une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire lui permettant de changer de position, de limiter la station assise prolongée, d'éviter d'importants ports de charges, des déplacements importants, je pense que l'activité pourrait atteindre peut-être 70%, mais il me semble peu probable que cette activité

puisse atteindre 100%, car malgré toutes les précautions que l'on pourrait prendre, je pense que le patient va garder des limitations et des douleurs importantes ».

La Dresse M._____ a ajouté que depuis juillet 2011, les troubles sensitifs désagréables s'étaient aggravés et depuis janvier 2012, le patient présentait des cervicalgies, avec des sensations de froid au niveau de l'épaule gauche, les autres symptômes étant restés sans modification notable. Compte tenu de l'évolution à plus d'un an après la cure de hernie discale, la neurologue estimait que le patient garderait de manière prolongée des douleurs résiduelles, avec des troubles limitant ses activités quotidiennes. L'assuré avait subi un traitement antalgique rachidien, qu'il conviendrait de répéter en cas de succès. Le traitement antalgique per os (Tilur Retard 1-2 cp/j., Irfen 600 1 cp/j., Lyrica 150 mg 1x/j. et Dafalgan 1g en réserve) devait en outre être poursuivi. L'activité actuelle était exigible au maximum à 50% pendant les périodes peu algiques, taux susceptible de chuter à 20%, voire à 0%, dans les périodes de crises. Il fallait également compter avec un rendement réduit, l'intéressé étant limité dans la prise en charge des clients transportant des bagages lourds. Au niveau des limitations fonctionnelles, la praticienne a précisé les éléments suivants :

« Tout port de charge au-delà de 10 kg entraîne une exacerbation des lombalgies, tout travail en position fléchie du tronc, même quelques minutes, entraîne les mêmes problèmes, la position assise prolongée est particulièrement pénible, tout comme la position debout prolongée, et le changement de position peut parfois soulager les douleurs. En raison des troubles neurologiques séquellaires, un travail nécessitant un bon équilibre ou la marche prolongée, en particulier sur terrain accidenté, est déconseillé ».

Dans un rapport du SMR du 21 février 2012, les Drs B._____ et P._____ ont arrêté le diagnostic de lombalgies résiduelles post-cure de hernie discale L4-L5 droite (code CIM : M 54.4). Se fondant sur l'avis de la Dresse M._____, ils ont retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi, dès le 1^{er} mars 2011, reconnaissant que dite capacité était susceptible de diminuer à 20%, voire d'être nulle en période de crise algique. La capacité résiduelle était par contre de 100%, avec une baisse de rendement de 30% liées aux pauses

et changements de positions, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charges au-dessus de 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 15 kg, pas de position statique assise prolongée sans possibilité de varier les positions, pas de porte-à-faux, pas d'antéflexion du rachis contre résistance, pas de genuflexion ni de position accroupie à répétition, pas de position statique debout immobile avec piétinement ni de marche prolongée en terrain accidenté. L'assuré était au surplus apte à la réadaptation dès le 1^{er} mars 2011.

Par communication du 6 février 2013 à l'assuré, l'OAI a fait savoir qu'il était sur le point de mettre en place des mesures d'orientation professionnelle tendant à déterminer les possibilités de réinsertion. Aux termes du procès-verbal d'entretien organisé par la division de réadaptation le 11 juin 2013, l'assuré a notamment allégué une aggravation de son état de santé. Il a expliqué qu'il ne parvenait plus à déployer son activité de chauffeur de taxi à 50%, car il ne pouvait plus rester ni assis ni debout longtemps ; il était également limité lorsqu'il s'agissait de déposer un lourd bagage dans le coffre de son véhicule. Bénéficiant d'une place à la gare de [...], il ne s'y rendait que lorsque son état le permettait, seulement une heure par jour, et n'acceptait que les petites courses de 10 à 15 minutes. Ses douleurs étaient très importantes et il devait sans cesse prendre des anti-inflammatoires. Suivi par la Dresse D._____, le R._____, et la Clinique V._____, il avait subi une IRM le 21 mai 2013, laquelle avait selon lui mis en évidence une « sorte de tache » qui, selon l'évolution, nécessiterait peut-être une nouvelle opération. L'assuré s'est dit découragé, ne voyant pas quelle autre activité il pourrait exercer, ce d'autant plus que des douleurs cervicales s'étaient ajoutées aux problèmes dorsaux. L'intéressé a en outre précisé qu'il ne bénéficiait plus des prestations de la S._____, qui avait estimé que l'hernie discale était préexistante à la conclusion du contrat d'assurance. Fort de ces éléments, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a conclu que l'office manquait d'informations médicales récentes et qu'il convenait d'interpeller la Dresse D._____ sur l'évolution intervenue depuis son rapport d'octobre 2011.

Sur requête de l'OAI, la S._____ a produit son dossier le 20 juin 2013. Y figurait notamment un courrier du 5 septembre 2011 par lequel l'assureur avait résilié le contrat d'assurance avec effet ex tunc, au motif que l'assuré avait fait preuve de réticence en ne signalant pas, à la conclusion du contrat, les problèmes lombaires survenus en 2008. L'assureur perte de gain a également transmis un lot de pièces médicales, parmi lesquelles un rapport adressé le 27 juillet 2011 par la Dresse M._____ à la Dresse D._____, retenant le diagnostic d'atteinte L5 droite séquellaire après compression par hernie discale L4-L5 luxée vers le bas, opérée le 20 décembre 2010. L'examen mettait en évidence une atteinte L5, voire peut-être S1, compatible avec le diagnostic posé auparavant. Cette atteinte, probablement secondaire à la compression radiculaire survenue en 2010, expliquait les troubles sensitifs gênant pour le patient, ainsi que les crampes que celui-ci présentait depuis l'intervention. L'intéressé accusait également des lombalgies résiduelles après l'opération, d'ordre mécanique, les douleurs étant exacerbées par le port de charges et les stations en décubitus ou assises prolongées. La Dresse M._____ doutait que le patient puisse reprendre son activité professionnelle à 100% compte tenu du handicap qu'il présentait.

La Dresse D._____ a renseigné l'OAI dans un rapport médical du 4 juillet 2013. A la question de l'office « Quelle est l'évolution depuis votre rapport d'octobre 2011 ? », elle a répondu : « Inchangé ». Elle a confirmé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'atteinte L5 droite séquellaire après compression par L4-L5 luxée vers le bas, tel que posé en octobre 2011, ajoutant ceux d'apnée du sommeil non appareillée et de status post cure de hernie inguinale gauche et droite en août 2008. Au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le médecin traitant a signalé des cervicalgies chroniques non déficitaires, des discopathies dégénératives cervicales basses touchant C6-C7-D1 avec rétrécissement intervertébraux des deux côtés, un signe du Modic I, ainsi qu'un méningiome de l'hémicorps vertébral en D2. Se prononçant sur les restrictions médicales, le médecin traitant s'est exprimé en ces termes : « Oui, le patient est handicapé par rapport à la jambe D [droite], est limité dans son activité professionnelle en tant que chauffeur de taxi qu'il a de la

peine à assumer ». Elle a confirmé la capacité de 50% dans l'activité habituelle, prévalant depuis le 1^{er} mars 2011.

Aux termes d'un avis médical du 26 juillet 2013, le Dr K._____ du SMR a pris note des nouvelles atteintes à la santé mises en exergue par la Dresse D._____ dans son rapport précité (cervicalgies secondaires à des discopathies et méningiome de D2). Constatant que le médecin traitant n'avait toutefois pas modifié son appréciation de la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle malgré ces pathologies additionnelles, il a estimé que les conclusions du rapport du SMR de février 2012 restaient valables (capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée et de 50% dans l'activité habituelle). Le Dr K._____ a toutefois réservé une nouvelle appréciation à la lumière des conclusions d'une expertise mise en œuvre dans le litige opposant l'assuré à la S._____.

Dans un rapport d'analyse économique pour indépendants du 1^{er} octobre 2013, l'OAI a estimé que les différents éléments fournis par l'assuré (décomptes de salaires 2005 à 2012 et décisions de taxation définitives 2005 à 2011) n'étaient pas exploitables. Se fondant dès lors sur des données statistiques, l'office a arrêté le revenu annuel sans invalidité de l'assuré à 58'644 fr. (4'887 x 12). De même, dans un calcul du 7 octobre 2013, l'office a fixé le salaire d'invalidé à 39'012 fr. 51, ce montant tenant notamment compte de la baisse de rendement de 30% reconnue par le SMR, et d'une réduction additionnelle de 10% induite par les limitations fonctionnelles de l'assuré. Au titre d'exemple d'activités adaptées, l'OAI a mentionné celles d'ouvrier en mécanique légère (assemblage manuel), ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, opérateur sur machines et surveillance de machines en milieu industriel.

Le 9 octobre 2013, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente. L'office a retenu que l'assuré présentait dès le 1^{er} mars 2011 une capacité de travail de 50% dans l'activité de chauffeur de taxi et de 100% avec baisse de rendement de 30% dans une activité

adaptée respectant les limitations fonctionnelles reconnues par le SMR dans son avis du 21 février 2012 (pas de port de charges au-dessus de 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 15 kg, pas de position statique assise prolongée sans possibilité de varier les positions, pas de porte-à-faux, pas d'antéflexion du rachis contre résistance, pas de genuflexion ni de position accroupie à répétition, pas de position statique debout immobile avec piétinement ni de marche prolongée en terrain accidenté). Le degré d'invalidité de 33,48 % découlant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité (39'012 fr. et 58'644 fr.) étant inférieur au minimum de 40%, il ne donnait pas droit à une rente.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 31 octobre 2013. Dans un rapport médical du même jour, la Dresse D._____ a fait savoir à l'OAI que son patient souffrait de discopathies dégénératives sévères au niveau C6-C7-D1 avec rétrécissement du foramen inter-vertébral des deux côtés, ainsi que d'un hémangiome d'hémicorps vertébral D1. Il bénéficiait d'une prise en charge auprès du Service de neurologie du R._____, qui avait procédé à plusieurs infiltrations cervicales, ainsi qu'auprès du Centre de la Douleur R._____. Le médecin traitant a conclu qu'on ne pouvait attendre d'amélioration de la symptomatologie et qu'il était souhaitable que son patient, chauffeur depuis une trentaine d'années, puisse assumer tant bien que mal ses activités professionnelles, une réinsertion professionnelle étant difficilement envisageable.

Se fondant sur l'avis du SMR du 17 décembre 2013 dont il reprend les conclusions, l'OAI a estimé que ni le courrier de l'assuré du 31 octobre 2013, ni le rapport de la Dresse D._____ du même jour, n'apportait d'éléments susceptibles de modifier sa position. En particulier, les Drs T._____ et H._____ du SMR ont considéré que les cervicalgies invoquées par la Dresse D._____ avaient déjà été préalablement investiguées lorsque le médecin traitant avait confirmé la capacité de travail résiduelle à 50% le 4 juillet 2013. Quant aux douleurs et ressentis de l'assuré, il s'agissait d'éléments subjectifs que l'OAI ne retenait pas. L'office a ainsi confirmé son préavis de refus de rente dans une décision du 14 janvier 2014.

B. Par acte de son mandataire du 11 février 2014, Z. _____ recourt contre la décision précitée. Sous suite de frais et dépens, il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante portant sur la question de sa capacité de travail. Le recourant s'en prend en substance au refus de l'intimé de reconnaître l'aggravation de son état de santé invoquée par la Dresse D. _____ dans son rapport médical du 31 octobre 2013. Il soutient qu'en raison de son atteinte à la santé, il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle et que sa capacité résiduelle dans une activité adaptée s'élève tout au plus à 50%, et non à 100%, comme retenu par l'intimé. De ce fait, le revenu d'invalidité arrêté par l'OAI devrait être réduit de moitié, pour s'élever à 19'506 fr. 25. Une nouvelle comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant à un degré d'invalidité de 66,7%, le recourant estime avoir droit à trois-quarts de rente. A l'appui de son recours, l'intéressé produit notamment trois pièces médicales, à savoir :

- un rapport médical du 6 janvier 2014 du Dr N. _____, à l'attention de la Dresse D. _____, duquel il ressort les éléments suivants :

« Je l'avais déjà vu il y a déjà quelques années pour sa névralgie sciatique droite déficitaire, qui avait bénéficié d'une intervention le 20 décembre 2010 au R. _____, avec un assez bon résultat, mais il a toujours gardé des lombalgies séquellaires.

Il se plaint également de douleurs cervicales, avec une gêne à la mobilisation et des irradiations dans le bras gauche, cette pathologie étant sous la dépendance d'une très nette discopathie dégénérative C5-C6 avec une instabilité et une inversion de courbure à ce niveau.

Compte tenu de tous ces éléments, je lui explique qu'il fallait poursuivre la prise en charge médicale, on peut éventuellement discuter d'une chirurgie sur l'interligne C5-C6 s'il souffrait trop mais de toute façon, après un bilan radiologique de contrôle, et dans l'immédiat, je pense qu'il faut qu'il soit mis en invalidité à 100% car il ne peut pas poursuivre son activité professionnelle de chauffeur de taxi.

Il est actuellement à 50% mais il souffre beaucoup et il est certain que son poste de travail assez exigeant, entretient ses douleurs. »,

- un rapport du 16 décembre 2013 de la Dresse M. _____ qui, à l'issue d'un nouvel examen neurologique le 13 décembre 2013, a noté la disparition des troubles sensitifs C8-D1 gauches présents lors de l'examen du 5 mars 2013. L'atteinte sensitive L5 droite, voire S1 droite, persistait, avec un syndrome lombo-vertébral net et une mobilisation cervicale douloureuse et limitée. La neurologue estimait que les importantes douleurs du patient étant exacerbées par la station assise prolongée, l'activité de chauffeur de taxi ne pouvait pas être poursuivie, « en tout cas à 100% et, selon les dires du patient, probablement pas non plus à 50% », et

- un rapport du 3 février 2014 de la Dresse C. _____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de lombalgies chroniques avec status séquellaire L5 droit sensitif et moteur post cure de hernie discale L4-L5 en 2010, associés à des troubles dégénératifs étagés prédominant en L4-L5, L5-S1, avec un discret trouble statique, et un Modic I L4-L5, L5-S1, et de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés suivis au R. _____ en neurologie. La rhumatologue faisait également état des comorbidités de syndrome d'apnée du sommeil, de dyspnée d'origine X suivie, de reflux gastro-oesophagien, d'obésité et de haute tension artérielle traitée.

Dans sa réponse du 31 mars 2014, l'intimé fait valoir que l'appréciation de la Dresse M. _____ se fondait essentiellement sur les plaintes du patient et que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle elle avait procédé n'était pas suffisamment précise pour prévaloir sur l'avis du SMR. L'office soulève également que le Dr N. _____ ne s'est pas déterminé sur la capacité résiduelle du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée. Quant à la Dresse C. _____, elle ne s'était pas prononcée sur la question de la capacité de travail. En définitive, l'intimé ne reconnaît pas aux rapports médicaux produits par le recourant une valeur probante susceptible de valablement remettre en cause sa décision. Il prévise ainsi au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Aux termes d'une réplique du 9 avril 2014, le recourant maintient sa position. Il produit un extrait d'un rapport d'expertise (p. 21 à 32 sur 37) établi le 17 mars 2014 par la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, intervenue sur requête du Tribunal d'Arrondissement de [...] dans le cadre du litige opposant le recourant à la S._____. Selon le recourant, ce rapport fonde ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente.

Par duplique du 8 mai 2014, l'intimé a sollicité la production de l'expertise dans son intégralité.

Sur requête du juge instructeur, le recourant a produit les pages manquantes du rapport d'expertise le 2 juin 2014. Dans son rapport du 17 mars 2014, la Dresse W._____ a fait état des renseignements et éléments obtenus au cours de l'expertise (cf. rapport d'expertise p. 13 ss), dont notamment :

« (...)

Rapport médical Dr N._____, neurochirurgien, V._____, le 18.11.2011 : il a commencé à récupérer quelque peu sur le plan radiculaire, il garde toujours des séquelles sur le plan moteur L5 droit, et surtout un syndrome sensitif. Le retentissement fonctionnel est assez gênant. L'IRM est plutôt rassurante. On ne retrouve en effet pas de récurrence herniaire, quelques signes très modérés d'instabilité sous la forme d'un MODIC II en L4-L5. Ne justifie pas à mon sens d'une éventuelle spondylodèse postérieure.

Consilium Dr C._____, rhumatologue spécialiste, [...] le 26.07.2012 : Diagnostics : Lombalgies chroniques avec status séquellaire L5 droite sensitif et moteur. Cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés. Comorbidités : SAS appareillé, dyspnée d'origine X, reflux gastro-oesophagien, obésité, HTA traitée. M. est connu de longue date pour des cervicalgies chroniques. Pas de syndrome radiculaire mis en évidence. Lombalgies chroniques connues de longue date, avec un épisode de lombo-sciatique hyperalgique et déficitaire L5 droite opérée dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 droite luxée vers le bas, avec une atteinte séquellaire motrice. Pas d'horaire inflammatoire. Le Dr N._____ ne retient pas de nouvelle indication chirurgicale. Pas de syndrome lombo-vertébral par contre présence d'un important raccourcissement de toute la chaîne postérieure. En raison de cette sensation de boule sous le pied droit, une IRM du pied avait été effectuée mettant en évidence des troubles dégénératifs modérés avec niveau de la MTP [métatarsophalangienne] I avec petite synovite réactionnelle. Il est important de poursuivre une prise en charge en physiothérapie de type gainage et hygiène posturale. J'ai

insisté sur l'importance de perdre du poids. J'ai proposé un traitement de Neurontin®. Il vaudrait la peine de rediscuter avec l'unité rachis du R._____.

Consilium Dr. M._____ , neurologue FMH, [...] le 06.03.2013 : Depuis une année, cervicalgies gauches. Fatigue des mains ou des MS [membres supérieurs] lors des mouvements répétitifs sans diminution de la dextérité manuelle ni lâchage d'objets. Peuvent être exacerbés par le Valsalva et la flexion antérieure de la tête. Je note un syndrome cervical avec limitation importante de la colonne cervicale. Hypoesthésie tactile C8-D1 gauche, sans atteinte motrice avec des ROT [réflexes ostéo-tendineux] normovifs, symétriques. Atteinte sensitive D [droite] L5 ancienne connue. Neurographie : n. cubital et médians dans la norme. Pas d'anomalie dans les muscles du MSG [membre supérieur gauche]. Diagnostic : atteinte sensitive C8 G [gauche] probablement d'origine compressive au niveau du trou de conjugaison C7-D1 G [gauche].

Consilium Dr G._____ , service de neurochirurgie R._____ , [...] le 25.03.2013 : Il vient en consultation pour une cervicalgie non déficitaire sans brachialgie. L'IRM ne montre pas de net conflit radiculaire. Hypoesthésie dans tout le bras sans dermatome particulier, à gauche. Pas de signe de myélopathie. Je lui propose de continuer la physiothérapie.

Rapport médical Dr M._____ , neurologue FMH, [...], le 16.12.2013 : réévaluation dans le cadre d'une demande AI. La symptomatologie est de plus en plus pénible. Le C-PAP [Continuous Positive Airway Pressure] est mal supporté en raison de ses limitations posturales dans le lit qui exacerbent les lombalgies. Par rapport au 05.03.2013, disparition des troubles sensitifs C8-D1 à gauche, persistance de l'atteinte sensitive L5 droite, voire S1 avec un syndrome lombo-vertébral et une mobilisation douloureuse de la nuque. Je pense que son activité de chauffeur de taxi ne peut pas être effectuée en tout cas à 100% selon les dires du patient, pas non plus à 50%.

Rapport médical Dr N._____ , neurochirurgien, V._____ , le 06.01.2014 : très nette discopathie dégénérative C5-C6. Dans l'immédiat, je pense qu'il faut qu'il soit mis à l'invalidité à 100%. Il est certain que son poste de travail assez exigeant entretient les douleurs.

Rapport médical R._____ policlinique de neurochirurgie, Dr G._____ , le 09.01.2014 : IRM du 18.11.2013 : probables hémangiomes inchangés en D2. Pas de compression radiculaire, pas d'indication pour un traitement chirurgical. Le patient souhaite être vu à la consultation du dos du Dr A.Q._____.

Radiographie colonne lombaire du 15.01.2014 Dr E._____ médecin-chef au Dr C._____ : discrète scoliose à convexité droite. Probable ostéopénie. Discopathies L4-L5 et L5-S1 et arthrose postérieure. Pas de lésion ostéolytique ou condensante.

IRM Lombaire [...] le 16.01.2014, X._____ [X._____] Dr E._____ médecin-chef au Dr C._____ : Indication : lombosciatalgies récidivantes droites post-cure de hernie discale L4-L5 droite en 2010 avec séquelle L5-et S1. Modic I connu en L4-L5 en 2011. Evolution ? Conclusion : remaniements inflammatoires de type Modic grade I en L4-L5 latéralisés du côté droit, déjà visualisé lors du contrôle précédent, et L5-S1 du côté gauche, nouveaux. Persistance

de protrusions disco-ostéophytaires étagées sans modification significative / contrôle précédent. Pas de récurrence de hernie discale ni d'argument en faveur d'une fibrose post-opératoire.

RM Dr C. _____, rhumatologue FMH le 03.02.2014, [...] : cervico-lombalgies chroniques et sciatgie droite résiduelle. SAS [syndrome d'apnées du sommeil] appareillé. Dyspnée d'origine X. Reflux gastro-oesophagien. Obésité. HTA. Actuellement son activité est de 3-4 heures/jour au grand maximum comme chauffeur de taxi. N'a pas de formation professionnelle.

Rapport Dr D. _____, [...], le 17.02.2014 : le 21.12.2010 opération de hernie discale L4-L5, séquelles sensibles L5 (suite à l'opération tardive due au manque de place dans les hôpitaux) le patient a pris les médicaments suivants :

Prednisone 50 mg schéma dégressif
AINS : ibuprofène, cox II
Paracétamol 1 g
Tramal 50 à 100 mg
Lyrica 150 à 200 mg/j
Infiltrations (R. _____) discopathies sévères C5-C6
Physiothérapie à sec et à la piscine
Attelle MID [membre inférieur droit] dû à l'atteinte L5 D [droite]
(...)

Ont également été intégrées dans l'expertise les données radiologiques suivantes (cf. rapport d'expertise p. 23 ss) :

« (...)

Colonne cervicale face/profil et 3/4 du 27.04.2012 X. _____
[...]: inversion de la lordose cervicale en C5-C6-C7-D1 avec pincements discaux sévères, étagés. Inclinaison de la nuque vers la gauche. Sclérose des masses latérales en C1-C2-C3. En regard de l'épineuse de D1, solution de continuité : non fusion du listel marginal - ancienne fissure non consolidée ? Le[s] foramina sont libres.

Colonne lombaire face/profil du 15.01.2014 [recte : 2013 ?] X. _____ site de [...] : Bascule du bassin à droite de 12 mm. 5 vertèbres de caractère lombaire. La projection des pédicules de L5 est difficile à reconnaître, il existe une anisocorie, le pédicule gauche étant d'un aspect flou. Sacro-iliaques sans lésion. Coxo-fémorales d'aspect normal ainsi que ce que l'on voit de la symphyse pubienne. Nombreux clips chirurgicaux, surtout à gauche. Le profil montre une rectitude lombaire basse, une projection antérieure du centre de L3/disque L5-S1, un **important pincement discal L4-L5** de l'ordre de 80%, homogène, un pincement discal L5-S1 à prédominance postérieure, un signe de Bastrup L4-L5.

IRM cervicale 29.01.2013 R. _____ : Discopathies C6-C7 et C7-D1 avec quelques érosions sous-chondrales.

IRM cervicale 21.05.2013 R. _____ :

Lésion de Modic I à la partie antérieure de C7-D1. Protrusions étagées, non compressives sur les coupes transverses.

IRM cervicale 18.11.2013 R. _____ :

Inversion de la lordose cervicale, entre le disque C4-C5 et C7-D1, avec bloc cyphotique discarthrosique. Pincements des disques, remaniements ostéophytaires antérieurs. Déshydratation des disques C6-C7 et C7-D1. Modic I en C7-D1. Protrusion paramédiane droite à cet étage sur les coupes transverses.

IRM lombaire du 16.01.2014 X. _____, [...] :

En T2 sagittal, on retrouve le pincement discal L4-L5 serré, avec prise de contrast[e] des plateaux vertébraux adjacents, pincement du disque L5-S1 mais l'on y reconn[ait] une différenciation discale, l'annulus. Protrusions postérieures discales aux 2 derniers étages.

Pas d'élément de fibrose. Prise de contraste de l'os sous-chondral de la facette articulaire droite. Discret épanchement intra-articulaire bilatéral. Masses musculaires préservées. »

Au terme de son expertise, la Dresse W. _____ a posé les diagnostics de (cf. rapport d'expertise p. 32) :

- lombosciatalgies droites chroniques et cervico-brachialgies gauches sur maladie discale étagée,
- status après cure de hernie discale luxée L4-L5 droite en 2010 avec atteinte radiculaire séquellaire L5 (S1) droite,
- obésité associée à une hypertension artérielle et à un déconditionnement par sédentarité,
- syndrome d'apnée du sommeil,
- maladie de reflux gastro-oesophagien,
- toux d'origine indéterminée, et
- rhinite-conjonctivite-asthme saisonniers.

Elle a au demeurant discuté le cas de l'assuré en ces termes (cf. rapport d'expertise p. 28 et 31) :

« (...)

On a un tableau d'une certaine concordance qui fait reconnaître des limitations fonctionnelles pour le dos de M. Z. _____.

Les atteintes rachidiennes lombaires de M. Z. _____ sont un peu plus sévères que celles auxquelles on s'attendrait à son âge. Elles s'associent à des atteintes cervicales discarthrosiques également évoluées pour son âge. Au niveau cervical, cela ne donne pas lieu à des signes radiculaires. Il n'y a pas eu à ce jour l'éclosion d'une hernie discale. Il a été suivi pour des douleurs cervicales au R. _____ récemment.

(...)

Il est confirmé un syndrome lombo-vertébral modéré à sévère, constant en cours de status avec des foyers d'allodynie à distance traduisant des myogéloses étagées dans le cadre du

déconditionnement qui accompagne la spondylodiscarthrose rachidienne bien documentée selon le dossier radiologique que M. a mis à ma disposition.

Il persiste des signes radiculaires au membre inférieur droit avec une hypotrophie du mollet, une diminution du réflexe achilléen, une parésie du releveur de l'orteil, une hypoesthésie plus étendue portant sur le dermatome L5 et S1.

Ces éléments sont parfaitement concordants avec l'imagerie qui montre une maladie discale évoluée au niveau lombaire, en phase congestive principalement sur le site chirurgical, et touchant également le segment cervical, non symptomatique actuellement ».

Le 19 juin 2014, se déterminant sur le rapport d'expertise, l'intimé a transmis l'avis du 11 juin 2014 Dr T. _____ du SMR, qui s'est exprimé en ces termes :

« (...)

Acte IV. Nous reprenons à partir de la p32 suite à réception des pièces manquantes ; les questions de la p32 à 37 expliquent la corrélation du syndrome lombaire apparu en nov. 10 (cf. p.25 ; cf. RM [rapport médical] SMR), avec la maladie discale dégénérative qui datait au moins de 2008, ainsi que l'absence de corrélation avec la maladie discale dégénérative qui datait au moins de 2008, ainsi que l'absence de corrélation clinico-radiologique dans ce type de pathologie. Mais il explique bien qu'il n'y avait pas nécessairement d'IT [incapacité de travail] entre 2008 et [20]10, d'autant que même si l'assuré a eu des arrêts intermittents, sa CT [capacité de travail] n'était pas diminuée. Nous pourrions affirmer au vu de ces lignes que l'IT [incapacité de travail] retenue est toujours celle du RM [rapport médical] SMR (cf. nov.-déc. 10), mais l'expert n'écrit pas noir sur blanc, ni ne formule clairement les CT [capacité de travail] finales comme habituellement dans les expertises AI. Au vu de l'importance des enjeux, et en l'absence d'éléments clairs, nous estimons nécessaires de faire préciser formellement à l'expert, la date de l'IT [incapacité de travail] durable, la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] et [dans une] AA [activité adaptée] de cet assuré au vu de notre RM SMR.

Au total, en l'absence d'éléments clairs et formels permettant de nous déterminer sans contestation possible, nous estimons nécessaire de faire préciser formellement à l'expert, la date de l'IT [incapacité de travail] durable, la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] et [dans une] AA [activité adaptée] de cet assuré au vu de notre RM SMR (CTAH 50% AA 70% dès le 01.03.2011 et des allégations de la partie adverse.

Nous reverrons le dossier ultérieurement dès que nous disposerons des éléments demandés ».

Fort de cet avis, l'intimé déplore que le rapport d'expertise de la Dresse W. _____ ne renseigne pas sur la capacité de travail de l'assuré ni sur la date de l'incapacité de travail durable, éléments déterminants dans l'examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En l'état

du dossier, il propose toutefois derechef le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Dans une écriture du 18 août 2014, le recourant relève que l'expertise mise en œuvre par le Tribunal d'arrondissement de [...] n'avait pas pour objet de déterminer sa capacité de travail. Il prend note de l'avis du médecin du SMR quant à l'impossibilité d'établir nettement sa capacité de travail, estimant que le doute persistant à cet égard justifie de donner suite à sa demande d'expertise médicale.

Par courrier du 5 septembre 2014, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une telle expertise, préconisant de solliciter la Dresse W. _____ pour une appréciation de la capacité de travail du recourant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale

vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison de ses atteintes à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Est plus particulièrement litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

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

de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) En l'espèce, l'intimé retient que le recourant est atteint de lombalgies résiduelles post-cure de hernie discale L4-L5 droite (CIM 54.4) induisant une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir toute activité ne nécessitant pas le port de charge excédant 10 kg de façon répétitive ou 15 kg occasionnellement, pas de position statique assise prolongée sans possibilité de varier les positions, pas de porte-à-faux, pas d'antéflexion du rachis contre résistance, pas de genuflexion ou de position accroupie à répétition, pas de position statique debout immobile avec piétinement ni de marche prolongée en terrain accidenté), l'intéressé disposerait toutefois d'une pleine capacité résiduelle de travail, avec une baisse de rendement de 30% en raison du besoin de pauses et de changements de position (cf. avis des Dr B. _____ et P. _____ du 21 février 2012, avis du Dr K. _____ du 26 juillet 2013).

De son côté, le recourant soutient que ses limitations fonctionnelles sont plus importantes que celles retenues par l'intimé, à qui il reproche de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation signalée par la Dresse D. _____ dans son rapport du 31 octobre 2013. Il estime qu'il

n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi et qu'une activité adaptée ne pourrait en aucun cas être envisagée à plus de 50%, si bien que c'est à tort que le droit à la rente lui a été refusé. Il fait valoir des douleurs très importantes, le contraignant à prendre sans cesse des anti-inflammatoires, ce a fortiori depuis l'apparition de douleurs cervicales en sus des pathologies lombaires.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

5. a) Il ressort du dossier de l'intimé que le recourant, en totale incapacité de travail depuis le 15 décembre 2010, a subi une hémilaminectomie L4-L5 au R._____ le 20 décembre 2010, afin de traiter une hernie discale L4-L5 diagnostiquée par la Dresse F._____ le 22 novembre 2010. Malgré cette intervention, l'intéressé a continué à se plaindre de douleurs. Il a repris son activité professionnelle à 50% dès le 1^{er} mars 2011, mais n'a connu aucune augmentation de son taux de travail depuis lors.

La Dresse M._____, neurologue traitant, a alors mis en évidence une atteinte L5 séquellaire après compression par hernie discale L4-L5 opérée le 20 décembre 2010, précisant que dite atteinte expliquait

les troubles sensitifs affectant le patient. Celui-ci présentait également des lombalgies résiduelles après l'opération, d'ordre mécanique, exacerbées par le port de charge et les stations debout ou assises prolongées (cf. rapport médical du 27 juillet 2011). Renseignant l'OAI le 6 février 2012, la neurologue a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de radiculopathie L5 droite sur hernie discale L4-L5 depuis novembre 2010, opérée en décembre 2010, de cervico-brachialgies gauches et de dyspnée d'effort d'origine inconnue. Précisant ne s'attarder que sur les pathologies d'origine neurologique, elle a estimé la capacité de travail du recourant à maximum 50% dans son activité habituelle (susceptible de chuter à 20%, voire même d'être nulle, durant les périodes de crise), et à 70% dans une activité adaptée, permettant de changer de position, de limiter la station debout ou assise prolongée et d'éviter la position fléchie du tronc ainsi que le port de charges et les déplacements importants. La Dresse M._____ était d'avis que le patient garderait des limitations et des douleurs importantes, relevant que depuis juillet 2011, les troubles sensitifs désagréables s'étaient aggravés et que dès janvier 2012, l'intéressé présentait en outre des cervicalgies avec des sensations de froid au niveau de l'épaule gauche, pour lesquelles il avait bénéficié d'un traitement antalgique rachidien.

C'est sur la base de ce dernier rapport de la Dresse M._____ que le SMR a fixé l'exigibilité de 50% dans l'activité habituelle et de 100% avec baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée. Les Drs B._____ et P._____ du SMR ont également retenu des limitations fonctionnelles correspondant à celles mises en exergue par la neurologue traitant (cf. avis du SMR du 21 février 2012). En se déterminant ainsi, le SMR a toutefois perdu de vue le fait que dans son rapport du 6 février 2012, la Dresse M._____ avait clairement précisé que son appréciation de la capacité de travail n'intégrait que les incidences des troubles d'ordre neurologique. Si le diagnostic de radiculopathie L4 droite sur hernie discale L4-L5 opérée en 2010 a ainsi sans aucun doute été pris en considération par la neurologue, on ignore si tel a été le cas des cervico-brachialgies, celles-ci étant susceptibles d'être attribuées aux problématiques d'ordre rhumatologique. La question peut cependant

rester ouverte, dès lors qu'à tout le moins, la dyspnée d'effort ne ressort pas d'aspects neurologiques et n'a de ce fait pas été prise en compte par la Dresse M._____ dans son appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Son appréciation du 6 février 2012 n'était donc que partielle et ne pouvait fonder à elle seule une décision sur la question de l'exigibilité dans l'activité habituelle ou une activité adaptée.

Les renseignements fournis par la Dresse D._____ dans son rapport du 4 juillet 2013 à l'OAI ne permettaient pas plus de clarifier la situation à satisfaction. Aux termes de ce rapport, la praticienne a confirmé l'incapacité de 50% figurant dans son rapport du 3 octobre 2011. Elle a par contre reconnu aux apnées du sommeil non appareillées (qui selon les rapports de la Dresse C._____ du 26 juillet 2012 et de la Dresse M._____ du 16 décembre 2013, étaient au demeurant désormais appareillées) et au status post-cure d'hernie inguinale gauche et droite en août 2008 un impact sur la capacité de travail, alors qu'en octobre 2011, elle avait au contraire estimé que dites affections n'étaient pas invalidantes. Le 4 juillet 2013, la Dresse D._____ a également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non déficitaires, de discopathie dégénérative cervicale basse touchant C6-C7-D1 avec rétrécissement intervertébraux des deux cotés, de signe du Modic I et de méningiome de l'hémicorps vertébral en D2. Dans un courrier du 31 octobre 2013 à l'OAI, elle a toutefois insisté sur la sévérité de ladite discopathie cervicale, qui avait nécessité une prise en charge par le Centre de la douleur et des infiltrations. Cette précision laissait entendre que les atteintes cervicales pourraient avoir un effet sur la capacité de travail, mais le médecin traitant ne se prononçait pas pour autant sur la question. Enfin, tout en invoquant de nouvelles atteintes et en imputant à d'anciennes pathologies un effet sur la capacité de travail, la Dresse D._____ a qualifié l'état de son patient d' « inchangé ». Les médecins du SMR ont pris acte des nouvelles affections diagnostiquées par la Dresse D._____ (cervicalgies secondaires à des discopathies et méningiomes de D2) mais ont considéré que, dès lors que le médecin traitant n'avait pas modifié son appréciation de la capacité résiduelle de travail, l'exigibilité fixée dans l'avis du SMR du 21 février 2012 pouvait être maintenue.

Toutefois, au vu des apparentes incohérences figurant dans le rapport du 4 juillet 2013 de la Dresse D._____ et des incertitudes découlant de la comparaison de ses trois derniers rapports, le rapport du 4 juillet 2013 ne comportait pas une valeur probante suffisante permettant de confirmer sans autre instruction l'exigibilité dans une activité adaptée, comme l'a fait l'intimé (cf. avis du SMR des 26 juillet et 17 décembre 2013). Manquant de clarté et comportant des contradictions intrinsèques, l'appréciation de la Dresse D._____ du 4 juillet 2013 nécessitait au contraire des éclaircissements. L'intimé ne pouvait ainsi se contenter du fait que le médecin traitant y mentionnait une incapacité de travail inchangée de 50% malgré de nouveaux diagnostics pour statuer en l'état et maintenir l'exigibilité fixée par le SMR en février 2012.

Ces éléments suffisent déjà à conclure que l'intimé n'était pas fondé à mettre fin à l'instruction de son dossier et à rendre une décision de refus de rente en l'état, les faits nécessaires à l'examen des prétentions du recourant n'étant pas suffisamment élucidés.

b) Les pièces médicales produites en cours de procédure confirment en outre d'une part que le recourant est affecté de multiples pathologies et d'autre part que les cervico-brachialgies dont il souffre ont connu depuis 2012 une évolution dans le sens d'une aggravation.

aa) Ainsi, selon l'extrait de son rapport du 26 juillet 2012 repris par le rapport d'expertise de la Dresse W._____, la Dresse C._____ a confirmé les différents diagnostics mis en avant par le médecin traitant et le neurologue traitant, faisant état de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés, de dyspnées d'origine X, de syndrome d'apnée du sommeil dorénavant appareillé, de reflux gastro-oesophagien, d'obésité et de hypertension artérielle traitée. Dans son rapport du 3 février 2014 produit à l'appui du recours, la rhumatologue a complété ce tableau par des troubles dégénératifs étagés prédominant L4-L5 et L5-S1, avec trouble statique ainsi qu'un Modic I L4-L5 et L5-S1. L'examen radiologique face/profil du X._____, effectué selon le rapport d'expertise le 15 janvier 2014 [recte : 2013 ?], a signalé

un important pincement discal L4-L5 de l'ordre de 80%, homogène, ainsi qu'un pincement discal L5-S1 à prédominance postérieure et un signe de Baastrup L4-L5. Enfin, bien que postérieure à la décision attaquée, l'IRM lombaire effectuée le 16 janvier 2014 par le Dr E._____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence des lombosciatologies récidivantes droites post-cure de hernie discale L4-L5 droit en 2010 avec séquelle L5 et S1 ainsi qu'un Modic I connu en L4-L5 en 2011. Le Dr E._____ signalait en outre des nouveaux remaniements inflammatoires de type Modic I dans la zone L4-S1 gauche, s'ajoutant à ceux déjà connus dans la zone L4-L5 droite. Quant à la Dresse W._____, elle a également confirmé pour l'essentiel les pathologies signalées par ses confrères, posant les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques et cervico-brachialgies gauches sur maladie discale étagée, de status après cure de hernie discale luxée L4-L5 droite en 2010 avec atteinte radiculaire séquellaire L5 (S1) droite, d'obésité associée à une hypertension artérielle et à un déconditionnement par sédentarité, de syndrome d'apnée du sommeil, de maladie de reflux gastro-oesophagien, de toux d'origine indéterminée, et de rhinite- conjonctivite-asthme saisonniers. L'experte a confirmé un syndrome lombo-vertébral modéré à sévère (rapport d'expertise du 17 mars 2014). Aucun de ces trois médecins ne s'est toutefois penché sur la question de la capacité de travail du recourant.

bb) Lors d'un entretien du 11 juin 2013 à la division réadaptation de l'OAI, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé, mentionnant notamment souffrir de douleurs cervicales Il a précisé qu'une IRM effectuée le 21 mai 2013 avait mis en évidence une «sorte de tache », qui selon l'évolution, pourrait conduire à une nouvelle opération. Il ressort du rapport d'expertise de la Dresse W._____ du 17 mars 2014 que le recourant a en effet multiplié les examens médicaux. Ainsi, un examen radiologique de la colonne cervicale face, profil et trois-quarts effectué le 27 avril 2012 au X._____ a mis en évidence une inversion de la lordose cervicale en C5-C6-C7-D1 avec pincements discaux sévères étagés, une inclinaison de la nuque vers la gauche et une sclérose des masses latérales en C1-C2-C3, la question d'une ancienne fissure non consolidée restant ouverte. Une IRM effectuée le 29 janvier 2013 au

R._____ a noté la présence de discopathies C6-C7 et C7-D1 avec quelques érosions sous-chondrales. Le 6 mars 2013, la Dresse M._____ a posé le diagnostic d'atteinte sensitive C8 gauche probablement d'origine compressive au niveau du trou de conjugaison C7-D1 gauche. La neurologue a précisé que son patient était atteint de cervicalgies gauches depuis une année, susceptibles d'être exacerbées par le mouvement de Valsalva ou la flexion antérieure de la tête. Elle notait la présence d'un syndrome cervical avec limitation importante de la colonne cervicale et d'une fatigue des mains ou des membres supérieurs lors des mouvements répétitifs. Le 21 mai 2013, le recourant a subi une nouvelle IRM qui a signalé la présence d'une lésion de Modic I à la partie antérieure de C7-D1 et de protrusions étagées, non compressives sur les coupes transverses. Le 18 novembre 2013, un nouvel examen à l'hôpital R._____ a mis en exergue une inversion de lordose cervicale, entre le disque C4-C5 et C7-D1, avec bloc cyphotique discarthrosique, des pincements de disques, des remaniements ostéophytaires antérieurs, une déshydratation des disques C6-C7 et C7-D1, un Modic I en C7-D1 ainsi qu'une protrusion paramédiane droite à cet étage sur les coupes transverses. Réévaluant la situation le 16 décembre 2013, la Dresse M._____ relevait une symptomatologie de plus en plus pénible. Les troubles sensitifs C8-D1 gauches avaient disparu mais l'atteinte sensitive L5 droit, voire S1 avec un syndrome lombovertébral et une mobilisation douloureuse de la nuque persistait. Le 6 janvier 2014, le Dr N._____ faisait quant à lui état d'une très nette discopathie C5-C6, précisant que l'activité de chauffeur de taxi entretenait les douleurs. Il ressort enfin du dossier que le recourant a également dû entreprendre un suivi au Centre de la douleur et se soumettre à plusieurs infiltrations rachidiennes, ce qui plaide également en faveur d'une aggravation.

cc) Face aux multiples diagnostics et à l'évolution des atteintes cervicales, il sied de constater qu'une évaluation globale de l'état de santé du recourant et de son impact sur la capacité de travail résiduelle fait défaut.

6. La Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si et dans quelle mesure les multiples pathologies de l'assuré et leur évolution portent atteinte à sa capacité de travail dans une activité adaptée. On peut notamment légitimement s'interroger sur le caractère adapté des activités proposées par l'intimé le 7 octobre 2013 (notamment celles d'ouvrier en mécanique légère [assemblage manuel], d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères et d'ouvrier dans le conditionnement léger) eu égard aux affections cervicales ou aux problèmes touchant les mains de l'assuré (cf. rapports de la Dresse M. _____ du 6 mars et 16 décembre 2013 notamment). Les différents rapports médicaux au dossier et ceux déposés en cours de procédure ne sont pas suffisamment probants pour trancher valablement cette question (cf. consid. 5a et 5b/aa supra). En particulier, les rapports des Drs N. _____, M. _____ et C. _____ joints à l'acte de recours ne sont pas suffisamment précis et détaillés pour être retenus, aucun d'entre eux n'abordant de manière circonstanciée la question de la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au rapport d'expertise du 17 mars 2014 de la Dresse W. _____, il ne permet pas non plus de trancher le litige à satisfaction. Dite expertise, mise en oeuvre par le Tribunal d'arrondissement de [...] dans le cadre de la procédure civile opposant le recourant à la S. _____, se limitait à déterminer si l'atteinte discale à l'origine de l'incapacité de travail prévalant dès le 15 novembre 2010 était préexistante à la conclusion du contrat d'assurance perte de gain, en 2009. La Dresse W. _____ n'a donc pas procédé à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, dès lors que cette question était étrangère à l'objet du litige et sortait de son mandat.

Dans son avis du 11 juin 2014, le Dr T. _____ du SMR constatait d'ailleurs à juste titre l'absence d'éléments clairs et estimait nécessaire de poursuivre l'instruction sur la question de la date de survenance d'une incapacité durable, ainsi que sur celle de la capacité résiduelle de travail, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Le médecin demandait à se prononcer à nouveau une fois le dossier complété avec les éléments demandés.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3, RAMA 1993 n° U170 p. 136, 1989 n° K809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant notamment un volet neurologique et rhumatologique (cf. art. 44 LPGA), en

vue de définir les troubles du recourant et leur impact éventuel sur sa capacité de travail, en respectant les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises pluridisciplinaires (ATF 139V 349 consid. 5.4 p. 357). Dans le cadre de la mise en oeuvre de cette expertise, l'intimé examinera s'il est opportun de solliciter plus avant la rhumatologue W._____, comme il le suggérait dans les échanges d'écritures, étant précisé que l'expertise devra revêtir un caractère pluridisciplinaire. Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressé.

8. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 450 fr. à la charge de l'intimé débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'800 fr. à la charge de l'intimé.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 14 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, par 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ralph Schlosser (pour le recourant),
- 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).

Lagreffière :