

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

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

et

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

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1963, est arrivé en Suisse en 1981 et est au bénéfice d'un permis C. 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 en raison de lombosciatalgies droites avec déficit sensitivomoteur du membre inférieur droit. Son cas a été pris en charge par V._____, assureur perte de gain maladie.

Le 20 décembre 2010, l'assuré a été opéré d'une hernie discale, sous forme d'une hémilaminectomie L4-L5 droite, d'une séquestrectomie et disectomie L4-L5 droite, auprès du Centre D._____ et a subi une incapacité totale de travail jusqu'au 28 février 2011, puis à 50% dès le 1^{er} mars 2011.

b) 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 Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, 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 Z._____ 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 Z._____, 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.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 6 février 2012, la Dresse X._____, spécialiste en neurologie et neurologue traitant, 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 X._____ 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'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 fléchié 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 21 février 2012, les Drs R._____ et H._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) 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 X._____, 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%, 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.

Lors d'un entretien du 11 juin 2013 organisé par la division de réadaptation de l'OAI, l'assuré a allégué une aggravation de son état de santé, expliquant qu'il ne parvenait plus à déployer son activité de chauffeur de taxi à 50%. Il a indiqué avoir subi une IRM (imagerie par résonance magnétique) 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 V._____, qui avait estimé que l'hernie discale était préexistante à la conclusion du contrat d'assurance.

La Dresse Z._____ 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 N. _____ du SMR a pris note des nouvelles atteintes à la santé mises en exergue par la Dresse Z. _____ 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 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 Z. _____ 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 Centre D. _____, qui avait procédé à plusieurs infiltrations cervicales, ainsi qu'auprès du Centre [...] au Centre D. _____. 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 Z._____ du même jour, n'apportait d'éléments susceptibles de modifier sa position. En particulier, les Drs P._____ et T._____ du SMR ont considéré que les cervicalgies invoquées par la Dresse Z._____ 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.

c) L'assuré a recouru contre la décision précitée le 11 février 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit notamment les trois pièces médicales suivantes :

- un rapport médical du 6 janvier 2014 du Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, à l'attention de la Dresse Z._____, duquel il ressortait 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 Centre D._____, 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 X._____ 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 M._____, 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 Centre D._____ 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 le cadre de l'instruction de son recours, l'assuré a produit un rapport d'expertise rhumatologique établi le 17 mars 2014 par la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, intervenue sur requête du Tribunal d'Arrondissement de [...] dans le cadre du litige opposant le recourant à V._____. Au terme de son expertise, la Dresse K._____ a posé 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 (cf. rapport d'expertise, p. 32).

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 W._____.

Les atteintes rachidiennes lombaires de W._____ 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 Centre D._____ 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 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'OAI a transmis l'avis du 11 juin 2014 au Dr P._____ du SMR, qui a estimé que ce rapport ne permettait pas de préciser formellement la date de l'incapacité de travail durable, ni la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée.

d) Par arrêt du 28 janvier 2015 (CASSO AI 27/14 - 19/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant notamment un volet neurologique et rhumatologique, en vue de définir les troubles du recourant et leur impact éventuel sur sa capacité de travail.

B. Donnant suite aux instructions de la Cour de céans, l'OAI a mis en place une expertise pluridisciplinaire, effectuée par le Centre G._____ de [...] (ci-après : Centre G._____), les 11 et 15 décembre 2015 et 8 février 2016, par les Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, I._____, spécialiste en neurologie et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. On extrait ce qui suit du rapport d'expertise du 27 mai 2016 :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, l'hypertension artérielle, la maladie de reflux et la colopathie fonctionnelle n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail.

La dyspnée peut être limitante, mais d'un autre côté l'absence d'exercice entretient la dyspnée, qui est peut-être secondaire à un déconditionnement chez un sujet par ailleurs obèse, ceci alors qu'il s'agirait de prescrire une physiothérapie active visant à redonner une musculature adéquate, tant au squelette axial qu'aux membres inférieurs.

Le score d'Epworth à 12/24 indique un déficit de sommeil, mais n'est pas encore dans la zone de somnolence diurne excessive. Ce score n'est cependant qu'un indicateur, il serait utile qu'au moins une oxymétrie nocturne soit effectuée chez ce sujet dont l'entourage mentionne qu'il ronfle beaucoup, avec en complément un test de maintien de l'éveil pratiqué dans un laboratoire du sommeil. Suite à cela, il pourra être décidé si la conduite automobile est possible ou non, d'ici là, surtout en l'absence de traitement par CPAP, la conduite automobile n'est pas recommandée, ni celle de machines à risque.

Sur le plan rhumatologique, W. _____ souffre à la fois de cervico-brachialgies gauches et de lombosciatalgies droites sur discopathies étagées et arthrose postérieure de ces deux segments rachidiens. Dans le segment lombaire, la douleur persiste en dépit d'une intervention neurochirurgicale L4-L5 pour hernie discale avec syndrome déficitaire. Les lésions dégénératives sont importantes et se traduisent par des instabilités vertébrales plutôt que par des manifestations de conflit discoradiculaire. Ces lésions dégénératives et les manifestations cliniques qui en découlent rendent l'exercice de chauffeur de taxi quasi impossible, en raison des positions prolongées à conserver et l'impossibilité de charger les bagages lourds.

En revanche, une activité légère en poids à porter (inférieurs à 6 kg), en position assise prédominante, mais avec possibilité de changer de position tous les 3/4 d'heure, sans travail en hauteur, serait possible.

Si les constatations objectives correspondent aux plaintes de l'expertisé, elles n'en expliquent ni la persistance ni l'intensité. On se doit de remarquer que les performances du rachis lors de l'examen clinique ne sont pas si mauvaises, et que les douleurs ne paraissent pas si fortes chez un sujet qui ne consomme aucun antalgique et qui peut rester assis (par deux fois puisqu'il a été entendu les 15.12.2015 et 15.01.2016) pendant une heure sans demander à changer de position.

L'examen met en évidence trois signes de non-organicité selon Waddell et Hoover. On peut donc retenir une capacité de travail résiduelle devant ces quelques incohérences.

Sur le plan neurologique, W. _____, chauffeur de taxi indépendant conduisant un véhicule automatique, a développé, à la fin des années 2000, des lombosciatalgies droites. En novembre 2010, elles se sont associées à un épisode déficitaire sur le plan moteur en L5 à droite, symptomatique d'un conflit radiculaire L5 sur hernie discale L4-L5, justifiant une intervention neurochirurgicale par laminectomie réalisée le 21.12.2010 au Centre D. _____. L'expertisé a remarquablement récupéré sur le plan neurologique, gardant uniquement de très discrètes séquelles sensibles dans le territoire distal L5, et une très minime atteinte motrice au niveau des orteils, mal reproductible.

Ceci justifie les limitations dans la conduite d'un véhicule à boîte manuelle. S'agissant de la conduite d'un véhicule automatique, aucune limitation ni incapacité ne peut être retenue sur le plan strictement neurologique ; ceci ne contredit pas l'évocation de limitations ostéoarticulaires mentionnées ci-dessus.

Par ailleurs, W. _____ a développé, depuis trois ans, des cervicalgies avec occasionnelles irradiations dans le bras gauche, sans substrat neurologique, tant à l'examen clinique qu'à l'électro-neuromyographie. Aucune incapacité ni limitation ne peut être retenue sur le plan neurologique dans le contexte de ces douleurs.

Sur le plan psychique, W. _____ se plaint avant tout de ses douleurs, qui sont selon lui la cause de sa symptomatologie anxieuse et dépressive.

Sur le plan dépressif, il rapporte une humeur variable, une perte d'intérêt et du plaisir vu qu'il ne peut plus s'adonner à ce qu'il aimait, et une fatigabilité générant une diminution de son énergie et, de ce fait, de ses activités. Il se dit ralenti, et vite irrité de ne pas pouvoir faire ce qu'il désire. Il évoque des troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention. Il a toutefois confiance en lui, ne se sent pas dévalorisé et cherche à maintenir une bonne estime de lui-même.

Il déplore des troubles du sommeil en lien avec un SAOS, qui majorent ses troubles de l'attention, sa fatigabilité et la diminution de ses activités.

Sur le plan anxieux, W. _____ se plaint d'une anxiété permanente, d'angoisses fréquentes, mais très fluctuantes et d'une claustrophobie. Il rapporte également un cortège de symptômes neurovégétatifs. Il est formel sur le fait que tout a changé depuis son intervention chirurgicale de 2010.

A l'observation, on retrouve une certaine tristesse, principalement à l'évocation de ses enfants et de sa petite fille, une tension et de l'anxiété en rapport avec son état et son avenir. L'expertisé peut néanmoins sourire d'une façon relativement discordante par rapport à la tristesse qu'il évoque.

On ne peut pas objectiver toutes les plaintes de l'expertisé : on ne constate ni le ralentissement psychique ni la fatigabilité. On n'observe pas non plus de troubles des fonctions intellectuelles supérieures : la vigilance est bonne, l'attention et l'orientation aussi. On ne relève pas de véritables troubles de la mémoire, hormis une certaine difficulté à l'évocation des dates.

Vu la symptomatologie d'une part dépressive et d'autre part anxieuse, toutes deux d'intensité insuffisante pour retenir des diagnostics séparés, et vu la présence de symptômes neurovégétatifs, nous retenons le diagnostic de « Trouble anxieux et dépressif mixte ».

W. _____ a parfois peur de sortir son taxi, d'aller travailler et d'avoir mal ensuite. Cette crainte ne relève pas d'une pathologie phobique, mais se comprend dans le contexte des douleurs somatiques de l'expertise. La claustrophobie ne remplit par ailleurs pas tous les critères pour que l'on retienne le diagnostic de phobie spécifique.

On constate des traits de personnalité dépendante et histrionique, sans pour autant constituer un trouble de la personnalité.

L'expert rhumatologue met en évidence des signes de non-organicité et quelques incohérences, lesquelles nous amènent à envisager, outre les problèmes physiques relevés par les autres experts, une problématique douloureuse pas complètement expliquée. W. _____ réagit par un sentiment de détresse à la douleur provoquée par son affection physique et redoute une persistance, voire une aggravation aussi bien de celle-ci que de la douleur. On ne relève toutefois pas, dans son anamnèse, d'éléments de nature émotionnelle et/ou psychosociale suffisamment importants pour créer un tel sentiment de détresse.

Si la collaboration de l'expertisé est bonne, s'il semble réellement avoir mal suite à ses récentes opérations de la vésicule et d'une hernie ombilicale, son attitude reste néanmoins démonstrative, voire histrionique par moments. W. _____ a par ailleurs tendance à vouloir convaincre l'expert avec des arguments pas toujours plausibles, tels qu'une transpiration de sa main gauche plus profuse qu'à sa main droite - qui ne l'est d'ailleurs pas.

Nous retiendrons donc le diagnostic de « Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ».

L'expertisé est tellement focalisé sur ses douleurs qu'il peut difficilement mobiliser ses ressources psychiques, lesquelles sont néanmoins bonnes. Il bénéficie d'un entourage familial et social. La persistance d'une activité professionnelle, néanmoins limitée, participe également à ses ressources extérieures.

Sur le plan psychique exclusivement, W. _____ ne présente pas de diminution de sa capacité de travail dans son activité habituelle. Il n'y a pas de contre-indication psychique à envisager une activité adaptée à ses troubles physiques.

Les troubles de l'attention, consécutifs aux troubles du sommeil, relèvent de l'analyse de l'expert interniste.

Force est donc de relever, au cours de cette expertise, une certaine discordance entre les plaintes de l'expertisé et les constatations de l'expert.

La focalisation de l'expertisé sur ses douleurs, les conséquences de plus en plus importantes de sa diminution de travail sur sa situation socio-économique majorant sa dépendance à sa famille, compromettent l'évolution de l'expertisé et le pronostic.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

I. Atteinte à la santé

1. Manifestation et gravité des constats objectifs

Cf. discussion.

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Cf discussion.

3. *Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)*
-

La situation financière précaire de l'expertisé est, entre autres, source d'angoisse.

Cf. discussion.

4. *Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur*
-

L'expertisé adopte par moment une attitude démonstrative, voire histrionique, par sa conviction de ne pas pouvoir travailler et par certains arguments pour convaincre l'expert pas toujours adéquats. On met en évidence trois signes de non-organicité selon Wadden et Hoover.

Cf. discussion.

5. *En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance*
-

Il n'y a pas de maladie addictive.

6. *Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?*

7. *Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution*
-

L'expertisé présente des traits de personnalité dépendante et histrionique, sans pour autant que ceux-ci ne soient constitutifs d'un trouble de la personnalité.

8. *Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose.*
-

L'expertisé a fait preuve de ressources jusqu'en 2010.

Depuis son accident, focalisé sur ses douleurs, W. _____ a de la peine à les mobiliser, elles sont limitées par son attitude démonstrative avec une focalisation avant tout sur ses douleurs.

II. Contexte social

1. *Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués*

Cf. discussion.

2. *Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré*

Cf. discussion et corps de l'expertise.

3. *Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage*

Cf. discussion et corps de l'expertise.

4. *Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels*

Actuellement, l'expertisé est financièrement dépendant de sa famille. Il dit ne pouvoir travailler que quelques heures comme chauffeur de taxi indépendant en raison d'une part des douleurs qui l'empêchent de rester assis dans son taxi, d'autre part de ses difficultés à porter les bagages de ses clients.

5. *Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)*

L'expertisé, focalisé sur ses douleurs, a tendance à se replier sur lui-même. Il garde néanmoins une certaine vie sociale. Son activité professionnelle l'amène également à rencontrer des gens.

III. Diagnostics

1. *Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail*

- Lombosciatalgies L5 droites :
 - Status après héli-laminectomie et discectomie L4/L5 droite pour hernie discale (déc. 2010).
 - Instabilité vertébrale sur discopathies étagées et arthrose postérieure.
- Cervico-brachialgies gauches sur discopathies étagées et arthrose postérieure.
- Syndrome des apnées obstructives du sommeil.

2. *Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail*

- Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques : F68.
- Hypertension artérielle.
- Maladie de reflux.

- Colopathie fonctionnelle.

3. *Interactions des diagnostics :*
Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

Cf. discussion.

IV. Traitement et réadaptation

1. *La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?*
-

Pour le syndrome des apnées obstructives du sommeil, le traitement adéquat a été prescrit, mais il n'est pas suivi. Son traitement doit être reconsidéré.

Cf. discussion.

2. *Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées*
-

La coopération semble bonne, mais il manque notamment une physiothérapie active soutenue.

Il n'y a pas eu de contact récent avec le neurochirurgien.

3. *Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré*
-

Effectuer une oxymétrie nocturne avec en complément un test de maintien de l'éveil pratiqué dans un laboratoire du sommeil, ainsi que revoir l'adaptation du CPAP.

Pour le problème rachidien, un nouvel avis neurochirurgical devra être demandé si la symptomatologie perdure, tant au segment cervical que lombaire.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de prise en charge spécifique. Vu la capacité totale de travail de l'expertisé sur le plan psychique, un traitement spécifique n'est pas exigible, même s'il pourrait amener l'expertisé à être moins focalisé sur ses douleurs et, de ce fait, améliorer le pronostic.

4. *Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès*
-

Il n'y a pas eu de mesures de réadaptation.

5. *Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré ?*
-

6. *Dans quelle mesure ?*

7. *Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation*

Exigible si nécessaire.

V. Cohérence

1. *Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré*

Les performances du rachis lors de l'examen clinique ne sont pas si mauvaises et les douleurs n'apparaissent pas si fortes chez un sujet qui ne consomme aucun antalgique et qui peut rester assis (à deux fois puis qu'il a été examiné les 15.12.2015 et 15.01.2016) pendant une heure sans demander à changer de position.

Cf. aussi discussion.

2. *Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)*

Cf. discussion.

3. *Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé*

Cf. discussion.

4. *Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques*

Cf. réponses aux questions 1 à 3 de la rubrique IV.

5. *Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie*

Pas d'inaptitude à suivre des thérapies.

VI. Capacité de travail

1. *Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici*

Nulle en raison de l'atteinte ostéoarticulaire et du syndrome des apnées du sommeil.

2. *Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré*

Capacité complète en temps et rendement.

3. *Quelles sont les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée médicalement justifiées, à quel taux (sur un 100%) et depuis quand. Merci d'indiquer l'évolution de celles-ci*

Activité habituelle :

Capacité nulle depuis novembre 2010.

Activité adaptée :

Il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée.

4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles*

Pas de position statique debout prolongée, s'exerçant donc principalement en position assise, mais avec possibilité de changer de position tous les 3/4 d'heure. Pas de position en porte-à-faux ou de mouvements répétitifs du tronc, pas de port ou transport répétitif de charges supérieures à 6 kg, pas de travail en hauteur. Pas d'efforts prolongés ou répétés du membre inférieur droit (par ex. lors de la conduite d'un véhicule à boîte manuelle). Pas de conduite professionnelle de véhicules ou de machines à risque.

5. *Quelles sont les ressources personnelles de l'assuré*

La focalisation de l'expertisé sur ses douleurs limite la mobilisation de ressources personnelles pourtant présentes. Cf. discussion ».

Était notamment joint au rapport d'expertise un questionnaire de l'échelle de somnolence D'Epworth, attestant un score de 12/24, correspondant à un déficit de sommeil et précisant que les signes de somnolence diurne pathologique pour lesquels il était recommandé de consulter un médecin entraient en ligne de compte à partir d'un score égal ou supérieur à 15/24.

Dans un avis du 16 juin 2016, le Dr P. _____ du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise, qu'il jugeait probante et a retenu qu'il existait une incapacité de travail totale et durable depuis novembre 2010, que la capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi

était nulle depuis lors en raison des atteintes ostéo-articulaires et du syndrome d'apnées du sommeil, mais que la capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, soulignant expressément l'inaptitude de celui-ci à conduire un véhicule.

Par projet de décision du 18 octobre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité pour les raisons suivantes :

« Résultat de nos constatations :

W._____ exerçait l'activité de chauffeur de taxi.

Pour des raisons de santé, il a présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 15 novembre 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 15 novembre 2011, et après consultation de son dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (*pas de position statique debout prolongée, possibilité de changer de position tous les trois-quarts d'heure, pas de position en porte-à-faux ou de mouvements répétitifs du tronc, pas de port de charges de plus de 6kg, pas de travail en hauteur, pas d'efforts prolongés ou répétés du membre inférieur droit, pas de conduite professionnelle de véhicule ou de machines à risque*).

Pour évaluer le degré d'invalidité nous devons déterminer la perte économique subie.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 58'644.00 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas en l'espèce - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données

statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2011, CHF 4'949.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'159.33 (CHF 4'949.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'911.99.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'720.79.

Comparaison des revenus :

sans invalidité :	CHF	58'644.00
avec invalidité :	CHF	55'720.79
la perte de gain s'élève à	CHF	2'923.21 = un degré d'invalidité de 4.98%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas

le cas de l'assuré. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert ».

L'assuré a contesté à ce projet de décision le 3 février 2017. Il a allégué que son état de santé s'était péjoré depuis l'expertise de sorte qu'un rendement de 100% ne pouvait être exigé dans une activité adaptée et a critiqué le taux d'abattement de 10%, estimant qu'un abattement de 25% se justifiait pour tenir compte de l'ensemble des circonstances. Il a produit à l'appui de sa contestation un rapport de la Dresse Z. _____ du 22 novembre 2016, dont il ressortait notamment que son état de santé s'était péjoré depuis l'examen par les médecins du SMR en raison d'une diminution de résistance à l'effort dans l'endurance dû au problème du système locomoteur. Cette praticienne relevait toutefois que l'assuré pouvait garder une capacité de travail résiduelle de 30% dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. A la question de savoir si elle était d'accord avec la conclusion selon laquelle la capacité de travail de l'assuré était de 100% en temps et en rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la Dresse Z. _____ a répondu que « non vu les troubles fonctionnel[s] et neurologiques, limitation au niveau des positions (longtemps debout et assis), porter du poids plus de 5 kg », précisant encore qu' « une activité dans la profession actuelle à long terme ne sera plus possible ».

Dans un avis du 23 février 2017, le Dr P. _____ du SMR a rejeté l'assertion de la Dresse Z. _____ selon laquelle l'assurée conserverait une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle, cette conclusion étant contraire à l'expertise. S'agissant de la diminution de résistance à l'effort, le Dr P. _____ a souligné qu'il ne prétendait pas le contraire du fait du déconditionnement, mais constatait que l'assuré restait apte à 100% dans une activité adaptée. Le SMR a donc maintenu sa position.

Par décision du 20 juin 2017, l'OAI a confirmé pour l'essentiel son projet du 18 octobre 2016 et rejeté la demande de rente de l'assuré. Dans le courrier d'accompagnement du même jour, il a notamment relevé que la Dresse Z. _____, contre l'avis des experts, attestait une capacité

de travail résiduelle dans l'ancienne activité, mais ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, indiquant simplement que la profession actuelle ne pouvait pas être exercée sur le long terme. S'agissant de l'abattement, l'OAI a admis qu'il se justifiait un abattement supplémentaire de 5% afin de tenir compte des années de service, vu que l'assuré avait exercé un métier en qualité d'indépendant durant de nombreuses années. Il a en revanche fait savoir qu'il n'y avait aucune raison de retenir un taux supérieur à 15%, ni l'âge de l'assuré, ni son taux d'occupation, ni sa nationalité ne justifiant une réduction salariale supplémentaire.

C. Par acte du 28 août 2017, W._____, représenté par Me Ralph Schlosser, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise indépendante afin d'établir le degré de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il reproche à l'OAI de n'avoir entrepris aucune mesure d'instruction supplémentaire pour déterminer l'incidence de l'évolution de sa maladie sur sa capacité de travail et ne pas avoir établi si la dyspnée mise en évidence par les experts pouvait être invalidante. Le recourant soutient en outre que les conclusions de l'expertise quant à sa capacité de travail ne sont pas motivées et en contradiction avec les avis des autres médecins. Il fait également valoir qu'une diminution de rendement de 30% doit être retenue et enfin qu'un taux d'abattement de 25% doit être appliqué, compte tenu notamment de son âge et de son absence de formation.

Dans sa réponse du 12 octobre 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il conteste que l'instruction soit lacunaire, précisant, s'agissant de la dyspnée à l'effort, que les activités adaptées accessibles au recourant ne requièrent pas la réalisation de forts efforts physiques. Quant au déficit de sommeil, il souligne que le recourant ne se situe pas dans la zone de somnolence

diurne excessive qui poserait problème et qu'il ne s'est pas conformé à la thérapie proposée. L'intimé conteste en outre la diminution de rendement de 30% alléguée et considère que la situation du recourant ne se prête pas à un taux d'abattement de 25%.

Par réplique du 6 novembre 2017, le recourant confirme ses conclusions. Il reproche à l'office intimé son absence de démarches relatives à ses lésions dégénératives importantes et allègue que son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise. Il fait savoir qu'il va prochainement se soumettre à une IRM.

Dans sa duplique du 23 novembre 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions.

D. Le 29 janvier 2018, le conseil du recourant a transmis à la Cour de céans une clé USB contenant des images d'IRM, ainsi que les documents suivants :

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 25 novembre 2017, mettant en évidence une résorption de la hernie discale précédemment visualisée en C5-C6 droit, un remaniement arthrosique disco-vertébral étagé sévère sans modification notable et une arthrose interfacettaire postérieure droite en C3-C4 présentant une congestion inflammatoire sévère pouvant être à l'origine de la symptomatologie clinique et proposant une infiltration cortisonée par bloc facettaire sous guidage scanographie ;

- un rapport d'IRM lombaire du 9 décembre 2017, dont la conclusion est la suivante :

« Discopathie dégénérative des trois derniers étages lombaires. Pas de canal lombaire étroit. Remaniements dégénératifs de type Modic 1 des plateaux vertébraux L4-L5 à droite et L5-S1 à gauche. Arthrose facettaire postérieure bilatérale étagée en phase inflammatoire modérée en L4-L5.

En L3-L4, petite protusion discale foraminale et extraforaminale gauche avec rehaussement périherniaire pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif avec la racine L3 gauche.

En L4-L5, status post hémilaminectomie droite pour cure de hernie discale, avec la présence d'une petite protrusion discale foraminale droite avec rehaussement péri-herniaire pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif par continuité de la racine L4 droite.

En L5-S1, protrusion discale à base large médio-bilatérale avec rehaussement péri-herniaire pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif avec l'émergence des racines S1. A confronter à la clinique » ;

- un rapport de la Dresse Z. _____ du 25 janvier 2018 concluant que les rapports d'IRM précités mettent en évidence une situation d'aggravation, tant au niveau cervical que lombaire, qui expliquerait les douleurs au niveau des membres supérieurs et inférieurs type neuropathiques et précisant qu'un bilan neurologique serait indispensable dans un deuxième temps.

Dans ses déterminations du 20 février 2018, l'OAI confirme sa position, soit le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il se rallie aux conclusions du SMR, dont l'avis du 14 février 2018 est joint aux déterminations et dont on extrait ce qui suit :

« [...] »

Notre réponse : finalement le Dr Z. _____, généraliste, revient pour la 2^{ème} fois sur l'expertise de 3 confrères spécialistes après leur consilium, alors que l'assuré continuait à exercer son AH de taxi (cf. 3/), faut-il le dire. Sa lettre du 25.01.18 est pourtant positive dans la mesure où il est noté qu'une hernie discale C5-C6 a dispar[u] et qu'un remaniement arthrosique sévère, prédominant en C3-C4 signerait une aggravation par rapport à l'IRM précédente. Veuillez noter qu'il est simplement proposé une infiltration, mais aucunement une action chirurgicale. Enfin une lésion radiologique de type dégénératif fréquent à cet âge n'implique pas automatiquement une atteinte clinique sous-jacente. L'inverse l'est par contre. Il n'est aucunement précisé la présence d'une atteinte motrice ou sensitive en aval d'ailleurs, et notre confrère n'a réalisé aucun ENMG pour le prouver, ce qui est plus que douteux. En ce qui concerne les atteintes du rachis lombaire, au vu de 3/, l'IRM du 09.03.17 n'apporte rien de bien nouveau pour les mêmes raisons que ci-dessus car il n'y a rien de bien concret sur le plan clinique en sous-jacent sauf un « syndrome irritatif », mais aucune topographie clinique n'est précisée et encore moins une preuve à l'ENMG rapportée. Finalement depuis le 09.03.17, notre confrère parle d'une « aggravation », mais il n'aurait pratiqué un an après aucun ENMG ou bilan neurologique. Tout ceci n'est pas crédible, d'autant qu'aucun avis neuro, ou en neurochirurgie ne viendrait étayer cette prise de position, sans parler de l'absence de solution chirurgicale. Tout cela est finalement très rassurant à 8 ans de l'évolution en post-op. après cure de hernie discale L4-L5 en déc.10 (cf. clé USB produite par la Cour). Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter, des constatations antérieures ».

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).

Dans le canton de Vaud, 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]).

b) 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.

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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'espèce 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.

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 (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 (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 (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF, 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

4. En l'occurrence, dans son jugement du 28 janvier 2015 (AI 27/14 - 19/2015), la Cour de céans a considéré que l'instruction qui avait été menée par l'intimé sur les plans neurologique et rhumatologique était lacunaire et ne permettait pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Elle avait plus particulièrement retenu qu'il subsistait des incertitudes quant à savoir si et dans quelle mesure les multiples pathologies de l'assuré et leur évolution portaient atteinte à sa capacité de travail dans une activité adaptée, les rapports médicaux des médecins traitants ainsi que le rapport d'expertise rhumatologique du 17 mars 2014 n'abordant pas de manière circonstanciée la question de la capacité de travail de l'intéressé dans une telle activité.

a) Sur le plan médical, l'intimé a retenu que si le recourant était incapable de travailler dans son activité habituelle de chauffeur de taxi, il conservait en revanche une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'appréciation de la capacité de travail retenue par l'OAI est fondée sur le rapport d'expertise du Centre G. _____ du 27 mai 2016, au terme duquel les experts ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi de l'assuré en raison de ses lombosciatalgies L5 droites (status après hémi-laminectomie et discectomie L4/L5 droite pour hernie discale et instabilité vertébrale sur discopathies étagées et arthrose postérieure), cervico-brachialgies gauches sur discopathies étagées et arthrose postérieure, ainsi que d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Les experts ont en revanche retenu une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de position statique debout prolongée, s'exerçant donc principalement en position assise mais avec possibilité de changer de positions tous les $\frac{3}{4}$ d'heure, pas de position en porte-à-faux ou de mouvements répétitifs du tronc, pas de port ou transport répétitif de charges supérieures à 6 kg, pas de travail en hauteur, pas d'efforts prolongés ou répétés du membre inférieur droite (par exemple lors de la conduite d'un véhicule à boîte manuelle) et pas de conduite professionnelle de véhicules ou de machines à risque.

De son côté, le recourant estime que l'OAI a procédé à une évaluation erronée de son état de santé. Il soutient en particulier que la valeur probante de l'expertise du Centre G. _____ est remise en cause par les conclusions de la Dresse Z. _____, laquelle met en exergue une aggravation de son état de santé et contredit les conclusions des experts. Il est en outre d'avis qu'une diminution de rendement de 30% doit être retenue, à l'instar de la décision de l'OAI du 14 janvier 2014. La Cour de céans ne saurait toutefois adhérer à ses conclusions.

b) Tout d'abord, le rapport d'expertise du 27 mai 2016 remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine

force probante. Les experts ont en effet procédé à des examens cliniques les 11 et 15 décembre 2015, ainsi que le 8 février 2016, ont complété le dossier médical et procédé à des examens radiologiques, ainsi qu'à un examen d'échelle de somnolence d'Epworth. Ils ont étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en tenant compte des plaintes de l'assuré. En outre, leur appréciation de la situation médicale est claire et leurs conclusions sont bien motivées. Les experts ont toutefois retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans baisse de rendement et mis en exergue certaines incohérences permettant de retenir une capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Les experts ont en particulier mis en évidence trois signes de non-organicité selon Waddell et Hoover et une certaine discordance entre la situation médicale et les plaintes de l'intéressé, précisant que les performances du rachis lors de l'examen clinique n'étaient pas si mauvaises et que les douleurs n'apparaissaient pas si fortes chez un sujet qui ne consomme aucun antalgique et qui peut rester assis pendant une heure sans demander à changer de position, ce qui a été constaté à deux reprises par les experts, lors des examens des 15 décembre 2015 et 15 janvier 2016. Dans sa décision précédente, l'OAI s'était basé pour justifier une baisse de rendement sur les conclusions du SMR et de la Dresse X._____, les premiers n'ayant pas examiné l'assuré et la seconde s'étant basée sur les déclarations de son patient (cf. avis SMR du 21 février 2012 et rapport médical du 6 février 2012). On relèvera au demeurant que les motifs qui avaient - dans un premier temps - conduit l'OAI à retenir une diminution de rendement (soit le besoin de pauses et de changements de position) se recoupent avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, qui ont été considérées par les experts comme plus importantes que lors de la décision initiale, s'agissant notamment du port de charge et de la fréquence de l'alternance des positions. Les experts n'ont toutefois tiré aucune conséquence concrète et quantifiable quant à une éventuelle diminution de rendement qu'ils ont estimé nulle. Enfin, l'activité de chauffeur de taxi assumée jusque-là par l'assuré à temps partiel est incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé.

Par ailleurs, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause le constat selon lequel l'expertise du Centre G._____ a une pleine valeur probante. En particulier, il n'explique pas en quoi les examens pratiqués en novembre et décembre 2017, et les conclusions qu'en tire la Dresse Z._____ dans son rapport du 25 janvier 2018, remettraient en question l'évaluation de la capacité de travail opérée par les experts du Centre G._____ en 2016. Si cette praticienne relève une aggravation de l'état de santé du recourant, tant au niveau cervical que lombaire, qui expliquerait les douleurs au niveau des membres supérieurs et inférieurs type neuropathique, force est de constater que cette allégation n'est pas documentée. D'une part, son courrier fait état d'une certaine amélioration des atteintes au niveau cervical dans la mesure où la hernie discale C5-C6 a disparu. D'autre part, il ne figure au dossier aucune preuve d'une atteinte clinique sous-jacente aux lésions radiologiques de type dégénératif, hormis un « syndrome irritatif ». Il sied également de mettre en évidence, à l'instar du SMR dans son avis du 23 février 2017, qu'aucune action chirurgicale n'a été proposée et qu'aucun avis d'un spécialiste en neurologie ne vient confirmer l'aggravation alléguée par la Dresse Z._____.

S'agissant de la dyspnée à l'effort mise en évidence par les experts, si ceux-ci ont retenu qu'elle pouvait être limitante, ils ont également relevé que cette dyspnée pouvait être secondaire à un déconditionnement et ont recommandé une physiothérapie active. En tout état de cause, le recourant ne démontre aucunement en quoi cette atteinte pourrait être invalidante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, activité ne requérant pas la réalisation d'efforts physiques importants. On relèvera par ailleurs que la Dresse Z._____ retient de manière surprenante que nonobstant la prétendue aggravation de l'état de santé du recourant due à cette dyspnée, une capacité de travail résiduelle de 30% dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi pourrait être retenue, ce qui est en contradiction avec les conclusions de l'expertise.

Quant au syndrome d'apnées obstructives du sommeil, il convient de relever, à l'instar de l'intimé, que le recourant, qui ne s'est d'ailleurs pas conformé à la thérapie proposée, ne se situe pas dans la zone de somnolence diurne excessive qui poserait problème dans toute activité et que les conséquences de ce trouble ont été prises en considération dans la cadre des limitations fonctionnelles reconnues chez l'intéressé.

c) En conclusion, c'est de manière convaincante que l'intimé a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Sous l'angle économique, la Cour de céans relève que le recourant ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Il n'apporte en outre aucun élément permettant d'infirmier les chiffres retenus par l'intimé à cet égard, de sorte qu'ils n'apparaissent pas contraires au droit.

L'intéressé a contesté, en revanche, le taux d'abattement de 15% pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalidé. Il a allégué que cette déduction ne tenait pas suffisamment compte de son âge, son absence de formation ainsi que ses limitations fonctionnelles, éléments justifiant à ses yeux une déduction de 25%.

a) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé – comme c'est le cas en l'espèce – sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent

la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, il appert que l'intimé a retenu un abattement de 15% eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Or sur ce point, il est notoire que les personnes atteintes leur santé qui présentent des limitations, même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. L'intimé a également tenu compte des années de services du recourant, celui-ci ayant exercé un métier en qualité d'indépendant durant de nombreuses années. Pour le reste, s'il est vrai que le recourant n'a pas de formation particulière, il n'en demeure pas moins que le manque de formation professionnelle ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore

exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 1 : tâches physiques ou manuelles simples ; voir TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5 ; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 ; TF 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5). La nationalité portugaise du recourant ne saurait influencer sur la déduction, puisque l'intéressé est enregistré en Suisse depuis 1981 et est titulaire d'un permis C. Pour le surplus, il appert que l'âge de l'assuré - soit 53 ans - est suffisamment pris en compte dans l'abattement de 15% retenu par l'OAI.

c) C'est ainsi à juste titre que l'office intimé a appliqué un taux d'abattement de 15% sur le revenu d'invalidé du recourant, conduisant à un degré d'invalidité de 4.98 % (2'923 fr. 21 [perte de gain] / 58'644 fr. [revenu sans invalidité] x 100) n'ouvrant pas le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Cela étant, la prise en compte d'un abattement de 25% ne serait en tout état de cause pas de nature à modifier le droit aux prestations du recourant. En effet, dans une telle hypothèse, la comparaison des revenus avec et sans invalidité (de respectivement 46'433 fr. 99 et 58'644 fr.) aboutirait à une perte de gain de 12'210 fr. 01, correspondant à un degré d'invalidité de 20.82% (12'210 fr. 01 / 58'644 fr. x 100), inférieur au seuil minimum de 40% ouvrant le droit à une rente.

6. Cela étant, un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2).

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ralph Schlosser (pour W._____),
- 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 :