

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], remarié en 2006, séparé, père de cinq enfants, sans formation professionnelle, a travaillé jusqu'en 2008 comme chauffeur de poids lourds. Il a bénéficié de prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 6 juillet 2008 pour des lombalgies survenues à la suite d'une glissade et d'une chute sur des fûts le 23 mai 2007.

L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 4 juillet 2008, pour des problèmes de dorso-lombalgies. Cette demande a été rejetée par décision du 13 février 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) constatant notamment que l'assuré avait mis fin à un bilan de compétences et à des stages en entreprise dans le cadre de la procédure d'intervention précoce, parce qu'il s'était présenté de façon irrégulière et que les jours de stage ne lui convenaient pas. En conséquence et au vu des pièces au dossier, l'OAI avait retenu que depuis la date du rapport de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA, soit depuis le 4 avril 2008, l'assuré présentait une pleine et entière capacité de travail dans l'activité de chauffeur de poids lourds, pour autant qu'il ne doive pas s'occuper de la charge ou la décharge du camion ou dans une activité adaptée sans port de charges de plus de 20 à 30 kg (selon l'avis du Service médical régional de l'AI, le SMR, du 28 octobre 2018). L'OAI a relevé qu'il était tout à fait envisageable de respecter ces limitations dans l'activité habituelle de l'assuré, car il était spécialisé dans le transport de matériaux dangereux ainsi qu'en transport international.

Dès le mois de mars 2009, l'assuré a travaillé comme chauffeur de taxi indépendant, au sein de sa propre entreprise.

L'assuré a été mis au bénéfice du Revenu d'insertion depuis le 1^{er} juin 2016.

B. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI le 16 août 2016 (date du timbre postal). Il y fait état de troubles de la concentration postopératoires à la suite de la chirurgie d'un méningiome cérébral, qui a eu lieu le 28 juin 2016.

Avant l'opération, l'assuré avait fait l'objet d'un examen neuropsychologique à [...] du W._____, qui avait mis en évidence des signes de dysfonctionnement hémisphérique gauche au premier plan. Il a été soumis à nouveau à un tel examen après son opération, dont le rapport conclut à un tableau cognitif en légère amélioration avec une atteinte désormais légère à modérée des fonctions cognitives, comportementales et attentionnelles. Selon un rapport des Drs F._____, spécialiste en neurochirurgie, [...], désormais spécialiste en neurochirurgie, et [...], médecin assistant, daté du 15 juillet 2016, les suites de l'opération étaient simples et sans complication, le status à la sortie était superposable au status d'entrée sur le plan neurochirurgical, du point de vue de l'état de conscience et des nerfs crâniens, avec une force en amélioration au niveau de l'hémisyndrome droit et à M4+ au niveau du membre inférieur droit et M5 au niveau du membre supérieur droit. Des troubles de l'équilibre persistaient. Vu ces résultats satisfaisants et la stabilité de l'état de l'assuré, il a été transféré à la Clinique de H._____, où il a séjourné du 4 juillet au 3 août 2016 en vue de sa neuro-réhabilitation.

Selon un rapport d'examen du Service de neuropsychologie et logopédie de la Clinique de H._____ du 6 juillet 2016, signé par Mme L._____, psychologue, l'assuré était nosognosique, fatigable et légèrement ralenti. L'examen avait mis en évidence des troubles modérés de la mémoire épisodique (apprentissage d'une liste de quinze mots), une nette perturbation de la mémoire de travail, un dysfonctionnement exécutif marqué par des difficultés de planification, un ralentissement de l'inhibition, un score à la limite inférieure pour le raisonnement en modalité visuelle, un ralentissement de la vitesse de traitement et à l'alerte phasique et de l'attention visuelle ainsi qu'un ralentissement de l'accès lexical aux épreuves continues.

Dans un rapport du 3 août 2016, le Dr D._____, spécialiste en médecine générale, en neurologie, ainsi qu'en médecine physique et réadaptation à la Clinique de H._____, a posé les diagnostics d'hémisyndrome droit et de troubles du langage, dans le cadre d'un méningiome frontal gauche avec insertion falcorielle de grade I selon l'OMS, status après craniotomie pour exérèse le 28 juin 2016. Selon ce médecin, l'évolution de l'assuré était tout à fait favorable, avec amélioration de son attention, sa concentration, sa vitesse de traitement, son application des stratégies proposées, diminution de sa fatigabilité et avec des difficultés persistantes de la flexibilité mentale. Sur le plan neuropsychologique, la conduite automobile n'était plus contre-indiquée à la sortie. Cependant, le Dr D._____ a précisé que son patient n'était pas sûr de lui et qu'il serait plus prudent qu'il puisse consulter un médecin spécialisé pour les chauffeurs professionnels. Dès la fin du séjour de l'assuré à la Clinique de H._____, un traitement ambulatoire avait été prévu au W._____.

Selon un rapport d'examen neuropsychologique du 8 août 2016 de Mme L._____, portant sur la durée du séjour de l'assuré à la Clinique de H._____, ce dernier s'est montré très investi dans sa prise en charge et motivé. Certaines séances avaient toutefois dû être annulées en début de séjour en raison d'une pneumonie, qui avait été traitée, mais l'assuré restait fatigable et pouvait présenter des maux de tête après quarante-cinq minutes de traitement. Des améliorations avaient pu être constatées dans tous les exercices proposés par la psychologue. Il persistait essentiellement une fatigabilité marquée et manifeste lors d'exercices soutenus d'attention ou de mémoire de travail. L'assuré se disait plus optimiste s'agissant de son avenir.

Par décision du 27 septembre 2016 et à la suite à la demande du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du trafic niveau deux, le Service des automobiles et de la navigation a retiré, à titre préventif, le permis de conduire des véhicules automobiles des catégories professionnelles de l'assuré. Ce dernier restait en droit de

conduire des véhicules automobiles des catégories privées. Le Dr T._____ précisait que l'avis d'un médecin du trafic de niveau trois devrait être recueilli.

Le Dr D._____ a fait savoir à l'OAI, par rapport du 11 octobre 2016, que malgré l'évolution neuropsychologique favorable de l'assuré, sans contre-indication à la conduite automobile notée par la neuropsychologue de la Clinique, la conduite automobile devait encore être validée par un médecin spécialisé pour les chauffeurs professionnels. L'assuré n'avait pas confiance en lui-même. Le Dr D._____ a en outre listé les différentes limitations fonctionnelles de l'assuré.

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a informé l'OAI par rapport daté du 18 novembre 2016, qu'il retenait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un status post-AVC, un épisode dépressif sévère avec angoisse (F32.2), une hypertension artérielle, une lombalgie sévère, une perte d'équilibre et de coordination, ainsi que des troubles de la vision. Le médecin a indiqué que selon lui, l'assuré était en incapacité de travail totale tant dans son activité de chauffeur de taxi que dans toute activité, sans que l'on puisse s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de sa capacité de travail.

Le 21 novembre 2016, la Professeure P._____, Mmes [...], psychologue et neuropsychologue, et [...], psychologue, ont adressé au Dr J._____ un rapport de prise en charge neuropsychologique ambulatoire de l'assuré au W._____, dont l'on extrait ce qui suit :

« Cette prise en charge neuropsychologique mise en place dès 08.08.2016 chez un patient motivé, appliqué et nosognosique de ses difficultés cognitives, a mis en évidence une amélioration clinique au cours des séances de l'endurance attentionnelle, malgré la persistance d'une sensation de fatigue associée à une thymie très abaissée. Nous avons pu observer également une progression constante des capacités d'attention sélective et focalisée en cours de thérapie. Nous avons entamé une prise en charge de la mémoire de travail, qui n'a pas pu être réalisée de manière optimale en raison d'une baisse de la thymie du patient, élément qui impacte directement cette capacité pré-citée. De même, les tests neuropsychologiques effectués en fin de traitement mettent en

évidence un ralentissement marqué dans les épreuves attentionnelles, que l'on peut interpréter dans le cadre d'une problématique anxio-dépressive nouvelle (cliniquement observable et verbalisée par le patient). Dans ce contexte, auquel s'ajoute une situation familiale, financière et sociale de plus en plus précaire, et en accord avec le patient, nous avons mis un terme à la prise en charge actuelle à la date du 26.10.2016 après 15 séances. En parallèle, nous avons fortement recommandé au patient de mettre en priorité la prise en charge psychiatrique afin, par la suite, de pouvoir bénéficier dans des conditions optimales d'une poursuite de la prise en charge neuropsychologique qui nous semble importante au vu des difficultés cognitives persistantes et dans une visée de réinsertion professionnelle. »

Le 19 janvier 2017, l'assuré a effectué un CT-scanner cérébral, qui a permis de mettre en évidence une exérèse complète et l'absence de récurrence de méningiome. L'évolution de l'assuré a été jugée satisfaisante par les neurochirurgiens du W._____.

Le Dr J._____ a fait savoir à nouveau à l'OAI le 12 septembre 2017 qu'il estimait que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans toute activité. Selon le médecin, l'état de santé de l'assuré s'aggravait et à la question « quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? », le Dr J._____ a répondu « réservé ».

Par rapport du 4 octobre 2017, les Drs F._____ et [...], médecin praticien, ont informé le Dr J._____ qu'à douze mois de l'opération, ils étaient satisfaits de l'évolution de l'assuré, dont l'examen neurologique restait normal. L'IRM cérébrale révélait une exérèse complète, sans récurrence. Les médecins ont précisé que l'assuré prenait toujours le médicament Targin pour ses maux de tête, qui devenaient un problème au quotidien, raison pour laquelle il était suivi par l'équipe de neurologie et serait hospitalisé le 29 juin afin d'essayer un sevrage.

Par retour de courrier parvenu à l'OAI le 6 novembre 2017, l'assuré a répondu négativement à la question « Avez-vous vu un médecin du "Centre d'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite" concernant votre permis de taxi professionnel ? ».

Le 15 mai 2018, les Drs G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, médecin assistant, ont fait savoir à l'OAI que l'assuré avait été suivi au Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...], les 18 octobre, 25 octobre et 1^{er} novembre 2016. Les médecins avaient retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et aucun traitement n'avait été prescrit.

Par avis médical du 30 mai 2018, le SMR a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail d'août 2016 à novembre 2016 liée à son intervention chirurgicale et à la neuro-réhabilitation nécessaire. Après cette date, il n'y avait pas d'atteinte documentée sur le plan neuropsychologique ou psychiatrique justifiant la prolongation d'une incapacité de travail durable. Le SMR a estimé que la réalisation d'une expertise neurologique et psychiatrique portant sur la période s'étalant dès le mois de novembre 2016 s'imposait, quant à la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

L'expertise a été confiée au B._____, à [...] (ci-après : B._____), qui a requis qu'un neuropsychologue soit également mandaté pour l'expertise. M. K._____, neuropsychologue, a été désigné à cet effet. L'examen du Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a eu lieu le 30 août 2018, celui du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, le 5 septembre 2018 et celui de M.K._____ le 19 novembre 2018. L'assuré a également été soumis à des examens sanguins, un *monitoring* médicamenteux et un test d'Epworth (échelle de somnolence). Les experts ont tenu une conférence le 11 février 2019, à l'issue de laquelle ils sont parvenus à une évaluation consensuelle, dont l'on extrait ce qui suit (sic) :

« Monsieur Z._____ est donc un homme âgé actuellement de 53 ans, séparé, père de 3 enfants, formé comme chauffeur poids lourds, machiniste et chauffeur de taxi, ayant exercé comme dernière activité celle de chauffeur de taxi indépendant de 2006 à 2016, date à laquelle il a subi l'exérèse d'un méningiome frontal gauche suite à la survenue de troubles du langage et d'une atteinte motrice hémicorporelle droite.

Le résultat de l'intervention chirurgicale a été objectivement favorable, avec disparition de toute masse tumorale lors des IRM de contrôle, et récupération complète des déficits moteurs aux examens de contrôle pratiqués dans le cadre du Service de neurochirurgie du W._____.

Monsieur Z._____ a bénéficié d'une prise en charge neuropsychologique de juillet à novembre 2016, à la clinique de H._____, puis au W._____, visant les déficits en mémoire de travail, attention, notamment visuelle (notion d'héminégligence) est le ralentissement. Les troubles présents avant l'opération du méningiome avaient déjà régressé dès après cette opération.

Au terme de cette prise en charge, si l'on en croit le rapport de fin de suivi du W._____, la capacité de travail dans une activité adaptée devait être complète du point de vue neuropsychologique.

Néanmoins, encore actuellement, Monsieur Z._____ se plaint de troubles du langage modérés, d'une fatigue/fatigabilité et d'une faiblesse hémicorporelle droite.

Dans les suites opératoires, un traitement de Keppra 500 (2x 1 cp/jour) a été introduit, traitement qui a pu être ensuite arrêté suite à la bonne évolution, sans apparition/récidive de crises comitiales.

Malgré cette évolution objectivement favorable, Monsieur Z._____ n'a pas repris d'activité professionnelle ; il a apparemment récupéré son permis de conduire personnel au vu de cette bonne évolution mais n'a apparemment toujours pas eu son permis professionnel en retour.

La situation neurologique s'est apparemment compliquée d'un état anxio-dépressif.

Actuellement, Monsieur Z._____ apparaît comme démotivé, n'ayant aucune idée de son avenir, ne se sentant plus capable de conduire sur le plan professionnel mais également privé et ne voyant pas quelle activité il pourrait bien recouvrer.

A l'examen neurologique, l'acuité visuelle paraît bonne mais le champ visuel semble quelque peu rétréci de façon concentrique (à relever que le patient a prochainement rendez-vous pour un bilan visuel chez un ophtalmologue). Pour le reste, l'examen neurologique révèle une discrète hyperréflexie tendineuse du membre inférieur droit et des phénomènes de lâchages étagés hémicorporels droits contrastant avec la normalisation du status décrite dans le dossier, ce qui ne permet pas d'écarter quelques facteurs de majoration liés à la situation d'expertise.

L'assuré collabore très peu au présent examen neuropsychologique et y met fin prématurément après une heure et demie de séance. Il exprime clairement qu'il ne veut pas continuer à répondre aux tâches en raison de maux de tête intenses. Il avait prévenu dès le début de la séance qu'il ne pourrait probablement pas répondre bien longtemps aux tests. Il avait aussi clairement exprimé qu'il jugeait cet examen inutile. Ses performances aux quelques tâches qui ont pu être utilisées mettent en évidence un ralentissement systématique de degré moyen et des troubles de la mémoire, tant de travail qu'épisodique. La pauvreté des performances est

frappante. Tant le comportement de l'assuré que ses performances aux tests font un fort contraste avec ce qui a été décrit lors des prises en charge neuropsychologiques.

A noter que Monsieur Z. _____ juge ne pas pouvoir travailler [sic] uniquement en raison de ses maux de tête et nullement en raison de troubles cognitifs.

Dans ces conditions, l'examen n'est pas probant. Il n'y a pas de possibilité de poser un diagnostic neuropsychologique.

Sur le plan strictement neurologique, sans prendre en compte les éléments neuropsychologiques et psychiques et après bilan ophtalmologique, la capacité de travail médico-théorique de Monsieur Z. _____ est complète (plein temps avec un rendement de 100%).

Sur un plan pratique, si la capacité de travail est théoriquement redevenue complète dans l'activité antérieure, il semble peu probable que les éléments psychiques et éventuellement neuropsychologiques autorisent une conduite automobile professionnelle en toute sécurité, de telle sorte qu'il paraît préférable, au vu des conséquences potentielles d'un accident lié à une mauvaise manoeuvre, de se tourner vers une activité autre que celle de taximan.

Dans une telle activité, sur le plan strictement neurologique, les limitations fonctionnelles pour une activité adaptée sont 1) pas d'activité nécessitant un engagement physique lourd et des déplacements importants à pied, 2) pas de port de charges régulier supérieures à 15 kg, 3) pas d'activité nécessitant une dextérité bimanuelle importante. Pour le reste, les limitations fonctionnelles sont d'ordre psychique, neuropsychologique et éventuellement ophtalmologique.

Monsieur Z. _____ décrit des douleurs et une moindre force au niveau de l'hémicorps droit. Il présente parfois des troubles mnésiques. Il se dit un peu plus lent. Il est anxieux. Il est assez émotif et impulsif et durant sa jeunesse, il était assez bagarreur. Il se sent un peu en marge de la société. Il ressent de la fatigue et il doit faire une sieste l'après-midi d'une à deux heures. Il y a une augmentation de la fatigabilité. Il ressent occasionnellement de la tristesse et la capacité à éprouver du plaisir est un peu réduite. Il est quelque peu irritable. Il est aussi un peu pessimiste. Monsieur Z. _____ présente des idées noires ou parfois des idées de suicide. Il y a une notion de ronflement nocturne, mais pas de pauses respiratoires. Il présente une somnolence l'après-midi. À l'échelle d'Epworth, le score est à 18, correspondant à des signes de somnolence diurne excessive.

Monsieur Z. _____ n'évoque pas de troubles de la concentration. Son fonctionnement intellectuel est préservé.

A l'examen clinique, on n'observe pas de troubles cognitifs manifestes. Les capacités d'élaboration psychique sont assez faibles. Dans son discours, on note qu'il y a un faible degré de tolérance à la frustration. Il a rapporté aussi à plusieurs reprises qu'il a quelques difficultés avec l'autorité.

Durant le temps d'observation, nous n'observons pas de fatigue ou d'augmentation de la fatigabilité. Il n'y a pas eu de débordement émotionnel. Il ne semble pas en prise à une souffrance psychique particulièrement envahissante.

Le monitoring thérapeutique montre un taux dans la norme pour l'amitriptyline et son métabolite.

L'échelle d'Epworth montre un score à 18 ce qui suggère un syndrome d'apnée du sommeil. Une telle affection doit faire l'objet d'investigation. Une telle affection pourrait expliquer l'état de fatigue survenant en début d'après-midi.

Sur la base de ces éléments, nous retenons une dysthymie (F34.1). Le tableau clinique n'est pas sévère et les symptômes dépressifs sont légers, hormis la présence d'idées suicidaires. Cette affection correspond à l'évolution chronique, au-delà de deux ans du trouble de l'adaptation retenu par le Dr G. _____ à l'automne 2016.

Il n'y a pas de raison de considérer qu'une partie des anomalies mises en évidence lors de l'examen neuropsychologique de novembre 2016 puissent être mise sur le compte de son état psychique, car à la même période, le Dr G. _____ retenait un trouble de l'adaptation.

Monsieur Z. _____ présente une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Il est peu tolérant à la frustration. Il est émotif et impulsif, ce qui lui a valu des problèmes lorsqu'il était chauffeur de taxi. Par le passé, il était bagarreur. Lors de l'évaluation neuropsychologique, il se montre fâché, jugeant l'examen inutile. Il est peu impliqué dans l'examen.

Une telle affection avait été suggérée par le Docteur [...] lors de son évaluation à la X. _____.

Monsieur Z. _____ présente des Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20).

Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'un trouble somatoforme.

Interrogé sur d'éventuelles limitations fonctionnelles en lien avec son état psychique, Monsieur Z. _____ mentionne que son permis professionnel lui a été retiré d'une part, et qu'il a extrêmement peur de conduire, car à une reprise, lorsqu'il conduisait son taxi, il a noté une faiblesse musculaire au niveau de l'hémicorps droit, ce qui lui a imposé de s'arrêter. Il mentionne aussi que les céphalées sont la cause de son incapacité de travail.

4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20).
- Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), avec traits dyssociaux.

- Probable dysthymie (F34.1) entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte et dépressive, avec une évolution au-delà de deux ans.
- Status après craniotomie frontale gauche pour exérèse d'un méningiome falcoriel gauche le 28.06.2016.
- Diverses plaintes séquellaires persistantes (troubles de la vue, fatigue/ fatigabilité, troubles du langage, faiblesse hémicorporelle droite).
- Diabète insulino-dépendant.
- Hypertension artérielle
- Status post-lombalgies post-traumatiques (2007).
- Status après pancréatite (2018).

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Aucune limitation majeure (cf. chiffre 4.8).

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31).

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- La capacité à la communication est assez faible, avec une faible tolérance à la frustration.
- Il a probablement des difficultés à respecter un cadre.
- Il y a un manque d'adaptation et de flexibilité manifeste.
- Il a probablement des problèmes d'organisation.
- L'endurance n'a pas pu être évaluée.
- Il semble conserver des capacités de prise de décision et de jugement.
- Les capacités relationnelles et l'attitude sociale sont assez faibles.

Il existe clairement une discordance entre l'importance des plaintes formulées dans le cadre de la présente expertise d'une part et l'évolution qualifiée d'objectivement favorable d'autre part dans le cadre du suivi neurochirurgical et neuropsychologique.

4.6 Contrôle de cohérence

Comme mentionné plus haut, il existe clairement une discordance entre les plaintes formulées lors du présent bilan, certaines des constatations cliniques (neurologique et neuropsychologique) et le résultat des observations objectives préalables effectuées dans le cours du suivi du cas par le Service de neurochirurgie du W._____. Les plaintes psychiques subjectives correspondent relativement bien à l'observation clinique. Il n'y a pas de majoration des symptômes. Au quotidien, Monsieur Z._____ est extrêmement peu actif. Il reste la plupart de son temps chez lui. Il ne sort qu'une à deux fois par jour pour se rendre au café. Il se fait aider pour ses courses. Sinon, il peut entretenir son studio qui est petit.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Pour les éléments développés plus haut, la capacité de travail médico-théorique de Monsieur Z. _____ est complète dans l'activité de taximan étant donné qu'il n'y a pas de contre-indication somatique ou psychique à la conduite automobile, y compris professionnelle.

Un examen spécialisé de l'aptitude à conduire devrait être entrepris afin que l'autorité puisse se prononcer sur le fait de savoir si Monsieur Z. _____ peut reprendre la conduite à titre professionnel ou non.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans une activité respectant quelques limitations fonctionnelles telles que décrites (pas d'engagement physique lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 15 kg ; pas d'activité nécessitant une dextérité bimanuelle importante), la capacité de travail de Monsieur Z. _____ est complète (plein temps avec un rendement de 100%).

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout

La question est sans objet.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Il convient tout d'abord de préciser l'état ophtalmologique du sujet (rétrécissement concentrique du champ visuel lors du présent bilan) par un examen ophtalmologique habituel. Comme mentionné plus haut, il n'y a pas d'atteinte neurologique incapacitante et donc, il n'y a pas de mesures médicales/thérapies à envisager avec incidence sur la capacité de travail. Le bilan neuropsychologique a malheureusement été impossible à réaliser, de telle sorte que la situation neuropsychologique effective du sujet reste indéterminée dans le cadre du présent bilan. Néanmoins, de l'avis même de M. K. _____, il n'y a pas de mesures médicales et thérapies avec incidence sur la capacité de travail à envisager sur le plan neuropsychologique.

Un examen du sommeil est indiqué.

5. INFORMATIONS SUR L'OBTENTION DU CONSENSUS ET SIGNATURES

Les experts ayant procédé aux examens de l'expertise ont tenu une conférence de consensus par le biais de moyens électroniques, le 14.01.2019.

Après discussion pluridisciplinaire, l'ensemble des experts ayant réalisé la présente expertise est d'avis que, s'il n'y a pas de contre-indication médico-théorique à la conduite professionnelle d'un véhicule automobile (taximan), il paraîtrait prudent, au vu du comportement du sujet, soit de renoncer à lui restituer son permis de conduire, soit d'effectuer dans le cadre du service sanitaire du

Service automobile une appréciation médico-technique et psychologique à l'aptitude à la conduite de Monsieur Z._____, de façon à déterminer « *en situation* » les éléments qui n'ont pu être totalement appréciés dans le cadre de la présente expertise au travers d'un manque de collaboration/d'une tendance à la majoration des symptômes.

Par rapport du 23 avril 2019, le SMR a considéré que l'expertise du 14 janvier 2019 présentait tous les critères formels de qualité et s'est rallié à ses conclusions, soit en particulier (sic) :

« Concernant la période d'IT [réd. : incapacité de travail] :

Entre Juin et Octobre 2016, nous admettons les IT attestées liées à l'intervention chirurgicale et aux soins post-opératoires. A la fin de cette période, l'assuré a récupéré son permis de conduire à titre privé.

En Octobre 2016, le Dr T._____ indiquait que l'assuré devait être évalué au CEMAC [réd. : Centre d'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite] avant d'être autorisé à reprendre son activité de taxi. Depuis lors, il n'y a pas de nouveaux faits médicaux et les experts indiquent qu'ils ne retrouvent pas d'atteinte contre-indiquant, de principe, l'activité de taxi. De plus, nous n'avons pas d'éléments médicaux qui justifient que l'assuré n'ait pas procédé à l'évaluation au CEMAC.

A partir de Novembre 2016, nous considérons donc que l'activité de taxi est exigible. »

L'OAI a établi un projet de décision le 11 juillet 2019, informant l'assuré de son intention de nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 23 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant que ce dernier avait récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur de taxi, depuis le mois de novembre 2016, ce qui ne permettait pas d'ouvrir le droit à une rente.

C. Z._____, désormais représenté par Procap, Service juridique, a déféré la décision du 23 septembre 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 octobre 2019, concluant avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision, au versement des prestations légales découlant de l'assurance-invalidité en sa faveur, en particulier une rente d'invalidité et à la mise en œuvre de toutes les mesures d'instruction utiles. Subsidiairement, le recourant a

conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a fait valoir en substance que depuis le mois de juin 2016, il présentait une fatigabilité, des maux de tête, de nuque, des troubles de la mobilité du côté droit ainsi que des troubles neuropsychologiques. Il n'avait pas été en mesure de conduire à nouveau, même dans le cadre privé, le Service des automobiles lui ayant interdit la conduite. Il contestait donc la décision par laquelle l'OAI retenait une pleine capacité de travail dans l'activité indépendante de chauffeur de taxi, exercée environ douze heures par jour avant la survenance de l'atteinte. Le recourant a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et la dispense de l'avance de frais.

Le 11 novembre 2019, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant de frais de justice et d'avance de frais.

Le 19 décembre 2019, l'OAI a pris position sur le recours et maintenu son appréciation sur le plan médical, soit la récupération d'une exigibilité totale dans une activité adaptée à l'état de santé. L'intimé a proposé le rejet du recours. Cependant, compte tenu du fait que le recourant n'avait pas entrepris les démarches pour récupérer son permis de conduire professionnel, qui était toujours suspendu, l'intimé a soumis le dossier à l'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle, pour établir le calcul du salaire exigible du recourant et énumérer quelques exemples d'activités adaptées. Il en est ressorti un degré d'invalidité de 12.68 %, de sorte que le droit à la rente et aux mesures professionnelles (reclassement) n'était pas ouvert. Le recourant pouvait en revanche solliciter une mesure d'aide au placement. Le calcul du salaire exigible tenait compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité de 10 % en raison des limitations fonctionnelles du recourant. Au titre d'exemples d'activités adaptées, l'OAI retenait un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple contrôle ou surveillance d'un processus de production, ou comme aide-logisticien, employé au scannage, dans le

nettoyage ou la conciergerie avec respect des limitations de port de charges.

Par réplique du 2 mars 2020, le recourant a confirmé le contenu de son recours et produit de nouvelles pièces, dont un rapport du Dr J. _____ daté du 26 novembre 2019, par lequel le médecin atteste une incapacité de travail de 100 % dans toutes les activités pour une durée indéterminée et un pronostic défavorable pour une reprise de travail. Le recourant a produit un avis de sortie de [...], duquel il ressort qu'il s'est présenté aux urgences le 27 juillet 2019, pour des céphalées et une toux, qui a été diagnostiquée comme une pneumonie communautaire à germe indéterminé. Les céphalées ont été attribuées à une accentuation des céphalées chroniques dans le contexte infectieux. Était également joint à la réplique un rapport du Dr F. _____ daté du 14 août 2019, par lequel ce dernier attestait une excellente évolution clinique et radiologique, la dernière IRM révélant une exérèse complète et aucune récurrence du méningiome.

Le recourant a encore produit un rapport des Dres N. _____, spécialiste en neurologie et [...], médecin assistante, de la Consultation spécialisée des Céphalées du W. _____, dont il ressort qu'il n'avait pas été prévu de suivre le patient à cette consultation, mais que la séance avait eu lieu à la demande du recourant, le 21 août 2019, en raison de la décision négative de l'OAI. Les médecins ont indiqué que du point de vue neurologique, elles n'étaient pas en mesure de se prononcer sur la capacité du recourant quant à la reprise de son activité professionnelle en tant que chauffeur de taxi. Les Dres N. _____ et [...] ont prié la Professeure P. _____ de convoquer le patient pour un nouveau bilan neuropsychologique. Ce bilan a eu lieu le 5 décembre 2019 et il ressort ce qui suit du rapport :

« A plus de 3 ans des précédents bilans neuropsychologiques, notamment du bilan de sortie de H. _____ fin juillet 2016, ce nouvel examen réalisé chez un patient collaborant et adéquat met en évidence :

- la *normalisation* des composantes de mise à jour et de gestion des interférences en mémoire de travail verbale ;
- la *persistance* de difficultés de planification ;

- *l'apparition* d'un ralentissement de la vitesse de traitement à l'alerte et en attention divisée.

Sur la base de l'évaluation aux tests, nous retenons un trouble neuropsychologique léger (selon critères ASNP, 2015) avec au premier plan des troubles attentionnels associés à une fatigabilité auto-rapportée sévère, possiblement exacerbé par une thymie abaissée.

Monsieur Z._____ ne se montre pas intéressé par un suivi psychologique ou psychiatrique. »

Par duplique du 23 mars 2020, l'OAI s'est déterminé sur la réplique du recourant et ses annexes, et a produit un nouvel avis médical du SMR, daté du 12 mars 2020, selon lequel aucun des éléments médicaux apportés n'était susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise multidisciplinaire.

Par déterminations du 4 septembre 2020, le recourant a maintenu ses conclusions et arguments et a relevé que le rapport d'expertise mentionnait la faible probabilité que les éléments psychiques et éventuellement neuropsychologiques autorisent une conduite automobile professionnelle en toute sécurité, de sorte qu'il apparaissait préférable que le recourant se tourne vers une autre activité que celle de chauffeur de taxi, alors que, dans les conclusions de l'expertise, la capacité de travail était reconnue comme complète dans l'activité de chauffeur de taxi. Le recourant a également argué qu'il présentait des limitations sur le plan social, reflétées par sa journée type, qui devaient être prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. De plus, le diagnostic d'apnée du sommeil n'était pas repris dans les réponses finales de l'expertise.

L'OAI s'est déterminé sur ce qui précède le 24 septembre 2020 et a maintenu sa proposition de rejet du recours. L'intimé a précisé qu'il avait relativisé sa conclusion s'agissant de la reprise de l'activité habituelle dans son écriture du 19 décembre 2019, ce qui n'altérerait toutefois pas sa position quant à l'expertise et à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Par courrier du 21 octobre 2020, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait été victime d'un infarctus le 10 septembre 2020 et produit des rapports médicaux y relatifs. L'intimé s'est déterminé sur cet élément nouveau en exposant que l'infarctus avait eu lieu bien après la date de la décision querellée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir à compte à ce stade et que sa position demeurerait inchangée.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD) est compétente pour statuer.

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

b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

b) L'état de fait à prendre en compte est celui qui prévalait au 23 septembre 2019, date de la décision. Il convient de déterminer dans quelle mesure les pièces produites par le recourant dans le cadre de l'échange d'écritures doivent être prises en considération.

Le dernier rapport du Dr J._____ a été établi postérieurement à cette date, le 26 novembre 2019. Quoi qu'il en soit, ce rapport ne fait pas référence à une consultation précise et indique simplement que le médecin donne suite à une demande de Procap, en qualité de médecin traitant de l'assuré. Le médecin ne fait que réitérer son avis quant à la capacité de travail du recourant dans ce certificat, avis qui ressort du reste d'autres pièces au dossier, datées d'avant la décision litigieuse, de sorte que le rapport en question n'est pas déterminant. S'agissant du rapport des urgences de l'Hôpital [...], des derniers rapports du Dr F._____ et des Dres N._____ et [...], ceux-ci sont antérieurs à la décision, de sorte qu'ils entrent dans la construction de l'état de fait déterminant. Le dernier bilan neuropsychologique du recourant au dossier date du 5 décembre 2019, soit après la date de la décision. L'intimé l'a

toutefois analysé, soumis au SMR pour avis et s'est déterminé à son sujet, de sorte que ce rapport peut également être pris en compte.

S'agissant en revanche de l'infarctus du recourant et des documents médicaux qui s'y rapportent, cet évènement ayant eu lieu près d'une année après la reddition de la décision, il ne sera pas retenu dans la présente cause, mais pourra éventuellement faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, applicable dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, conformément à l'art. 83 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231

consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

e) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé

ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail retenue par l'OAI. Dans ses écritures, il évoque une fatigabilité, des maux de tête, de la nuque, des troubles de la mobilité du côté droit ainsi que des troubles neuropsychologiques. Il expose qu'il n'a pas été en mesure de conduire à nouveau, même dans sa vie privée. Le recourant s'appuie sur l'avis de son médecin traitant, le Dr J._____, ainsi que sur les constatations de troubles neuropsychologiques établies par le W._____. Le recourant tire également argument de ses difficultés d'ordre social, soit notamment ses faibles capacités d'adaptation, ses problèmes d'organisation, de communication et de flexibilité. Il argue enfin que le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil ne serait pas repris dans les conclusions de l'expertise.

b) L'analyse de l'intimé découle principalement de l'expertise multidisciplinaire, dont le rapport date du 11 février 2019 et qui a été menée par des experts indépendants, désignés selon la procédure de l'art. 44 LPG. Les médecins qui sont intervenus sont spécialisés en psychiatrie, psychothérapie et en neurologie. Un neuropsychologue a également collaboré à l'expertise. Chaque expert a établi un rapport complet, puis ils ont rédigé ensemble un document de synthèse après avoir mené une discussion consensuelle. Les rapports individuels

présentés sont complets, en ce qu'ils comprennent des listes des documents médicaux consultés, dont le contenu a ensuite été synthétisé, l'anamnèse détaillée et les plaintes du recourant, depuis sa scolarité, la description d'une journée type, les diagnostics retenus, une évaluation de cohérence, une analyse des ressources, ainsi que l'évaluation motivée de la capacité de travail. Les experts ont chacun examiné le recourant, conformément à leurs domaines de spécialité, et des mesures laboratoires supplémentaires ont été réalisées (test d'Epworth, examen sanguin et *monitoring* médicamenteux). Les experts ont relevé que l'intervention chirurgicale avait été favorable et que le recourant avait complètement récupéré. Sur le plan neurologique, le Dr Q._____ a retenu un status après craniotomie frontale gauche avec peu de troubles moteurs objectifs, mais pouvant toutefois entraîner des limitations dans une activité nécessitant une dextérité manuelle importante. De plus, le port de charge de plus 15 kg n'était pas exigible en raison des antécédents de lombalgies chroniques. Le Dr Q._____ a estimé que la capacité de travail du recourant était complète, théoriquement dans son activité habituelle, de manière plus réaliste dans la pratique, dans une activité adaptée. Le *monitoring* thérapeutique était dans la norme. Les experts ont constaté une discordance claire entre l'importance des plaintes formulées et l'évolution objectivement favorable de son état sur les plans neuropsychologique et neurochirurgical. Une autre incohérence manifeste résidait dans l'affirmation du recourant, lors de son examen avec le Dr Q._____, que ses maux de tête avaient disparu depuis la prise du médicament Saroten (soit depuis le mois d'octobre 2017 au moins), alors qu'il avait affirmé le contraire à M. K._____, à qui il avait indiqué que ses maux de tête étaient la seule raison de son incapacité de travail. Ces éléments laissent transparaître des indices d'une exagération des symptômes, conformément aux principes rappelés ci-avant. Pour sa part, le Dr M._____ n'a pas observé de trouble cognitif manifeste et il a considéré que les affections psychiatriques du recourant étaient de peu de sévérité. Sur le plan psychique, le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles comme chauffeur de taxi et sa capacité de travail était entière. Le questionnaire soumis aux experts contenait les indicateurs posés par le Tribunal fédéral pour les troubles psychiques.

Ceux-ci ont pris position sur les facteurs de surcharge ainsi que sur les ressources de l'assuré et ont procédé à un contrôle de cohérence. Le rapport d'expertise du B._____ constitue ainsi une évaluation globale documentée de la situation.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les dernières constatations du Service de neuropsychologie du W._____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise. En effet, la Professeure P._____ ne se prononce ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail du recourant ou sur son aptitude à la conduite de véhicules. Les troubles cognitifs légers retenus avaient été diagnostiqués en août 2016 déjà (rapports du Service de neuropsychologie de H._____ du 8 août 2016 et de la Professeure P._____ du 21 novembre 2016). Quoi qu'il en soit, le recourant a, au contraire, montré de meilleures performances sur certains tests, s'agissant de la vitesse de traitement et des troubles attentionnels lors de cet examen. En outre, comme l'a relevé justement le SMR, le recourant a été capable de mener cet examen neuropsychologique à terme, contrairement à ce qui avait été le cas pour celui mené dans le cadre de l'expertise. Rappelons que d'emblée, le recourant avait alors déclaré qu'il ne voyait pas d'utilité à l'examen neuropsychologique de l'expertise et qu'il ne pourrait probablement pas répondre bien longtemps aux tests. Or ni l'expert psychiatre ni l'expert neurologue n'ont observé de signe de fatigue ou d'autres atteintes qui auraient pu expliquer les raisons pour lesquelles le recourant avait mis fin prématurément à l'examen.

S'agissant des rapports établis par le Dr J._____, force est de constater que ceux-ci apparaissent insuffisamment étayés pour jeter le doute sur les conclusions motivées et congruentes des experts du B._____. En effet, le 18 novembre 2016, le Dr J._____ écrivait que le recourant avait eu un AVC, ce qui ne ressort ensuite plus de ses rapports postérieurs, ni d'aucun autre document médical d'ailleurs. Il ne mentionnait pas de céphalées ni de troubles neuropsychologiques. Le rapport n'indique en outre pas de limitation fonctionnelle, pas plus que le certificat reçu par l'OAI le 20 octobre 2017, par lequel le médecin a

simplement écrit que de telles limitations étaient réservées. Le Dr J._____ expose dans ce rapport que l'état du recourant s'aggrave, sans autre précision. De plus, le rapport du médecin traitant du 26 novembre 2019 ne mentionne pas non plus d'éventuelles limitations fonctionnelles et ne contient pas de motivation médicale objective soutenant ses conclusions. L'appréciation du Dr J._____ n'est ainsi pas de nature à remettre en question la qualité de l'expertise du B._____, compte tenu des critères précités.

Sur le plan des difficultés d'ordre social soulevées par le recourant, le rapport d'expertise ne prête pas le flanc à la critique non plus. La journée type du recourant qui a été reconstituée par les experts met en exergue des ressources, par la relation du recourant avec une amie qui l'aide à faire ses courses, l'habitude du recourant de sortir pour prendre des cafés, ainsi que des vacances effectuées récemment au Brésil. L'évaluation consensuelle des experts prend les facteurs de surcharge du recourant en compte, soit sa faible tolérance à la frustration, sa personnalité émotionnellement labile de type *bordeline*, sa faible capacité à la communication, son émotivité, son impulsivité et son trouble de l'adaptation (cf. p. 8 du rapport). Ainsi, ces éléments ont bien été pris en considération par les experts.

Au plan de l'aptitude à la conduite, le recourant n'a pas entrepris les démarches administratives nécessaires pour récupérer son permis professionnel et n'a pas consulté de médecin spécialisé de niveau trois, sans qu'il n'explique ces choix ni que des éléments médicaux au dossier ne les justifient. Cependant, les experts du B._____ ont retenu dans leur rapport qu'il était plus prudent de faire effectuer une appréciation médico-technique et psychologique du recourant en lien avec la conduite, en situation, avant que son permis de conduire professionnel ne lui soit rendu. La décision de l'OAI retenait, il est vrai, une capacité de travail entière dans l'activité de chauffeur de taxi. Néanmoins, l'OAI a revu cette appréciation dans la réponse au recours, compte tenu du fait qu'en pratique, le recourant n'ayant pas récupéré son permis de conduire professionnel, l'exercice de son activité habituelle était en l'état

impossible. L'intimé a alors calculé le degré d'invalidité du recourant, en prenant en considération une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le procès d'intention que le recourant fait aux experts et à l'OAI quant à sa capacité de travail en tant que conducteur de taxi n'est pas pertinent. En effet, les experts ont expliqué, en les motivant, les raisons pour lesquelles le recourant présentait une capacité de travail théorique totale dans son activité habituelle. Ils ont ensuite indiqué qu'il convenait par prudence de confirmer cette aptitude, au vu du comportement du recourant. Puis, les experts ont exposé que, quoi qu'il en soit, le recourant présentait une capacité de travail totale dans toute activité adaptée à ses limitations. Leurs conclusions ne sont dès lors pas contradictoires.

S'agissant du diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil, l'on relève que ce sont les examens des experts qui ont permis de soulever cet élément. Le diagnostic est cependant en l'état uniquement suspecté et non confirmé. Les experts en ont tenu compte dans leurs rapports ; le Dr M. _____ a en particulier indiqué qu'un examen du sommeil pouvait éventuellement encore améliorer la capacité de travail du recourant, sur le plan des traitements indiqués et qui sont exigibles. Cet élément ne vient quoi qu'il en soit pas remettre en cause les conclusions des experts.

Au surplus et à juste titre, le recourant ne formule aucune critique s'agissant des domaines d'expertise choisis, du déroulement des examens ou de l'évaluation consensuelle.

Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du B. _____ peut se voir accorder une pleine valeur probante, car il en remplit tous les réquisits jurisprudentiels. Les experts sont arrivés de manière consensuelle à des conclusions convaincantes et motivées prenant en compte l'ensemble des atteintes du recourant.

c) Etant donné les éléments qui précèdent, on ne voit pas qu'une instruction complémentaire permettrait d'apporter un éclairage

nouveau ou différent du cas d'espèce. L'on peut dès lors rejeter la requête tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

d) Partant, il y a lieu de retenir les conclusions du B._____, reprises par le SMR et l'intimé, et de considérer que le recourant est doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2016.

7. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté en soi, toutefois il convient de préciser ce qui suit.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Pour déterminer le revenu sans invalidité, on rappellera qu'il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé en posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. La jurisprudence a admis une exception à ce principe et le recours aux données salariales statistiques notamment lorsque l'assuré n'a plus exercé son activité habituelle depuis longtemps (TF I 636/02 du 15 avril 2003). Pour les personnes de condition indépendante, on peut se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'assurance-veillesse et survivants (TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.2.2 ; 9C_771/2017 du 29 mai 2018 consid. 3.6 ; 9C_153/2020 du 9 octobre 2020 consid. 2). En effet, l'art. 25 al. 1 RAI (règlement du

17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 5.2.1 ; TF 9C_153/2020 du 9 octobre 2020 consid. 2).

En l'occurrence, le recourant déclare qu'il effectuait douze heures de travail par jour en tant que chauffeur de taxi indépendant. Son compte individuel révèle qu'il a réalisé un revenu annuel de 41'300 fr. en 2015, ce qui paraît d'emblée relativement faible pour un tel horaire de travail. Globalement, les revenus du recourant depuis le début de son activité indépendante sont comparables à ceux de 2015 (8'991 fr. en 2009, 36'000 fr. en 2010 et 2011, 37'215 fr. en 2012, 42'900 fr. en 2013, 73'465 fr. en 2014). A noter que l'on découvre à la lecture du compte individuel du recourant une activité dépendante en 2014, pour un revenu annuel de 26'065 francs. Le recourant n'a plus eu d'activité lucrative depuis la première moitié de l'année 2016. Compte tenu des principes jurisprudentiels précités, il paraît possible, pour déterminer le revenu sans invalidité, de se référer aux statistiques idoines (ESS 2016), adaptées à un horaire hebdomadaire de 41.7 heures. Au demeurant, cette manière d'établir le revenu sans invalidité est favorable au recourant, le montant retenu s'élevant à 68'855 francs, ce qui est manifestement plus élevé que le dernier revenu annuel du recourant, et même qu'une moyenne sur cinq ans de ses revenus avant 2016. L'OAI s'est basé, à raison, sur le salaire statistique pour les hommes, dans la branche 49-52, qui comprend le transport terrestre, au niveau de compétences 1 ($5'504 / 40 \times 41.7 \times 12 = 68'855$ francs). Le calcul du revenu avec invalidité ne prête pas non plus le flanc à la critique. Il a été établi à l'aide de l'ESS 2016 également, sur la base du salaire des hommes des secteurs 2 et 3, avec le niveau de compétence 1. Le salaire a ensuite été adapté à l'horaire habituel de la branche, sans indexation puisque l'année concernée est celle des statistiques, et enfin l'abattement de 10 % dû aux limitations fonctionnelles du recourant a été appliqué ($[5'340 / 40 \times 41.7 \times 12] - 10 \% = 60'123.06$ francs).

Aussi, vu la comparaison entre le revenu sans invalidité (68'855 fr.) et celui d'invalidité (60'123.06 fr.), dont il ressort un degré d'invalidité de 12.68 %, c'est à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) 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 *a contrario*).

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

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 :