

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par
Me Gilles Davoine, avocat, à Nyon,

et

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

Art. 8, 43 et 44 LPG.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1971, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de ferblantier-installateur sanitaire délivré en août 1991.

Atteint dans sa santé, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) en 1992 et a été mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel par les organes genevois de cette assurance, soit notamment une formation en qualité de vendeur-conseil en moyens de réhabilitation.

L'assuré a interrompu cette formation à fin 1994 pour s'installer à titre indépendant.

Le 8 novembre 1995, son médecin généraliste traitant, la Dresse B._____ a indiqué que son patient présentait des « cervico-dorsalgies sur bloc cervical C5-C6 et spina bifida », ainsi que des « troubles de la statique vertébrale ». Elle a relevé que suite à la reconversion professionnelle de l'assuré, « le nombre de crises algiques a[vait] nettement diminué » en dépit de la persistance de la pathologie de base lui interdisant « tout travail de force, tout travail en station assise ou debout prolongée ».

Le dossier de l'assuré a en conséquence été clôturé sans octroi subséquent de prestations.

B. En date du 27 mars 2002, l'assuré a créé à [...] la société H._____Sàrl, active dans le domaine du bâtiment, à savoir entre autres dans l'expertise et l'entretien d'immeubles, ainsi que d'installations sanitaires et électriques. Il en a été l'associé gérant jusqu'au 13 mai 2013 (cf. à cet égard extrait du registre genevois du commerce).

De 2009 à 2011, victime de nouvelles douleurs cervicales entravant son activité, il a procédé à la vente d'une partie de ses parts au sein de H._____Sàrl et a réduit son temps de travail à 50% tout en se consacrant aux tâches d'administration et de gestion de la société.

Dans ce contexte, il a inscrit au registre vaudois du commerce une succursale de H._____Sàrl sise à son domicile à [...] en date du 3 mai 2011, laquelle a été radiée le 25 avril 2013.

C. Par une seconde demande formelle déposée le 19 avril 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assuré a une nouvelle fois sollicité des prestations AI, précisant souffrir de « douleurs neuropathiques » et d'un « état dépressif », suivis médicalement depuis 2008, respectivement mars 2013. Étaient annexés des certificats médicaux établis par son médecin généraliste traitant, la Dresse E._____, par lesquels avait été prononcée une incapacité totale de travail dès le 13 mars 2013.

Le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge du suivi de l'assuré depuis le 14 mars 2013, a complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 24 juillet 2013. Il a retenu le diagnostic d'un « épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) » présent depuis 2011, dont le pronostic était « favorable avec un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutique ». Il a par ailleurs mis en exergue les éléments suivants :

« [...L'assuré] fait son âge, la tenue et l'hygiène vestimentaire sont correctes. Le contact est facile, le discours est cohérent, informatif et fluide. Il décrit un sentiment d'injustice et de trahison de la part de ses associés. Il a tendance à se mettre dans le rôle de victime. La thymie est sur un versant dépressif avec un sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une baisse de l'estime de soi, une tristesse modérée et des angoisses. Pas d'idées noires, ni d'idéation suicidaire mises en évidence durant l'entretien. Pas d'éléments florides de la lignée psychotique.

[...] Sur le plan purement psychiatrique, il n'y a pas de restriction mentale. [L'assuré] peut exercer son activité comme ferblantier installateur sanitaire. [...] Il peut travailler jusqu'à 8 heures/j. Il faut prendre en considération ses cervicalgies droites. [...] »

Le contrat de travail liant l'assuré et H._____Sàrl a été résilié par cette dernière avec effet au 31 décembre 2013 aux termes d'une correspondance du 25 septembre 2013.

En date du 9 octobre 2013, la Dresse E._____ a adressé un rapport à l'OAI, mentionnant les diagnostics de « douleurs neuropathiques d'origine indéterminée », d'une « cervico-brachialgie droite » et d'un « état dépressif » susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de son patient depuis 2007. Les diagnostics d'une « thyroïdite auto-immune », d'une « œsophagite chronique » et de « troubles intestinaux d'origine indéterminée » depuis 2012 demeuraient en revanche sans incidence sur dite capacité. Elle a en outre précisé que la « cervico-brachialgie droite [était] traitée par neurostimulateur depuis 2010 avec douleurs fluctuantes », un suivi de cet appareil étant régulièrement assumé au sein de l'Hôpital G._____. Le neurostimulateur pouvait tomber en panne, ce qui occasionnait d'importantes douleurs, tandis que son réajustement pouvait être effectué de manière externe ou nécessiter une « énième opération sur le système nerveux central ». Au vu des limitations physiques liées à des douleurs neurogènes du membre supérieur droit, entraînant fatigue et état dépressif, l'exercice d'une activité lucrative - uniquement en position assise ou debout - était restreinte à deux heures par jour au maximum.

La Dresse E._____ a notamment joint un tirage d'un rapport du
Dr D._____, médecin-chef du Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Hôpital G._____, daté du 13 juin 2013, libellé en ces termes :

« Quelques mots pour rendre compte de l'évolution récente de [l'assuré] qui souffre de cervico-brachialgies chroniques pour lesquelles une électrode de stimulation occipitale avait été mise en place. Comme vous le savez, ce dispositif s'est cassé ce qui a motivé son remplacement le 22 avril passé [...].

Au contrôle du 7 juin 2013, j'ai revu [l'assuré] qui est satisfait de l'effet obtenu qu'il juge quasiment complet. Il n'a en effet plus de céphalées. Le système est contrôlé complètement, il fonctionne normalement, tous les contacts ont une impédance normale.

J'ai prévu de revoir [l'assuré] dans six mois après quoi je me permettrais de le reconvoquer une fois par année pour m'assurer du bon fonctionnement de son générateur. [...] »

D. L'assuré a annoncé une aggravation de son état de santé à l'OAI à l'occasion d'un entretien téléphonique du 15 janvier 2014, au cours duquel il a indiqué que le nouveau neurostimulateur provoquait « des adhérences dans le faisceau du nerf se trouvant sous la C7 ». Il s'estimait incapable d'exercer une activité lucrative en l'état.

Compte tenu de cette situation, l'OAI a informé l'assuré par communication du 16 janvier 2014 de l'impossibilité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle, l'instruction médicale de son dossier se poursuivant.

L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a signalé à l'OAI en date du 11 mars 2014 que le dossier constitué par ses soins dans le cas de l'assuré avait été détruit, celui-là étant demeuré inactif depuis plus de 15 ans en l'absence de tout versement d'une rente d'invalidité ou d'octroi d'un moyen auxiliaire.

Le 11 avril 2014, la Dresse E. _____ a fait parvenir un rapport médical intermédiaire à l'OAI, mentionnant de nouveaux diagnostics affectant la capacité de travail de son patient, à savoir une « cervicalgie C7-C8 » depuis novembre 2013 et des « douleurs neurogènes non systématisées de la cuisse droite » depuis janvier 2014. Le pronostic était stable, toutefois sous médication continue, des mesures d'ergothérapie, de physiothérapie, de psychothérapie et une antalgie médicamenteuse étant préconisées. Les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle restreinte de l'assuré demeureraient inchangées par rapport à son rapport médical initial du 9 octobre 2013.

A la demande du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), elle a communiqué le 14 juillet 2014 des copies de l'ensemble des comptes-rendus de consultation spécialisée versés au dossier de son patient. Figurent parmi ces pièces notamment les protocoles des

différentes opérations subies par l'assuré en date des 13 décembre 2010, 3 janvier 2011, 11 juillet 2011, 21 mai 2012, 15 et 22 avril 2013 en lien avec la mise en place, l'adaptation des électrodes ou le remplacement du neurostimulateur. Des rapports d'un spécialiste en médecine physique, rééducation et neurologie au sein de la Clinique I._____, le Dr M._____, datant de 2008, ont également été produits, de même que deux rapports d'imagerie médicale. Le premier rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 1^{er} novembre 2005 contient les conclusions ci-après :

« Données IRM cervicales sans anomalie notable hormis la présence du bloc congénital concernant la 5^{ème} et 6^{ème} vertèbre cervicale. Données IRM dorso-lombaires sans anomalie notable ».

Le second rapport d'IRM, rédigé le 10 mai 2010 au sein de l'Hôpital G._____, fait état de ce qui suit :

« Fusion le plus probablement congénitale des vertèbres C4 et C5. Pas d'anomalie constatée au niveau des racines C7, D1 et D2 droites. »

Sollicités pour avis, les Drs S._____ et R._____, médecins au SMR, ont proposé de diligenter une expertise neurologique de l'assuré en _____ date _____ du 22 juillet 2014.

Le mandat corrélatif a été confié au Dr F._____, spécialiste en neurologie, par communication de l'OAI du 25 juillet 2014.

E. L'expert a rédigé son rapport le 12 décembre 2014, après examen clinique de l'assuré en date du 2 décembre 2014, électroneuromyogramme (ENMG) et analyse de son dossier. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré et mentionné les diagnostics suivants, exempts de telles répercussions :

- Douleurs cervico-crânio-brachiales et thoraciques droites sans substrat somatique identifiable présentes depuis l'adolescence, aggravées depuis 2007/2008.
- Méralgie paresthésique droite.

Il a fait part de son appréciation du cas en ces termes :

« [...L'assuré] est un homme en bonne santé habituelle si ce n'est une thyroïdite auto-immune et des troubles digestifs. Se plaignant depuis l'adolescence de douleurs cervicales et lombaires pour lesquelles il a tout d'abord consulté le Dr B._____ qui a fait pratiquer une IRM cervicale et lombaires, lesquelles n'ont démontré aucune anomalie intrarachidienne significative hormis un bloc congénital cervical.

[L'assuré] a été mis au bénéfice des traitements antalgiques habituels parallèlement à une reconversion professionnelle comme technicien en maintenance médicale.

Aux dires actuels du patient, l'évolution des troubles a été finalement relativement favorable et il a pu travailler normalement jusqu'en 2007/2008 où la situation s'est à nouveau dégradée au niveau cervical mais non lombaire avec l'apparition d'un tableau de cervico-brachialgies droites avec irradiations hémicrâniennes droites et thoraciques supérieures droites, les douleurs étant associées à des troubles sensitifs à type de paresthésies, dysesthésies et endormissements.

En raison des troubles susmentionnés, [l'assuré] a consulté le Dr M._____ de la Clinique I._____ qui a réintroduit le traitement conservateur habituel avec à nouveau aucun effet significatif à moyen et long terme de telle sorte que le Dr M._____ a adressé [l'assuré] au service d'antalgie de l'Hôpital G._____. Dans le cas de ce dernier, une IRM cervicale de contrôle a été pratiquée qui s'est avérée sans changement significatif (hormis l'appréciation du bloc qui a été situé entre C5 et C6 [...] et entre C4-C5 à l'IRM cervicale de l'Hôpital G._____).

Sous la direction du Professeur D._____, les traitements vont comporter des blocs cervicaux, facettaires, épiduraux et aussi des nerfs d'Arnold ainsi que l'utilisation d'un TENS [réd. : neurostimulateur transcutané électrique] parallèlement à des traitements classiques comportant AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens], antalgiques, myorelaxants, Lyrica, antidépresseurs, physiothérapie, rééducation sensitive, balnéothérapie, ostéopathie. Finalement, le Professeur D._____ et ses collaborateurs mettront en place un neurostimulateur qu'il sera nécessaire de remplacer à plusieurs reprises.

Sur le plan professionnel, malgré un effet positif du traitement, [l'assuré] ne reprendra pas son activité professionnelle, ceci dans le contexte du conflit professionnel mentionné plus haut

Actuellement, [l'assuré] signale que le neurostimulateur a supprimé les irradiations douloureuses crâniennes. Par contre persistent des brachialgies droites que le patient décrit comme partant du 5^{ème} rayon pour « remonter » le long de la face interne du membre supérieur droit jusqu'au niveau de l'épaule et de la nuque avec également des phénomènes de brûlures au niveau du thorax antérieur supérieur droit ainsi que des phénomènes de paresthésies/endormissements/brûlures au niveau du membre

supérieur droit s'accompagnant d'un manque de force du membre supérieur droit.

Le traitement actuel comporte l'usage du neurostimulateur, Lyrica et physiothérapie.

Parallèlement, [l'assuré] est également pris en charge par le Dr C. _____ qui procède à un traitement de psychothérapie. Une tentative de traitements par antidépresseurs a, semble-t-il, été un échec.

Sur le plan psychiatrique, le Dr C. _____ a retenu un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ne représentant pas une cause d'incapacité de travail.

Relevons que [l'assuré] se plaint également de troubles sensitifs à type de paresthésies/dysesthésies/endormissements au niveau de la face externe de la cuisse droite pour lesquelles il est au bénéfice d'un traitement de rééducation sensitive.

L'examen neurologique pratiqué dans le cas du présent bilan révèle un sujet ne donnant pas l'impression de surcharger ses plaintes. Néanmoins, la mobilité de la nuque est rendue difficilement appréciable par une réaction antalgique immédiate contrastant avec l'absence de contracture à l'examen des muscles paracervicaux et du chef supérieur du trapèze. A l'examen du crâne, on note une apparente hypoesthésie tactile et douloureuse hémicrânienne droite. L'examen du rachis dorso-lombaire ne révèle pas d'anomalies significatives si ce n'est que la flexion lombaire antérieure maximale entraîne des douleurs paradorsales droites hautes au niveau du connecteur. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal sans hypoesthésie au niveau facial. A l'examen des membres supérieurs, on observe de discrets signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien ddc [réd. : des deux côtés] et un nerf ulnaire au passage du coude et du Guyon sans particularité ddc. La trophicité, les réflexes tendineux, la force musculaire ainsi que la sensibilité superficielle et profonde sont préservés, notamment sans éléments en direction d'une atteinte radiculaire ou tronculaire. L'examen du tronc et des membres inférieurs est également normal hormis une zone d'hypoesthésie tactile et douloureuse en raquette à la face externe de la cuisse droite correspondant assez typiquement au territoire du nerf fémoro-cutané latéral droit malgré l'absence de franc signe de Tinel à la percussion du nerf au passage/voisinage de l'arcade crurale.

En bref, un examen clinique révélant une limitation modérée à caractère antalgique de la mobilité de la nuque, une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicrânienne droite douteuse et une hypoesthésie tactile et douloureuse dans le territoire du nerf fémoro-cutané latéral droit, sans aucun élément neurologique pathologique au niveau des membres supérieurs en dehors d'un discret signe de Tinel sur le nerf médian au niveau du canal carpien chez un patient déjà opéré à ce niveau.

L'examen clinique a été complété par un ENMG. Cet examen ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit et dépendant des myotomes C5 à D1. Cet examen ne démontre pas non plus d'atteinte certaine du nerf ulnaire droit au coude et au Guyon bien qu'on note une vitesse de conduction motrice à la limite inférieure de la norme au passage du coude.

Sur le plan radiologique, l'étude du dossier à disposition ne révèle aucune anomalie significative au niveau cervical et lombaire si ce

n'est un bloc congénital concernant [...] les 5^{ème} et 6^{ème} vertèbres cervicales et pour les médecins de l'Hôpital G._____ le segment C4-C5. A relever que ce bloc congénital ne s'accompagne d'aucune lésion dégénérative secondaire au niveau de l'espace sus et sous-jacent.

En conclusion, on se trouve en face d'un patient souffrant de longue date de cervico-brachio-crânio-thoracalgies atypiques pour lesquelles aucun substrat somatique n'est identifiable sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'ENMG et des 2 bilans radiologiques cervicaux pratiqués jusqu'ici. Il n'y a notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire, tronculaire (l'éventuelle atteinte du nerf ulnaire au passage du coude n'expliquerait pas l'ensemble des plaintes) et médullaire. Il n'y a pas non plus d'éléments en direction d'une anomalie de la jonction cervico-occipitale, ni d'une atteinte intracrânienne. Le bloc cervical observé aux examens radiologiques est un bloc congénital, toujours asymptomatique à moins qu'il n'entraîne une décompensation dégénérative sus- et sous-jacente comme précité, ce qui n'est pas le cas chez [l'assuré].

En conséquence de ce qui précède, les plaintes formulées par [l'assuré] doivent être considérées comme sans substrat somatique (syndrome somatoforme douloureux ?).

Sur le plan de la jurisprudence, le psychiatre n'ayant pas retenu d'affections psychiques incapacitantes, en l'absence d'une cause somatique identifiable aux troubles, les plaintes formulées par [l'assuré] au niveau crânio-cervico-brachio-thoracique droit ne peuvent être considérées comme cause d'une invalidité significative tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une autre activité adaptée, le bloc fusionnel congénital ne représentant pas une gêne invalidante.

En ce qui concerne les troubles sensitifs au niveau de la cuisse droite, [l'assuré] ne signale actuellement plus de douleurs lombaires et tant l'anamnèse que l'examen clinique de même que l'IRM lombaire pratiquée en 2005 n'apporte d'argument en direction d'une souffrance radiculaire. Il s'agit selon toute vraisemblance d'une névralgie du nerf fémoro-cutané latéral (méralgie paresthésique). Cette méralgie paresthésique n'est actuellement pas franchement douloureuse et il n'y a lieu que de continuer le traitement actuel. Au cas où la situation deviendrait nettement défavorable, on pourrait procéder à une infiltration de l'émergence du nerf fémoro-cutané voire à une neurolyse de ce dernier. Cette composante des troubles ne peut être considérée comme cause actuellement d'une incapacité de travail étant donné le caractère objectivement modeste et non handicapant de l'atteinte.

Sur le plan thérapeutique, pour ce qui est des troubles au niveau crânio-cervico-brachio-thoracique droit, force est de constater que l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici est resté sans effet bien significatif, ce qui est typiquement observé dans le cadre de syndromes somatoformes douloureux. Au vu des éléments mentionnés plus haut, il n'y a en principe pas d'indication formelle à poursuivre les différents traitements actuellement en cours. Néanmoins, il est à craindre que l'interruption soudaine des différents traitements ne soit de nature à décompenser la situation subjective de l'assuré. La décision quant à la poursuite des traitements doit être laissée à la discrétion des médecins traitants (Professeur D._____, Dresse E._____ et Dr C._____). Il est

néanmoins peu probable que les mesures thérapeutiques en cours soient réellement efficaces et il est à craindre que la situation va perdurer avec de nouvelles manifestations.

Il est d'ailleurs probable que la situation professionnelle conflictuelle du sujet a contribué à dégrader sa situation médicale.

En déclarant que les troubles ne sont pas causes d'une invalidité au sens de la jurisprudence actuelle, le présent expert ne nie pas la réalité des douleurs mais constate simplement qu'elle ne répond à aucun substrat somatique et qu'en conséquence l'application de la jurisprudence actuelle pour ce type de symptomatologie conduit à ne pas reconnaître cette dernière comme cause d'une invalidité en l'absence d'une pathologie psychiatrique majeure associée. »

Le Dr F._____ a ainsi conclu à une capacité de travail complète, avec plein rendement, dans toutes activités, après avoir envisagé le diagnostic de « syndrome somatoforme douloureux » qualifié de non invalidant sur la base de l'appréciation du psychiatre traitant de l'assuré.

Par avis du 7 janvier 2015, le Dr S._____ du SMR s'est intégralement rallié aux conclusions de l'expert.

Partant, l'OAI a rendu un projet de décision le 12 janvier 2015 informant l'assuré de ses intentions de lui nier le droit à toutes prestations AI, faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Était mentionnée au titre d'activité habituelle exigible à plein temps de l'assuré celle de « ferblantier sanitaire ».

F. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par correspondances des 28 janvier 2015 et 5 février 2015, complétées le 3 mars 2015, concluant au réexamen intégral de son dossier et implicitement à la reconnaissance de son droit à des prestations AI. Il a contesté en particulier la teneur du rapport d'expertise du Dr F._____, dont il a repris méthodiquement les termes pour procéder à de nombreuses corrections d'imprécisions anamnestiques, d'erreurs de plume ou de retranscription. Il a fait en substance grief à l'expert d'avoir occulté ses importantes douleurs et les restrictions liées au port de son neurostimulateur, rappelant que cet appareil fonctionnait désormais à satisfaction et que la dégradation de son état de santé était vraisemblablement consécutive aux dernières interventions chirurgicales

d'avril 2013. Il a par ailleurs estimé que l'examen de l'expert n'avait pas été exhaustif, ni suffisamment étendu pour permettre à ce dernier d'écarter les avis des spécialistes en charge de son suivi. Il a enfin requis la rectification du rapport d'expertise correspondant, ainsi que de l'avis du SMR du 7 janvier 2015, pour tenir compte de ses diverses remarques, proposant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise réalisée par un spécialiste en neurochirurgie ou en neuromodulation. Étaient annexés un tirage des pièces relatives à sa réinsertion contenues au dossier constitué par les organes de l'assurance-invalidité genevois, le mode d'emploi du neurostimulateur, un CD contenant ses radiographies et l'IRM du 7 mai 2010, des photographies post-opératoires, les comptes-rendus des consultations des 26 août 2013, 2 septembre 2013, 12 novembre 2013 et 13 mai 2014 auprès du Service d'antalgie de l'Hôpital G. _____, ainsi qu'un rapport du Dr D. _____ du 16 février 2015. Il ressort des comptes-rendus susmentionnés que des douleurs au niveau du connecteur de l'électrode de stimulation occipitale ont été relatées au 26 août 2013, ensuite de quoi une infiltration a été effectuée en septembre 2013, la situation étant qualifiée de stabilisée le 12 novembre 2013. A la consultation du 13 mai 2014, il était relevé que le patient allait « bien, voire très bien », les douleurs étant entièrement contrôlées. Un bilan était planifié à l'échéance d'une année. En outre, le Dr D. _____ a observé les éléments suivants dans son rapport du 16 février 2015 :

« [...] Le dispositif implanté chez [l'assuré] est un stimulateur médullaire connecté sur des électrodes per-cutanées en position sous-cutanée cervicale.

[...] Les cervicalgies de [l'assuré] ont résisté à tout autre traitement, alors qu'elles ont bien répondu à ce type de stimulation.

Dans le cas particulier, la seule contre-indication à l'implantation d'un système serait une infection locale. Par ailleurs, le système n'est pas compatible avec des examens radiologiques en résonance magnétique, raison pour laquelle les IRM sont en principe contre-indiquées chez [l'assuré]. De la même manière, le patient devrait éviter de travailler avec des systèmes de soudure électrique ou tout instrument générant un champ magnétique significatif.

S'agissant de l'activité physique, le système ne limite pas les mouvements du patient. Toutefois, des mouvements extrêmes et répétés de la région cervicale sont susceptibles de produire des migrations des électrodes ce qui s'est d'ailleurs produit à trois reprises chez [l'assuré].

S'agissant des charges, le système ne constitue pas un facteur limitatif et c'est plutôt la douleur ou une pathologie de la ceinture scapulaire qui sont à prendre en ligne de compte. [...] »

Le Dr S._____, en collaboration avec le Dr T._____, s'est exprimé pour le compte du SMR sur les arguments de l'assuré et les pièces produites. Il a estimé que le Dr F._____ avait pris en compte à satisfaction les douleurs alléguées par l'assuré, tandis que le Dr D._____ avait clairement décrit les limitations fonctionnelles liées au port du neurostimulateur. Il a concédé que l'activité de ferblantier ou installateur sanitaire n'était plus exigible depuis 1992, selon les constats de la Dresse B._____, mais qu'en revanche l'activité de référence, soit en fait celle d'agent technico-commercial ou gérant de société, pouvait être exercée sans restriction.

En date du 15 avril 2015, l'OAI a adressé une décision de refus de prestations AI à l'assuré, identique à son projet de décision du 12 janvier 2015, concluant à l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Un courrier accompagnant cette décision retenait au titre d'activité habituelle exigible celle « d'agent technico-commercial », en lieu et place de celle de « ferblantier sanitaire », reprise toutefois textuellement dans le corps de la décision.

G. L'assuré a déféré la décision du 15 avril 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 12 mai 2015, concluant derechef au réexamen de sa situation à l'aune de l'ensemble des rapports médicaux émanant de ses médecins traitants. Il a par ailleurs à nouveau proposé de se soumettre à de nouvelles investigations diligentées par un spécialiste en neurochirurgie ou neurostimulation, en collaboration avec le fabricant de son neurostimulateur, considérant que le rapport d'expertise du Dr F._____ devait être écarté, dans la mesure où ce document contenait selon lui des informations « erronées, falsifiées, voire mensongères ». Il a réitéré l'essentiel des griefs précédemment invoqués contre l'appréciation de ce spécialiste et souligné les importantes limitations engendrées par le port

du neurostimulateur, ainsi que les douleurs entravant l'utilisation de son bras droit.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 6 juillet 2015 et en a proposé le rejet en se référant aux termes de sa décision du 15 avril 2015.

Désormais représenté par Me Gilles Davoine, le recourant a répliqué en date du 22 septembre 2015. Il a complété ses conclusions requérant préalablement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à un médecin spécialisé en neuromodulation et principalement l'octroi d'une rente d'invalidité. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. En sus de reprendre ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr F. _____ - considéré comme dénué de valeur probante - l'assuré a soulevé un nouvel argument d'ordre formel, lié à la motivation de la décision entreprise. Il a fait valoir que ce document était insuffisamment étayé, puisqu'il ne répondait à aucune de ses remarques et ne s'exprimait sur aucun élément pertinent à son cas, se limitant à contenir les dispositions légales applicables, sans référence aux faits personnels et médicaux contenus à son dossier. Il a déduit que l'OAI avait violé son droit d'être entendu ce qui justifiait sans autre examen le renvoi de la cause à cette autorité pour nouvelle décision. Il a par ailleurs annexé le témoignage écrit de son épouse, daté du 15 septembre 2015, attestant de ses difficultés au quotidien, ainsi que des explications du Dr D. _____, fournies sur interpellation de son mandataire, en date du 3 septembre 2015. Ce spécialiste a indiqué ce qui suit :

« 1.

[L'assuré] m'a été adressé par le Dr M. _____ de Clinique I. _____, en juillet 2008, pour des céphalées cervicogéniques résistant aux traitements conventionnels.

2.

Une électrode de stimulation sous-cutanée occipitale a été implantée en janvier 2011 avec un très bon effet antalgique. Malheureusement ce dispositif a migré et une nouvelle intervention est nécessaire pour repositionner l'électrode en juillet 2011.

3.

Une récurrence de migration se produit au début 2012 et l'électrode est alors remplacée en mai 2012.

4.

Une nouvelle intervention est nécessaire en avril 2013 en raison de la rupture des contacts de l'électrode qui est alors remplacée.

5.

Depuis lors, le dispositif fonctionne à satisfaction et le patient a retrouvé le bénéfice dont il bénéficiait initialement [sic].

6.

En tant que tel le système ne limite pas les mouvements du patient. Toutefois, des mouvements extrêmes et répétés, notamment de la région cervicale, sont susceptibles de produire des migrations d'électrode telles que survenues chez [l'assuré].

7.

Le système de stimulation occipitale n'est pas compatible avec des examens radiologiques en résonance magnétique et le patient devrait éviter de travailler avec des systèmes de soudure électrique ou tout autre instrument générant un champ magnétique significatif. [...] »

Par duplique du 13 octobre 2015, l'intimé a relevé que sa décision du 15 avril 2015 était certes succincte, mais qu'elle permettait néanmoins de déduire que les pièces médicales réunies au dossier avaient exclu une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle. Il a au demeurant rappelé avoir, par courrier d'accompagnement du 15 avril 2015, corrigé l'activité habituelle de référence. L'assuré avait du reste été en mesure de saisir la portée de la décision et de l'attaquer utilement. Quant au fond, il a relevé que les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr D. _____ n'entraînaient pas une réduction de la capacité de travail du recourant. Il a ainsi persisté à conclure au rejet du recours.

Le recourant s'est déterminé une nouvelle fois le 12 novembre 2015, renouvelant le grief afférent à la violation de son droit d'être entendu. Il s'est en particulier prévalu de la confusion relative à la détermination de son activité habituelle, l'OAI ayant mentionné celle de « ferblantier sanitaire » dans la décision entreprise, alors que le courrier d'accompagnement – qui ne faisait pas clairement partie intégrante de ladite décision – évoquait une activité « d'agent technico-commercial » sans autres précisions. Il a fait valoir dans ce contexte que l'activité de référence apprise par ses soins était effectivement celle de « ferblantier-

installateur sanitaire » et qu'il appartenait à l'OAI de définir dans quelle mesure cette activité était encore envisageable, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et des restrictions de mouvements imposées par le neurostimulateur, puis de fixer sa capacité de gain. A défaut, l'OAI devait encore se prononcer sur une éventuelle activité adaptée et déterminer la capacité résiduelle de gain correspondante. A cet égard, il a relevé que l'activité d'agent technico-commercial ne lui était pas accessible, en l'absence du brevet fédéral couronnant la formation correspondante, joignant à titre informatif le règlement afférent aux examens professionnels dans cette activité. Il a en définitive maintenu intégralement les conclusions communiquées le 22 septembre 2015.

L'OAI a renoncé à s'exprimer plus avant et à formuler toute réquisition dans une correspondance subséquente du 25 février 2016, de sorte que la cause a été gardée à juger.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 12 mai 2015 contre la décision de l'OAI du 15 avril 2015 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA,

ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) In casu, le litige est circonscrit par la décision de refus de prestations AI rendue par l'intimé le 15 avril 2015. Par cette décision, l'OAI

a estimé que le recourant ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de travail et de gain.

L'assuré conteste essentiellement l'appréciation de sa capacité de travail, telle qu'opérée par l'intimé, sur la base du rapport d'expertise du Dr F. _____ 12 décembre 2014, qu'il considère dénué de toute valeur probante en raison - à son avis - de lacunes, imprécisions et erreurs. Ce faisant, il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, après mise en œuvre d'une nouvelle expertise qui tienne compte de ses douleurs et des limitations fonctionnelles engendrées par le port d'un neurostimulateur. S'estimant incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, il ne formule aucune conclusion afférente à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

Dans ce contexte, l'OAI rappelle que l'expertise du Dr F. _____ n'a fait état d'aucune atteinte à la santé incapacitante, tandis que les restrictions liées au neurostimulateur dont est porteur l'assuré ont été décrites à satisfaction par le Dr D. _____, sans que ces restrictions ne justifient une incapacité à exercer une activité similaire à celle déployée antérieurement par le recourant au sein de sa société. Il propose ainsi le maintien de son refus de toutes prestations AI, prononcé le 15 avril 2015.

Préalablement à ses griefs d'ordre matériel, le recourant reproche à l'OAI la motivation lapidaire de la décision entreprise, notant en outre la confusion régnant eu égard à son activité habituelle, entretenue par le courrier d'accompagnement de l'intimé du 15 avril 2015. Il estime en conséquence que son droit d'être entendu a été violé, ce qui devrait ipso facto entraîner l'annulation de la décision du 15 avril 2015 et le renvoi de la cause à l'autorité administrative.

Compte tenu des conclusions des parties, il s'agit en premier lieu d'examiner l'argument d'ordre formel relatif à la violation du droit d'être entendu du recourant. A défaut d'une telle violation, il conviendra

de statuer en second lieu sur le bien-fondé éventuel de la décision précitée, notamment quant au refus de rente d'invalidité.

3. a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF [Tribunal fédéral] 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, on peut concéder au recourant, à l'instar de l'OAI lui-même, que la décision du 15 avril 2015 est pour le moins

succincte, en dépit de la correspondance d'accompagnement du même jour destinée à exposer les motifs de l'intimé suite aux observations de l'assuré.

On notera certes que le procédé consistant à compléter une décision par un courrier d'accompagnement est admissible dans son principe. Il eût toutefois été judicieux de préciser qu'un tel courrier devait être considéré comme faisant partie intégrante de la décision du 15 avril 2015, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce.

Cela étant, la correspondance d'accompagnement du 15 avril 2015 est source de confusion dans la mesure où elle retient une activité habituelle « d'agent technico-commercial », alors que la décision elle-même conserve la mention d'une activité de « ferblantier sanitaire ». Or, de fait, l'activité habituelle de référence in casu, soit celle que l'assuré exerçait immédiatement avant la survenance de l'atteinte à la santé à l'origine de la présente procédure, est essentiellement administrative, comme l'a d'ailleurs indiqué le recourant dans sa demande de prestations du 19 avril 2013, ainsi qu'à l'occasion d'un entretien à l'OAI dans le cadre de l'intervention précoce (cf. procès-verbal d'entretien du 16 août 2013). Une activité de gestion et d'administration ressort également du rapport de l'employeur communiqué le 1^{er} juillet 2013, ainsi que du curriculum vitae rédigé et produit par l'assuré (cf. document correspondant indexé par l'intimé à la date du 27 août 2013). Dès lors, l'activité habituelle de référence dont peut se prévaloir le recourant n'est ni celle d'agent technico-commercial - désignation résultant selon toute vraisemblance de la mesure de formation octroyée à Genève - ni celle de ferblantier installateur sanitaire œuvrant en atelier ou sur les chantiers, mais bien celle d'administrateur ou de gérant d'une société active dans le domaine du bâtiment.

En dépit des difficultés d'interprétation et des contradictions ressortant de la décision du 15 avril 2015 et de son courrier d'accompagnement, on peut néanmoins constater que l'assuré a été

parfaitement en mesure d'en saisir les conséquences et de contester utilement le refus de prester décidé par l'OAI. Le recourant s'est en effet adressé dans le délai légal auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen.

Au regard de la jurisprudence citée supra, il y aurait donc exceptionnellement lieu de considérer comme réparée la violation du droit d'être entendu, alléguée par le recourant, laquelle n'apparaît au demeurant pas d'une gravité particulière.

La question de la violation du droit d'être entendu peut cependant demeurer ouverte en l'espèce, étant donné que la décision entreprise doit de toute façon être annulée sur le fond pour les motifs exposés ci-après.

4. On observera préliminairement que, par communication du 2 juin 1992, les organes genevois de l'assurance-invalidité ont octroyé à l'assuré une formation professionnelle. Après avoir diligenté plusieurs stages, il a été convenu que cette formation s'orienterait vers la profession de « vendeur-conseil en moyens de réhabilitation » (cf. rapport de l'office régional AI du 8 juin 1994). Le recourant a finalement abandonné cette formation pour s'installer en qualité d'indépendant de sorte que la mesure AI a pris fin le 30 septembre 1994 (cf. rapport de l'office régional AI du 31 octobre 1994).

On peut déduire de ces quelques éléments extraits du dossier genevois produit par l'assuré qu'une décision de refus de rente d'invalidité lui a vraisemblablement été notifiée peu après la clôture de la mesure d'ordre professionnel, ce qui est d'ailleurs corroboré par le courrier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 11 mars 2014.

Cela étant, il convient de retenir des éléments versés au dossier constitué par l'intimé, singulièrement des comptes individuels tenus au nom de l'assuré, ainsi que de la teneur du mémoire de recours du 12 mai 2015 (cf. chiffre 2.2/9) que l'état de santé du recourant s'est

notablement amélioré entre les deux procédures administratives, ce que confirme d'ailleurs la Dresse B._____. Cette amélioration a été suffisamment importante et stable pour permettre à l'assuré de reprendre au plus tard le 4 juillet 2001 son activité d'installateur sanitaire exécutant des réparations et des dépannages. L'assuré a au surplus indiqué n'avoir pas rencontré de « problèmes significatifs » jusqu'en 2007 et pu déployer une activité à plein temps jusqu'en 2008, alors même que son entreprise individuelle avait dans l'intervalle évolué vers la société H._____Sàrl et son activité vers des tâches de gestion et d'administration.

Vu ces éléments, les limitations fonctionnelles énoncées en 1995 par la Dresse B._____ n'apparaissent désormais plus d'actualité, n'ayant d'ailleurs par été reprises par l'expert mandaté par l'intimé. Au demeurant, l'atteinte à la santé survenue auprès de l'assuré en 2007, dont il se plaint actuellement, ne justifie pas de retenir les restrictions observées par le passé.

En l'état, il s'agit en définitive de déterminer si les « douleurs neuropathiques » ou « cervico-brachialgies droites », constitutives d'un nouveau cas d'assurance à l'origine de la seconde demande de prestations AI formulée par l'assuré, sont susceptibles de limiter sa capacité de travail et de gain (cf. s'agissant de la question de la survenance d'un nouveau cas d'assurance : ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2).

5. Avant de procéder à l'analyse des pièces médicales à disposition en l'occurrence, on rappellera ci-dessous les dispositions pertinentes relatives à la notion d'invalidité et au droit à la rente.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins

40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

6. Concernant le diagnostic évoqué dans le cas du recourant par l'expert neurologue, soit celui de « syndrome somatoforme douloureux », il y a lieu de mettre en exergue la jurisprudence fédérale infra.

a) La jurisprudence a en effet dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et

d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

b) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où

les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes

sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

7. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 et les références citées).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler

qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

8. a) En l'espèce, nonobstant les critiques formulées par le recourant à l'encontre du rapport d'expertise du Dr F._____, ce document satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante en ce qui concerne l'aspect somatique, respectivement neurologique, de l'état de santé de l'assuré.

Quoi qu'en dise le recourant, le rapport de ce spécialiste du 12 décembre 2014 apparaît complet, fondé sur une analyse minutieuse de l'ensemble des pièces du dossier et contient un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, ainsi que des plaintes alléguées.

Résultant d'investigations cliniques approfondies, ce rapport est en outre exempt de contradictions, de sorte que l'appréciation de la situation neurologique de l'assuré, telle que communiquée par l'expert mandaté par l'intimé, peut d'emblée emporter la conviction.

b) Eu égard aux erreurs ou imprécisions anamnestiques que le recourant a méthodiquement répertoriées, celles-ci peuvent être qualifiées d'anecdotiques, dans la mesure où elles demeurent à l'évidence sans aucune incidence sur la valeur des constats cliniques objectifs relatés par l'expert et sur son appréciation du cas.

La lecture et l'interprétation des documents d'imagerie médicale n'étant pas spécifiquement litigieuses, il importe peu que le Dr

F._____ n'ait éventuellement pas eu connaissance de ceux-ci, comme le suppose le recourant, car les radiographies sont parvenues à l'expert avant le dépôt du rapport d'expertise. Quoiqu'il en soit, ainsi que l'expert le souligne, il a eu accès aux rapports des radiologues, soit par voie de conséquence à leurs observations et conclusions.

Par ailleurs s'agissant de l'évaluation médicale, le recourant se limite pour l'essentiel à substituer sa propre appréciation ou son ressenti aux propos de l'expert, singulièrement des médecins du SMR, sans étayer ses allégations au moyen d'éléments objectifs.

La Dresse E._____, médecin traitant de l'assuré, a elle-même observé que les douleurs neuropathiques de son patient sont d'origine indéterminée. Si des limitations fonctionnelles sont certes énoncées par cette praticienne, elles ne sont cependant aucunement objectivées ou médicalement démontrées, la Dresse E._____ se limitant à relever que la fatigue et l'état dépressif consécutifs aux douleurs varient en fonction de l'efficacité du neurostimulateur (cf. chiffre 1.7 du rapport médical du 9 octobre 2013). Cela étant, à lire le Dr D._____, l'appareil fonctionne à satisfaction depuis sa dernière intervention d'avril 2013, ce qui justifie de relativiser l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse E._____.

Concernant les limitations fonctionnelles spécifiquement liées au port du neurostimulateur, dont le recourant fait grand cas, le Dr D._____ a exposé qu'en tant que tel le système ne limite pas les mouvements de son patient, seuls des mouvements extrêmes et répétés, notamment dans la région des vertèbres cervicales, étant susceptibles de produire des migrations d'électrode.

Or, on ne voit quelle profession accessible au recourant impliquerait de tels mouvements. En aucun cas, l'activité exercée en dernier lieu par l'assuré au sein de sa société ne paraît concernée par les restrictions _____ énoncées _____ par _____ le Dr D._____.

Quant à l'impérieuse nécessité d'éviter un travail avec un système de soudure électrique ou tout instrument générant un champ magnétique significatif, on ne peut qu'observer, au vu du descriptif des activités de l'assuré contenu dans son curriculum vitae, que celui-ci n'y a pas été exposé dans ses activités usuelles, ce à tout le moins depuis qu'il est gérant de sa propre société.

La confrontation inopinée à de tels appareils utilisés par des tiers - à l'occasion par exemple d'une visite de chantier - peut être évitée et ne relèverait de toute façon pas de l'AI, dans la mesure où de nombreuses précautions s'imposent à toute personne porteuse d'un neurostimulateur.

On observera enfin que le Dr D._____ - ni aucun autre médecin d'ailleurs - ne se prononce nullement sur l'origine des douleurs alléguées par l'assuré, le rapport d'expertise du Dr F._____ ne souffrant en définitive d'aucune contestation directe émanant des médecins traitants du recourant.

On ne voit ainsi pas de raison de mettre en doute les conclusions _____ du Dr F._____, sous l'angle somatique, respectivement neurologique.

c) Il n'en va en revanche pas de même du point de vue psychique, où l'instruction doit être qualifiée en l'état de lacunaire, au vu de l'évocation du diagnostic de « syndrome somatoforme douloureux », dont la réalisation ne peut être a priori absolument exclue, en dépit de l'avis communiqué par le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr C._____, qui relevait que l'épisode dépressif observé chez son patient n'était pas accompagné d'un syndrome somatique (cf. rapport médical du 24 juillet 2013).

Or, le diagnostic d'un tel trouble, posé par l'expert F._____ au titre de seule explication de la pathologie présentée par l'assuré, doit

être investigué par un spécialiste en psychiatrie, tandis que sa discussion doit répondre aux exigences fixées par la jurisprudence fédérale énoncée supra sous considérant 6.

Dans la mesure où l'intimé n'a pas investigué le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux », en questionnant par exemple plus avant le psychiatre traitant de l'assuré à cet égard, il est en l'état prématuré de déterminer si cette atteinte est avérée, si elle a ou non des répercussions en termes de capacité de travail et éventuellement valeur d'invalidité au sens requis par la jurisprudence fédérale précitée.

9. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible de statuer sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique

(TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall /Zurich, 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale du recourant.

Singulièrement, il lui appartient dans un premier temps d'actualiser les données médicales à disposition du psychiatre traitant de

l'assuré, puis dans un second temps de diligenter une expertise psychiatrique en vue de déterminer si l'assuré est ou non atteint d'un trouble somatoforme douloureux et cas échéant, si ce trouble a valeur d'invalidité à l'aune de la récente jurisprudence fédérale contenue in ATF 141 V 281.

Ce n'est qu'à l'issue de ce complément d'instruction que le droit à la prestation revendiquée pourra être tranché.

10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 15 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui

étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gilles Davoine, à Nyon (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :