

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2018

---

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

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 28 LAI.**

**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) une première fois en 1992. Il a cependant interrompu la mesure de formation octroyée par les organes genevois de ladite assurance pour créer sa propre entreprise, à savoir la société H.\_\_\_\_\_Sàrl. Son dossier a en conséquence été clôturé sans octroi subséquent de prestations.

**B.** De 2009 à 2011, victime de 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.

**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. Il était régulièrement pris en charge par son médecin généraliste traitant, la Dresse F.\_\_\_\_\_, et par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

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.

L'instruction conduite par l'OAI dans ce contexte a mis en exergue les diagnostics de « douleurs neuropathiques d'origine indéterminée », d'une « cervico-brachialgie droite » et d'un « état

dépressif » avec influence sur la capacité de travail de l'assuré. La cervico-brachialgie droite était par ailleurs traitée par un neurostimulateur depuis 2010, ce qui engendrait des « douleurs fluctuantes », un suivi de cet appareil étant régulièrement assumé au sein de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_ (cf. rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2013).

**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 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.

Le 11 avril 2014, la Dresse F. \_\_\_\_\_ 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 demeuraient 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 rapports de consultation spécialisée versés au dossier de son patient.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise neurologique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, en date 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 :

« [...] 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 intracérébrale. 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 [réf. : imagerie par résonance magnétique] 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 [...]. 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 W.\_\_\_\_\_ 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 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.

En dépit de la contestation de l'assuré, l'OAI a confirmé le projet précité par une décision de refus de prestations du 15 avril 2015.

**F.** Statuant sur recours de l'assuré du 12 mai 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu son arrêt le 31 août 2016 sous numéro de cause AI 129/15 - 231/2016. Elle a constaté que l'état de santé somatique de l'assuré avait été investigué à satisfaction par le Dr W.\_\_\_\_\_ dont les conclusions pouvaient être suivies. En revanche, sur le plan psychique, étant donné le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il s'agissait d'actualiser les données médicales

auprès du psychiatre traitant, puis de mettre en œuvre une expertise psychiatrique répondant aux exigences jurisprudentielles en vue de déterminer le caractère éventuellement invalidant d'une telle atteinte à la santé. Le recours de l'assuré a en conséquence été admis et la cause renvoyée à l'OAI aux fins d'instruction complémentaire.

**G.** En exécution de cet arrêt, l'OAI s'est tout d'abord entretenu avec \_\_\_\_\_ le Dr C. \_\_\_\_\_ le 9 février 2017, lequel a indiqué ne pas avoir revu l'assuré depuis plus de deux ans. Il a ensuite organisé une expertise psychiatrique auprès \_\_\_\_\_ du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon communication du 2 mars 2017.

Ce spécialiste a procédé à l'examen de l'assuré le 15 juin 2017, après avoir pris connaissance de son dossier, et rédigé son rapport le 22 juin 2017. Retenant le diagnostic d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis l'âge de 21 ans », il a considéré celui-ci comme un diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. L'expert a notamment exposé ce qui suit au titre de discussion du cas :

« [...] Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique.

[...L'assuré] nie [toute] période d'abaissement important de l'humeur et décrit une humeur fluctuante en fonction de ses symptômes physiques. Faisant preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, il se présente souriant à plusieurs reprises, par exemple lorsqu'il exprime son plaisir de rencontrer sa famille et ses amis ou son intérêt pour diverses activités, comme le bricolage et la cuisine. Content d'avoir retrouvé un poste à responsabilité, il poursuit volontiers son travail de municipal de la commune de [...], depuis [...] 2016. Contrairement à sa plainte subjective, il ne montre pas de signe manifeste de fatigue, mais participe activement à un examen de trois heures avant de maîtriser des tests cognitifs, sans diminution importante de l'attention ou de la concentration. Cette observation correspond à sa capacité de passer volontiers son temps avec la lecture et des bricolages, entre autres dans le cadre d'une nouvelle activité indépendante dans une entreprise fondée en 2014, selon l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_. Conduisant sa voiture sur des trajets de plus de 100km, par exemple pour se rendre [...], il assume les obligations liées à son travail de

municipal en s'occupant actuellement de la réparation d'un réseau de chauffage à distance à cause de l'absence des employés de la commune. Donnant une description positive de sa personnalité, il se montre content de saisir des opportunités lui permettant de surmonter sa timidité. Hormis une culpabilité concernant un accident de travail en 2007 que [l'assuré] ne déclare pas tout en souffrant de séquelles depuis, selon ses propres dires, il nie [toute] idée de culpabilité ou de dévalorisation. Confiant d'assumer son mandat de municipal pendant 5 ans, il garde l'espoir d'une amélioration de ses symptômes physiques, sans attitude morose ou pessimiste face à l'avenir. Authentique lorsqu'il aborde son attachement à ses proches, notamment son épouse et son fils, il prend une claire distance d'idées noires décrites en réaction à la découverte de la fraude de ses associés en 2012 et nie clairement [toute] idée ou acte auto-agressif manifeste dans le passé et le présent. Sans perturbation du sommeil indépendant de ses douleurs, il nie des difficultés d'endormissement ainsi que des réveils matinaux précoces suivis par une incapacité à s'endormir, et décrit un bon appétit à l'origine d'un surpoids léger. En conséquence, l'anamnèse et l'examen de l'expertisé ne permettent pas de retenir un épisode dépressif majeur en dehors de l'épisode dépressif moyen motivant un premier et seul traitement psychiatrique en mars 2013. En l'absence de limitations fonctionnelles au plan professionnel, cet épisode dépressif ne justifie pas d'incapacité de travail, comme constaté par le DrC. \_\_\_\_\_ en juillet 2013. Puis l'exploration de l'anamnèse de [l'assuré] montre une évolution favorable de cet épisode dépressif, malgré l'arrêt du traitement antidépresseur déjà après 8 mois, permettant de retenir une rémission complète au moment de l'arrêt du traitement psychiatrique régulier au plus tard, donc en mars 2014.

Depuis, les plaintes principales de [l'assuré] concernent des douleurs physiques, survenues initialement sous forme de lombalgies à l'âge de 10 ans, et aggravées par périodes sous forme de blocages [...].

A l'examen actuel, [l'assuré] ne met plus en avant des lombalgies, comme en 1992, mais décrit surtout des douleurs au niveau du membre supérieur droit, dans la nuque et la tête. Selon lui, ces symptômes s'accompagnent d'irradiations jusqu'au niveau de l'œil droit, de fourmillements, d'un sentiment d'endormissement de la main droite et de décharges électriques. En parallèle, il se plaint de céphalées qu'il explique également par un dysfonctionnement de son stimulateur médullaire [...].

Or, ces plaintes semblent incompatibles avec l'absence de comportement algique manifeste à l'examen actuel. Malgré l'importance de ses plaintes, dont il explique une partie par le dysfonctionnement de son stimulateur médullaire, [l'assuré] limite son traitement antalgique à une dose moyenne de Lyrica®, dont le taux sanguin reste au-dessous du seuil thérapeutique, et la prise occasionnelle d'une faible dose de Tramadol. Ces démarches contrastent avec une mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important. En effet, [l'assuré] fait preuve de capacités surprenantes par rapport à ses plaintes, par exemple en restant assis pendant les trois heures d'examen auquel il participe sans gêne particulière, ainsi qu'en menant une vie active entre son rôle de père et de municipal ainsi que des travaux dans son atelier. Contrastant avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, ces

éléments laissent planer des doutes quant à la sévérité réelle de ses douleurs.

En revanche, l'anamnèse de [l'assuré] montre plusieurs exacerbations de ses symptômes physiques dans le cadre d'un conflit émotionnel ou stress psychosocial, comme lors de l'interruption de son travail d'installateur sanitaire à l'âge de 21 ans, qui coïncide avec l'échec de son premier mariage. Sans signe d'une décompensation psychique, [l'assuré] fait pourtant preuve de ressources d'adaptation lui permettant de surmonter cet échec afin de trouver une nouvelle perspective professionnelle par une mesure professionnelle [...]. Puis une deuxième période d'aggravation des symptômes physiques survient dans le contexte des difficultés de [l'assuré] avec ses deux associés depuis 2010, suivies par la découverte d'une fraude entraînant un épisode dépressif réactionnel traité par une première thérapie psychiatrique, en 2013. A nouveau, [l'assuré] met en avant des symptômes dramatiques concernant des douleurs motivant un traitement interventionnel par neurostimulateur à partir de 2011, malgré l'absence d'explication somatique claire de ses plaintes, selon l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ en 2014. Survenus indépendamment d'un trouble affectif, déjà à l'âge de 10 ans, selon l'expertisé, et motivant des mesures professionnelles en 1992, les symptômes physiques inexpliqués entièrement par un processus physiologique de [l'assuré], correspondent ainsi à un syndrome douloureux somatoforme, selon la CIM-10.

Ce syndrome douloureux somatoforme s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par un manque de confiance en soi, expliquant la timidité décrite par l'expertisé ainsi que sa réticence à nouer des relations à moins d'être certain d'être accepté. Anamnestiquement, ce fonctionnement survient au cours d'une enfance évoquant des signes de carence affective de la part d'une mère souffrant d'une dépression chronique et d'un père décrit comme souvent absent à cause de son travail. Néanmoins, [l'assuré] fait preuve de ressources d'adaptation lui permettant d'affronter cette situation pour surmonter ses difficultés scolaires, entraînant un redoublement au cycle d'orientation, afin de terminer sa scolarité et suivre avec succès un apprentissage qu'il termine avec un CFC à l'âge de 19 ans. Sans décompensation psychique motivant un traitement psychiatrique, il affronte l'échec de son premier mariage à l'âge de 21 ans, ainsi que ses difficultés pendant la première année de la mesure professionnelle organisée par l'Office AI. Après avoir réussi sa formation de vendeur en matériaux médicaux, il travaille de manière stable, d'abord avec sa propre entreprise, puis comme salarié.

En parallèle, il s'engage dans une nouvelle relation sentimentale décrite comme positive depuis des années, fonde une famille et assume son rôle de père. Ainsi, il constate un renforcement du lien avec son épouse par les difficultés rencontrées à cause de la fraude de ses associés entraînant la perte de son entreprise en 2013, après des conflits avec ses associés déjà depuis 2011, selon le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ en juillet 2013. Puis [l'assuré] s'engage pour la défense de ses intérêts en préparant seul le dossier de son recours au tribunal cantonal, avant de consulter un avocat. Restant capable de s'engager dans des projets divers, comme une nouvelle entreprise en 2014, selon l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_, il occupe le poste de président d'une association [...] depuis 2016 et poursuit la recherche d'une nouvelle perspective professionnelle, comme en témoigne son

poste de municipal, depuis [...] 2016. Sans signe d'une décompensation psychique, malgré une accumulation de facteurs de stress depuis 2010, il fait face aux exigences de la vie quotidienne pour mener une vie autonome et active dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables au plan familial et amical. Témoignant des ressources personnelles de l'expertisé, son anamnèse ne montre pas de perturbation sévère de la constitution caractérologique, comme demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10.

Cependant, les particularités de fonctionnement de [l'assuré] correspondent à des traits de personnalité évitante. N'ayant pas valeur de maladie, ces traits de personnalité favorisent des réactions somatoformes face à une accumulation de stress psychosocial, comme l'échec de son premier mariage ainsi que les tensions et le conflit avec ses associés aboutissant à la perte de son entreprise en 2013. Cependant, l'exploration des activités quotidiennes et sociales de [l'assuré] met en évidence des ressources personnelles importantes d'un expertisé qui assume un engagement associatif et un poste de municipal, tout en regrettant son manque de temps pour voir ses parents plus souvent. Ainsi, il poursuit des projets, comme la réparation d'un réseau de chauffage, malgré les vacances des employés de la commune, et s'occupe de tâches positives, comme la cuisine et le bricolage ainsi que des excursions en voiture de plus de 100km. Ces éléments contrastent avec ses plaintes concernant d'importantes limitations fonctionnelles dues à ses douleurs et restent incompatibles avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. En parallèle, la mise à contribution d'options thérapeutiques d'un expertisé qui prend une médication antalgique au-dessous du seuil thérapeutique, laisse également planer des doutes quant à l'intensité des douleurs dues à son syndrome douloureux somatoforme persistant. Etant donné les ressources personnelles, dont témoignent son anamnèse et ses activités, l'effort à surmonter ses symptômes somatoformes afin de reprendre une activité professionnelle, par exemple en qualité de vendeur de matériels médicaux, reste ainsi exigible à plein temps au plan psychique. [...] »

Vu ces observations, le Dr V. \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail entière en l'absence de toute maladie psychiatrique invalidante.

Fondé sur les conclusions de l'expert psychiatre, l'OAI a établi un projet de décision le 27 juillet 2017 et envisagé de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité en l'absence de toute atteinte à la santé ayant valeur de maladie.

L'OAI a adressé une décision à l'assuré en date du 25 septembre 2017, reprenant les termes du projet précité.

**G.** Par acte du 17 octobre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, concluant à son annulation et soulignant l'absence de motivation de l'acte attaqué. Sur le fond, il a rappelé être porteur d'un neurostimulateur et requis la prise en compte des limitations fonctionnelles en découlant dans l'exercice d'une activité professionnelle. Il s'est notamment prévalu d'un rapport établi le 3 septembre 2015 par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-chef au sein du Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Hôpital G.\_\_\_\_\_.

L'OAI a répondu au recours le 30 novembre 2017 et en a proposé le rejet, sur la base des conclusions des expertises réalisées en l'occurrence.

L'assuré a repris ses précédents arguments par réplique du 8 janvier 2018 et précisé que l'OAI s'était une nouvelle fois mépris sur la nature exacte de son activité habituelle (installateur sanitaire et non agent technico-commercial).

### **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 régie 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 17 octobre 2017 contre la décision de l'intimé du 25 septembre 2017 a été interjeté en temps utile. En dépit d'une motivation succincte, il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA. Il est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu de statuer sur le fond.

**2.** In casu, sont litigieux le droit à la rente du recourant, respectivement la réalisation des conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité. Le recourant fait par ailleurs valoir des griefs d'ordre formel relativement à la lettre et à la motivation de la décision rendue le 25 septembre 2017 par l'intimé.

**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)** In casu, la décision querellée se limite à constater l'absence d'invalidité pouvant être reconnue en faveur du recourant. Un courrier d'accompagnement de l'intimé précise au surplus que sa position est fondée sur les expertises médicales versées au dossier. Si cette argumentation n'est certes que peu étayée, il n'en demeure pas moins qu'elle est compréhensible et mentionne les motifs principaux à l'origine du refus de rente d'invalidité. Le recourant a d'ailleurs été parfaitement en mesure d'en saisir les enjeux et de défendre ses droits auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen. Dans ces circonstances, il y a lieu de nier toute violation du droit d'être entendu du recourant. Un tel vice formel pourrait de toute façon être qualifié de

réparé, faute de gravité particulière et au vu du recours interjeté auprès de la présente cour.

**4. a)** Lorsqu'un recours est interjeté contre une décision rendue à la suite d'un arrêt de renvoi, l'autorité de recours ne revoit pas les questions de droit qu'elle a elle-même définitivement tranchées dans l'arrêt de renvoi. Ce principe découle de la constatation que la juridiction supérieure n'est pas autorité de recours contre ses propres décisions. Le Tribunal fédéral applique le même principe lorsqu'une cause lui revient alors qu'il a rendu précédemment un arrêt de renvoi (ATF 125 III 421 consid. 2a ; 125 III 443 consid. 3a).

**b)** L'arrêt rendu par la Cour de céans le 31 août 2016 a en l'occurrence renvoyé le dossier à l'administration pour complément d'instruction avant nouvelle décision. Il doit donc être qualifié de décision incidente (cf. ATF 133 V 477 consid. 4.2). Dans le cas particulier, la Cour a considéré que sur le plan physique, le recourant présentait une pleine capacité de travail en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Quant à l'état de santé psychique du recourant, notamment d'un possible trouble somatoforme douloureux, une expertise psychiatrique répondant aux critères posés par la récente jurisprudence fédérale s'imposait. Dès lors, l'arrêt en question contient, s'agissant de l'état de santé physique du recourant et de la capacité de travail corrélative, une constatation de fait impérative destinée à l'autorité inférieure sans que celle-ci ne dispose d'aucune marge de manœuvre pour la suite de la procédure. En outre, sous réserve de fait nouveau attestant d'une modification de la capacité de travail du recourant au regard de son état de santé physique, la Cour de céans ne saurait revenir sur l'appréciation de celle-ci telle que retenue dans l'arrêt du 31 août 2016.

**c)** En l'espèce, à teneur de son mémoire de recours du 17 octobre 2017, le recourant remet pour l'essentiel en question l'appréciation de sa capacité de travail sur le plan somatique, sans faire état d'un quelconque fait médical nouveau. Le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 3 septembre 2015, produit dans le cadre de la présente procédure, était

en effet un élément connu de la Cour de céans lors de l'établissement de l'arrêt du 31 août 2016. Le recourant réitère les griefs précédemment examinés dans ledit arrêt de sorte qu'il suffit de le renvoyer au considérant corrélatif traitant de l'appréciation de son état de santé somatique (cf. consid. 8a et b de l'arrêt du 31 août 2016 en la cause AI 129/15 - 231/2016).

**5. 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<sup>er</sup> 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. 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. a)** La jurisprudence a 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 objectif 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 (inévitabile) 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.** 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).

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).

**8.** In casu, on observe que le rapport d'expertise rédigé le 22 juin 2017 par le Dr V.\_\_\_\_\_ remplit tous les critères requis par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder pleine valeur probante. En sus des éléments pertinents de l'anamnèse du recourant et d'une analyse minutieuse des pièces du dossier, l'expert a fait part de ses conclusions non sans procéder à une discussion étayée du cas d'espèce après avoir examiné cliniquement le recourant. On ajoutera que le Dr V.\_\_\_\_\_ a également opéré une analyse de la situation du recourant au regard des indicateurs préconisés par le Tribunal fédéral (cf. en particulier p. 20 - 22 du rapport du 22 juin 2017 et renvois mentionnés).

Dès lors, le rapport d'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ peut être intégralement suivi.

Au vu des observations de l'expert, on peut ainsi déduire que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué auprès du recourant ne présente pas un degré de gravité fonctionnel qui justifierait la reconnaissance d'une incapacité de travail. Le recourant ne conteste au demeurant pas les conclusions de l'expert psychiatre, ne les discutant même pas et ne produisant aucun document médical s'inscrivant à l'encontre de celles-ci.

**9.** Le recourant fait grief à l'intimé de considérer sa capacité de travail totale dans toute activité alors que le port d'un neurostimulateur implique certaines restrictions. Dans le cadre de la précédente procédure, il a été retenu que l'activité de ferblantier ou installateur sanitaire opérant en atelier ou sur les chantiers n'était plus exigible (cf avis du SMR du 27 mars 2015) et que les limitations fonctionnelles spécifiquement liées au port du neurostimulateur, soit l'abstention de mouvements extrêmes et répétés dans la région des vertèbres cervicales susceptibles de produire des migrations d'électrode, n'empêchaient pas la continuation de l'activité administrative exercée en dernier lieu par l'assuré au sein de sa société. Quant à la nécessité d'éviter un travail avec un système de soudure électrique ou tout instrument générant un champ magnétique significatif, elle était sans incidence sur l'activité usuelle de gérant de société (consid. 8b de l'arrêt du 31 août 2016 en la cause AI 129/15 - 231/2016). Cela étant, il subsiste toujours un large éventail de professions accessibles au recourant au vu de sa formation et de son expérience professionnelles, lesquelles n'impliquent ni mouvements extrêmes et répétés, ni l'utilisation d'un système de soudure électrique ou d'un instrument générant un champ magnétique significatif, et dans lesquelles le recourant pourrait mettre à profit une capacité totale de travail.

Il convient en définitive de se rallier pleinement à la position de l'intimé.

**10.** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 25 septembre 2017.

**a)** 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe.

**b)** En outre, n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté par un mandataire professionnel, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :