

VD_FINDINFO AI 95/15 - 73/2016 vom 21. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_95_15_-_73_2016

FR: VD_FINDINFO AI 95/15 - 73/2016 du 21 mars 2016

IT: VD_FINDINFO AI 95/15 - 73/2016 del 21 marzo 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, FIBROMYALGIE | 28 LAI, 4 LAI

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) Le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès de l'autorité vaudoise compétente ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en juillet 2013, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit à une rente d'invalidité.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en la diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en

particulier 3b/aa et 3b/bb). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

E. 4

a) La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2). b) 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.

E. 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). aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - suppose, en premier lieu, 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 des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité,

TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend 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 s'agit également de tenir 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

E. 5

Le recourant s'en prend à l'appréciation médicale tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. A l'appui de sa demande déposée en juillet 2013, et particulièrement de son recours devant l'autorité de céans, il se prévaut de lombalgies, d'un syndrome polyalgique dans un contexte de fibromyalgie et de l'impossibilité à exercer une activité professionnelle à un taux supérieur à 50%, se référant aux avis médicaux des Drs N._____, T._____ et D._____, critiquant par ailleurs le Dr S._____ en sa qualité d'expert. Face à l'évocation d'une fibromyalgie par les médecins traitants, l'office intimé a décidé la mise en

œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès des Drs R. _____ et S. _____. Dans le prolongement des considérations des experts, il a reconnu au recourant une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 10%, et nié le droit à une rente de l'assurance-invalidité. a) Au plan somatique, le Dr R. _____ pose comme seuls diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de la douleur) et une minime gonarthrose interne gauche stable. Il part des plaintes du recourant, savoir des rachialgies diffuses et des douleurs poly- et péri-articulaires fluctuantes et migrantes touchant toutes les articulations, et constate lors de son examen un syndrome lombovertébral récurrent et un syndrome cervico-brachial, tous deux sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Le dossier radiologique en sa possession révèle l'absence de discopathie significative tant au niveau cervical que brachial et des troubles dégénératifs facettaires postérieurs peu significatifs, compatibles avec l'évolution due à l'âge de l'expertisé. L'ultrasonographie des épaules réalisée au jour de l'expertise est dans les normes et démontre l'absence de signe de rupture, même partielle, l'absence de tendinopathie et une intégrité tendineuse conservée. Le Dr R. _____ considère que le bilan radiologique ne s'est pas péjoré et que les lésions restent non significatives. Soulignons qu'en décembre 2012, ensuite de son examen et d'une IRM lombaire et des sacro-iliaques, le Dr Z. _____ retenait un rachis sans trouble statique, avec une mobilisation harmonieuse et complète, l'absence d'élément radiculaire aux membres inférieurs et l'absence d'anomalie significative à l'IRM, juste une déshydratation du disque L5-S1, peut-être une tendance au canal étroit en L4-L5 ; il concluait à de simples lombalgies communes, avouant avoir quelque peu « bousculé » l'assuré de peur qu'il ne s'installe dans un syndrome douloureux (cf. rapport du 3 janvier 2013). Cela étant, le Dr R. _____ note une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie décrite par ce dernier et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise ; seules les douleurs, facteur subjectif, sont imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur, due à un syndrome fibromyalgique. Selon lui, il n'y a que peu d'arguments somatiques pouvant expliquer l'ampleur de l'impotence fonctionnelle dans l'activité professionnelle et la non reprise de son ancien poste. Ainsi, les rachialgies, principalement lombaires, requièrent l'alternance des positions et limitent le port de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier à 5-10 kg. Estimant que l'assuré devait effectuer quelques ports de charge de caissettes en porte-à-faux par jour dans son ancienne activité de mécanicien sur machines, le Dr R. _____ retient une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de 10% en raison du vécu douloureux devenu chronique ; dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale, sans diminution de rendement. L'expertise rhumatologique du 24 juin 2014 satisfait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et emporter la conviction (cf. consid. 3b supra). En effet, se référant de manière systématique au dossier médical et aux examens cliniques, l'expert R. _____ a procédé à l'anamnèse utile et relevé les plaintes alléguées par le recourant. Il a ensuite procédé aux examens et observations cliniques nécessaires, complétant le dossier radiologique. La description du contexte médical est claire, l'appréciation du cas l'est tout autant, et les conclusions sont motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées. Par ailleurs, ses constatations ne sont pas en opposition avec celles du Dr D. _____, telles que posées deux mois avant l'expertise rhumatologique. Singulièrement, dans son rapport du 29 avril 2014, le Dr D. _____ mentionne une poussée polyalgique dans un contexte

de fibromyalgie associé à des céphalées, avec plaintes localisées au niveau cervical, des épaules et dans la musculature du quadriceps, et s'accompagnant d'une anxiété importante multi-factorielle. Au status, il fait état d'une bonne mobilité articulaire, d'une palpation douloureuse aux niveaux para-cervical et lombaire mais sans déficit de mobilité au niveau rachidien ni au niveau périphérique. Il confirme par ailleurs le syndrome polyalgique dans son rapport du 9 février 2016, avec des plaintes essentiellement cervicales et lombaires, et mentionne la quasi-absence de déficits de mobilité de la tête et du rachis. Il s'avère dès lors que le syndrome polyalgique dans un contexte de fibromyalgie tel qu'énoncé par le Dr D. _____ n'est pas un élément médical nouveau ou différent, mais une confirmation de ce que le Dr R. _____ a constaté lors de son expertise du 24 juin 2014. Quant au rapport du 24 août 2013 du Dr N. _____, il n'est pas de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant du rapport du Dr R. _____. Si le Dr N. _____ aboutit à une évaluation différente de la capacité de travail, soit une exigibilité professionnelle sur le plan purement rhumatologique de 50% dans une activité en alternance de postures, il énonce un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie avec lombosciatalgies chroniques, une discopathie dégénérative mineure L5-S1 plutôt banale ne pouvant expliquer l'importance du handicap fonctionnel décrit, et des cervico-scapulalgies bilatérales. Eu égard à la jurisprudence relative à l'empathie du médecin rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), on ne saurait dès lors accorder la préférence aux conclusions du Dr N. _____, au demeurant antérieures à celles du Dr R. _____. A cet égard, on soulignera que, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr N. _____ ne résulte pas d'un mandat de l'OAI ; ce médecin n'intervient pas comme expert indépendant, mais bien comme médecin de l'assuré. En effet, dans sa demande de prestations du 29 juillet 2013, le recourant a expressément nommé le Dr N. _____ et inscrit le 17 juin 2013 comme date de début du traitement ; corollairement, dans son rapport du 24 août 2013, le Dr N. _____ mentionne un traitement ambulatoire par ses soins depuis le 17 juin 2013, et le dernier contrôle en date du 15 août 2013. C'est dès lors à tort que le recourant allègue, dans son acte de recours, ne pas avoir rencontré le médecin précité avant l'établissement de son rapport à l'OAI ; il ne saurait de ce fait se prévaloir du fait que le rapport du 24 août 2013 émanerait d'une autorité indépendante, au même titre que l'expertise du Dr R. _____. Le recourant se contente pour l'essentiel d'opposer les appréciations de ses médecins traitants (Drs D. _____, N. _____ et T. _____) à celles du Dr R. _____, sans toutefois que les constats cliniques des uns et des autres ne se distinguent sensiblement. Ainsi que le préconise la jurisprudence rappelée supra, dans de tels cas de figure, il s'impose de se rallier aux conclusions de l'expert mandaté par l'intimé, et retenir une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée, respectivement de 100% avec une baisse de rendement de 10% dans l'activité professionnelle antérieure. b) S'agissant du volet psychiatrique, compte tenu de l'évocation d'une fibromyalgie par le Dr N. _____, le recourant a été expertisé par le Dr S. _____ en juillet 2014. Sans cependant contester le contenu de l'expertise, le recourant invoque de nombreuses critiques dont l'expert S. _____ aurait fait l'objet dans la presse, arguant ainsi ne pas accepter le choix de ce praticien. aa) Dans l'écriture de recours, le conseil du recourant renvoie aux objections formulées le 23 janvier 2015 devant l'office intimé, alléguant tout au plus que l'expert S. _____ aurait été critiqué dans la presse, sans par ailleurs énoncer les points sur lesquels porteraient ces critiques. Quand bien même la recevabilité de ce moyen paraît douteuse, il n'en demeure pas moins que le recourant ne saurait être suivi. En effet, il est constant que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre

d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). En outre, de simples soupçons - ne reflétant en l'espèce que les impressions subjectives du recourant - et à défaut d'être étayés par des indices objectifs, ne sauraient suffire à établir que le Dr S. _____, titulaire de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie - ce que le recourant ne conteste pas -, ne disposait pas de l'indépendance et de l'impartialité nécessaires pour remplir sa tâche. Par ailleurs, à la suite de la communication du 27 mars 2014 l'informant de la nécessité de mettre en œuvre une évaluation médicale, le recourant disposait d'un délai de dix jours pour faire part de ses éventuelles objections sur l'opportunité de procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique ainsi que sur le choix des experts, lesquels étaient expressément nommés. Or il n'a pas réagi à cette communication ; singulièrement, il n'a fait valoir aucun grief à l'encontre du Dr S. _____ antérieurement à l'expertise - à laquelle il s'est soumise sans autre - ni formulé de critiques postérieurement à sa réalisation, ne s'en prévalant qu'après réception du préavis l'informant du refus de droit à la rente. bb) Cela étant, dans la mesure où l'expert S. _____ a retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie affectant le recourant ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. En effet, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si l'expertise recueillie permet ou non une évaluation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; cf. consid. 4b supra). Préliminairement, on ne voit aucune raison de dénier pleine valeur probante à l'expertise du Dr S. _____, laquelle remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés précédemment (cf. consid. 3b supra). Particulièrement, ses conclusions reposent sur une étude circonstanciée - avec examen clinique, tests psychométriques et étude des pièces au dossier de l'assurance-invalidité -, une anamnèse détaillée, des plaintes rapportées, sont claires et dûment motivées. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du 6 novembre 2014, réalisée avant la réception de l'ATF 141 V 281, a été rendue à la lumière de la présomption - abandonnée désormais - posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle les troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables, et leurs effets, peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible, et des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante à l'expertise du Dr S. _____ rendue à l'aune de l'ancienne jurisprudence, expertise qui permet au demeurant une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Le Dr S. _____ pose pour seul diagnostic, selon le DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), un trouble douloureux associé à la fois à des problèmes psychiatriques et une affection médicale générale chronique (code 307.89 selon DSM-IV-TR ; F 45.4 selon CIM-10). Concernant l'examen du « degré de gravité fonctionnel » de la symptomatologie dont souffre le recourant, l'expert considère que le trouble douloureux n'est pas suffisamment prononcé pour être qualifié d'incapacitant, estimant que l'intéressé dispose d'une capacité de travail médico-théorique entière dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, sans limitation fonctionnelle objective, et rien n'indique qu'il ait déjà présenté des symptômes psychiques justifiant une baisse de sa capacité de travail. Sur le plan thérapeutique, on souligne que le recourant n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychiatrique. Alors que certains médecins somaticiens ont fait état d'un trouble

somatoforme chez l'assuré, il n'apparaît pas la mise en place d'un suivi ou d'un traitement psychiatrique, le Dr N. _____ ayant par ailleurs préconisé une appréciation psychiatrique « pour mieux préciser le diagnostic et pour éclaircir les influences psycho-physiques » (cf. rapport du 24 août 2013 à l'OAI). Les seules évocations d'une atteinte psychique ressortent du rapport du Dr N. _____, diagnostiquant des troubles anxio-dépressifs (cf. rapport du 24 août 2013 précité), et du rapport du Dr D. _____, énonçant une anxiété importante multi-factorielle (cf. rapport du 29 avril 2014), soit d'avis de médecins somaticiens et non spécialistes en psychiatrie. En outre, le Dr M. _____, médecin traitant de l'assuré, n'a pas mentionné d'atteinte psychiatrique dans son rapport à l'OAI (cf. rapport du 3 novembre 2013). Cela étant, l'expert relève que le recourant ne prend « actuellement » que du Pantoprazol® et du Minalgine®, soit un antiulcéreux et un analgésique (selon le site <http://compendium.ch>), recommandant la prescription d'un antalgique simple comme le Dafalgan® et l'introduction éventuelle du Saroten® (un antidépresseur selon le site <http://compendium.ch>) pour son effet antalgique et légèrement sédatif. On ne saurait dès lors considérer que l'on se trouve, en l'espèce, en présence d'un échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée dans les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence citée au consid. 4.3.1.2 de l'ATF 141 V 281, selon laquelle les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas - ou plus - être traités. Quant à la personnalité de l'assuré, le Dr S. _____ exclut expressément un trouble de ce registre, considérant que rien n'indique la présence d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Eu égard notamment aux résultats des tests psychométriques, il ne retient pas de « dépressivité » marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme, pas d'anxiété permanente ni d'idéation suicidaire, pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique, pas de phobie simple ou sociale, pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni signes florides de la lignée psychotique ; il nie de ce fait la présence d'une comorbidité psychiatrique. Précisons que si une telle comorbidité n'est plus prioritaire, de manière générale, selon la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), elle doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour estimer si elle prive l'assuré de certaines ressources. Or tel n'est pas le cas en l'espèce. S'agissant de la cohérence du comportement de l'assuré et de la limitation de ses activités, on notera qu'il a lui-même rapporté à l'expert la conservation d'activités de loisirs. Particulièrement, dans la description du fonctionnement psychosocial de l'assuré, l'expert note que ce dernier se lève à 7 heures, se promène, prend un café et lit les journaux puis rentre vaquer à ses occupations et préparer le repas, se promène ensuite souvent avec son amie, avec laquelle il regarde la télévision, et surfe sur internet. Par ailleurs, au regard de l'anamnèse, l'assuré n'a jamais connu de problème ou litige professionnel, déclarant apprécier son activité au sein de [...] SA, entreprise où il œuvre depuis 1993 ; il conserve de bonnes relations avec son ex-épouse, la mère de ses deux enfants, voyant régulièrement ces derniers ; il est avec son amie depuis plusieurs années, sans faire ménage commun mais ils se voient « pour les bons moments », entretenant en outre d'excellentes relations avec les enfants de celle-ci. L'expert résume ainsi que « l'assuré a toujours bien fonctionné aux niveaux professionnel, social, familial et conjugal ». On peut dès lors en déduire que le recourant a conservé un rythme régulier dans ses activités quotidiennes et des liens sociaux nourris, excluant des limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne. Partant, il y a lieu de constater, à la lecture du

rapport d'expertise du 6 novembre 2014, que le Dr S._____ a fait état d'éléments en suffisance pour porter une appréciation circonstanciée de la symptomatologie de type fibromyalgie présentée par le recourant. Son expertise permet ainsi de procéder à une évaluation circonstanciée de la situation eu égard aux aspects déterminants fixés dans la grille d'évaluation définie par le Tribunal fédéral, sans qu'il soit nécessaire d'en requérir un complément. Comme énoncé précédemment, le recourant se limite à critiquer le choix de l'expert psychiatre, sans chercher à établir l'éventuel caractère incomplet ou insuffisant du rapport, ni à mettre en lumière qu'un ou plusieurs indicateurs déterminants n'auraient pas été évalués à satisfaction. De surcroît, le dossier de la cause ne contient aucun avis émanant d'un spécialiste en psychiatrie autre que l'expert S._____, de sorte qu'il ne se justifie pas de mettre en doute les considérations de ce dernier. c) Vu les éléments qui précèdent, il convient de constater que les atteintes à la santé affectant le recourant ne sauraient avoir valeur d'invalidité au sens entendu par la jurisprudence fédérale. Partant, il y a lieu de conclure, avec l'intimé, que la situation du recourant lui permet d'exercer à 100% son activité habituelle de mécanicien, avec une baisse de rendement de 10%, respectivement d'exercer à 100% une activité adaptée sans diminution de rendement. Son taux d'invalidité atteint dès lors 10%, soit un degré insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 5 mars 2015 confirmée. b) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ). En l'espèce, Me Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 1 er décembre 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 6 heures et 50 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'328 fr. 40 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 42 fr. 60 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 1'371 francs.