

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 631 vom 25. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__631

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 631 du 25 août 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 631 del 25 agosto 2015

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

er février 2014. Le 14 janvier 2014, le recourant a produit un rapport complémentaire du Dr B. _____, daté du 6 décembre 2013, où ce médecin a signalé une péjoration de l'état de santé de son patient, tout en reprenant à l'identique les termes de son rapport du 29 juillet 2013. Il s'est limité à ajouter que « la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée [était] nulle ». L'intimé a fourni sa réponse au recours le 11 février 2014, en proposant le rejet. La décision querellée reposait médicalement sur les conclusions des experts du Centre J. _____, auxquels il y avait lieu d'attribuer – de jurisprudence constante – plus de poids qu'aux avis des médecins traitants. Il soulignait qu'une aggravation de l'état de santé du recourant avait été niée par lesdits experts. Par réplique du 6 mai 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, réitérant que son état de santé ne cessait de s'aggraver et contestant que l'appréciation de ses médecins dût être prise avec réserve. Il s'est prévalu du rapport d'imagerie médicale du Centre d'imagerie [...] du 23 mai 2012, produit en annexe, et d'un rapport du Dr C. _____ du 3 mars 2014, libellé notamment en ces termes : « [...] Le constat médical que je peux faire actuellement est celui d'une persistance de l'aggravation signalée le 8.8.13 quant aux symptômes dépressifs avec nette dégradation psychosociale. La situation de [l'assuré] s'est encore péjorée depuis le décès d'un de ses frères en sept. 13 [...]. [...] Diagnostic : F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Incapacité de travail : Le patient bénéficie d'une incapacité totale de travail faite par les somaticiens. Elle se justifie également sur le plan psychiatrique. [...] » L'OAI a dupliqué le 26 mai 2014, faisant valoir que les éléments avancés par le recourant avaient dûment été pris en compte par les experts dans l'appréciation de sa capacité de travail. Il a derechef conclu au rejet du recours. Par mémoire daté du 23 juin 2014, réceptionné le 8 juillet 2014, le recourant a réitéré ses conclusions en produisant de nouvelles pièces médicales, à savoir les rapports du Centre d'imagerie [...] du 26 mai 2014, du 18 juin 2014 relatant une infiltration périurale L3-L4 réalisée à la Clinique T. _____ et du 26 juin 2014 du Dr W. _____, spécialiste en neurochirurgie au sein de ladite clinique. Le centre d'imagerie a communiqué les conclusions suivantes : « Discopathies dégénératives des trois derniers étages. Contact post-foraminal L3 gauche et récessal L4 gauche en L3-L4. Contrainte L4 droite sur étalement et saillie post-foraminale L4-L5. Protrusion postéro-médiane L5-S1 non conflictuelle. Arthrose articulaire postérieure étagée prédominant à gauche. » Quant au Dr

W. _____, il a signalé que l'IRM lombaire du 26 juin 2014 était superposable à celle réalisée en 2012 par le même centre d'imagerie, relevant l'absence de « conflit discoradiculaire majeur ». Vu ces éléments, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours le 19 août 2014, constatant que le médecin précité n'avait fait état d'aucune modification depuis 2012 et rappelant que les éléments postérieurs à la décision du 21 octobre 2013 n'avaient de toute façon pas à être pris en compte. En date du 17 novembre 2014, le recourant a produit des rapports établis par le Dr X. _____, spécialiste en neurochirurgie auprès de la Clinique V. _____, les 30 et 31 octobre 2014. Peut être mis en exergue l'extrait suivant, afférent à l'appréciation de ce praticien : « [L'assuré] présente des douleurs mal systématisées, présentes depuis plus de 3 ans. Le patient se déplace à l'aide de cannes anglaises et ce depuis plus de 2 ans. Il est inexaminable et extrêmement démonstratif. Le patient sollicite une intervention le plus rapidement possible. Je l'ai informé qu'il n'y avait pas d'indication opératoire dans le contexte actuel, que l'IRM réalisée en mai dernier ne peut expliquer l'intégralité de ce tableau clinique. Il me semble que ce patient devrait plutôt bénéficier d'une prise en charge hospitalière multidisciplinaire dans une structure de type « école du dos ». [...] » Se déterminant sur ce document le 25 novembre 2014, l'OAI a relevé l'absence d'indication opératoire préconisée par le Dr X. _____ et persisté dans ses conclusions initiales. Par mémoire non daté, réceptionné le 3 mars 2015, soit au-delà du délai imparti et prolongé par le juge instructeur, le recourant a fait parvenir un rapport établi le 11 décembre 2014 par la Dresse Z. _____, médecin associée au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D. _____. Il s'est derechef prévalu sur cette base de l'aggravation constante de son état de santé. La Dresse Z. _____ a retenu les diagnostics suivants : « Hémisindrome douloureux chronique droit et limitation fonctionnelle sévère d'origine multifactorielle : · Status post-accident professionnel en octobre 2011. · Hernie discale foraminale et extra-foraminale L3/L4 gauche et hernie discale L4/L5 foraminale et extra-foraminale droite. · Déconditionnement musculaire focal et global. · Kinésiophobie. · Etat anxio-dépressif. » Elle a fait part des conclusions ci-après : « Nous nous trouvons devant un syndrome douloureux chronique où les aspects psycho-sociaux sont à mes yeux actuellement prépondérants. En effet, il y a peu d'éléments organiques qui peuvent nous expliquer la situation. Par contre, il y a un degré impressionnant de kinésiophobie chez un patient qui ne travaille plus depuis 3 ans, qui s'est marié il y a 1 année et qui est père depuis deux mois. Par ailleurs, il est en rupture complète avec sa famille en Tunisie en raison du décès d'un de ses frères survenu l'année passée en Italie (la famille le culpabilise car ils auraient demandé à [l'assuré] d'aller en Italie chercher son frère qui était malade). Comme vous le savez, ces situations complexes bio-psycho-sociales devraient avoir une prise en charge multidisciplinaire. Dans le cas de [l'assuré], je crains que même ce traitement ne survienne trop tardivement et personnellement j'ai peu d'espoir quant à une amélioration suffisante pour qu'il puisse retourner dans le circuit professionnel. Je tâcherai cependant de prévoir une hospitalisation ce qui permettra au moins de faire un bilan plus complet concernant ses capacités fonctionnelles, tout en essayant de le stimuler et lui donner confiance par des exercices de physiothérapie et d'ergothérapie. » L'intimé a maintenu ses précédentes conclusions par détermination du 23 mars 2015, transmise pour d'éventuelles déterminations au recourant, lequel ne s'est toutefois plus manifesté à ce jour. E n d r o i t :

E. 1.1

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).

E. 1.2

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.

E. 1.3

In casu, le recours formé le 18 novembre 2013 contre la décision de l'OAI du 21 octobre 2013 a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il respecte en outre les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, en dépit de conclusions peu explicites, dont il peut toutefois être déduit que le recourant sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recours est donc recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des prestations financières de l'AI, que l'intimé a nié par décision du 21 octobre 2013. L'assuré estime être totalement invalide sans possibilité de recouvrer une quelconque capacité de travail, s'appuyant sur les rapports et certificats établis par ses médecins traitants. Il soutient par ailleurs que son état de santé ne cesse de se détériorer et a régulièrement produit des pièces médicales actualisées rendant compte de son évolution. Il conclut dès lors a priori à l'octroi de prestations AI, singulièrement à l'allocation d'une rente d'invalidité, tout en proposant le renvoi de l'affaire à cette fin à l'OAI. Quant à ce dernier, fondé sur les avis du SMR des 12 juin 2013 et 15 octobre 2013, il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans toutes activités, en l'absence de toute atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Compte tenu de ce contexte, il s'impose de rappeler les quelques principes infra régissant la procédure en matière d'assurances sociales.

E. 2.1

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). De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; 116 V 248 consid. 1a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1). Cependant, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; 9C_193/2012 du 26 juillet 2012). Le présent litige est circonscrit par la décision de l'intimé du 21 octobre 2013, de sorte que l'état de fait déterminant pour la Cour de céans doit être arrêté à cette dernière date. Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération une évolution de la situation médicale ultérieure au 21 octobre 2013. Partant, il s'agira d'écarter les rapports médicaux produits en procédure judiciaire par le recourant pour le cas où ils feraient état de l'aggravation alléguée. Ne pourront être analysées et prises en compte que les pièces qui permettraient d'apprécier a posteriori la situation de fait régnant jusqu'au 21 octobre 2013.

E. 2.2

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références). Dès lors, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 322 consid. 5a ; TF 8C_264/2013 du 3 mai 2013 ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b ;). En l'occurrence, il s'agira de se prononcer essentiellement sur l'appréciation médicale de la situation du recourant à l'aune des principes ci-dessus. En particulier, il conviendra de confronter les différentes pièces médicales versées à son dossier et d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré est atteint dans sa santé dans une mesure qui exclurait l'exercice d'une activité lucrative, ainsi qu'il le prétend.

E. 3.1

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).

E. 3.2

On ajoutera que 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). En vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

E. 3.3

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

E. 4

En l'espèce, se pose dans un premier temps la question de savoir si l'intimé pouvait se fonder sur les rapports du Centre J. _____ des 17 mai 2013 et 30 septembre 2013 et écarter les appréciations des médecins traitants, notamment celles des Drs B. _____ et C. _____, pour rendre la décision dont est recours.

E. 4.1

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – doit se fonder sur des documents médicaux. 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

E. 4.2

Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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). 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). 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 et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. Il en va de même 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

E. 5

In casu, figurent au dossier de la cause les rapports du Centre J._____ contestés par le recourant, ceux de ses médecins traitants, ainsi que le rapport d'expertise rédigé le 31 janvier 2013 par le Dr M._____, sur mandat de la Y._____ SA. A l'analyse des rapports du Centre J._____ fondant la décision entreprise, il y a lieu de constater que ces derniers remplissent à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus sous considérant 4.2, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter. Singulièrement, les spécialistes du Centre J._____ ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas du recourant, avant de communiquer leurs conclusions. Celles-ci, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des rapports concernés.

E. 5.1

Plus particulièrement, sur le plan somatique, si on peut certes douter que les experts du Centre J._____ aient eu connaissance du rapport d'expertise du Dr M._____ du 31 janvier 2013 lors de la rédaction de leur rapport du 17 mai 2013, il n'en demeure pas moins que les constats de ce dernier ne divergent pas sensiblement de ceux observés au Centre J._____. On soulignera en effet que le Dr M._____ a pris en considération essentiellement des « rachialgies diffuses », un « hémisindrome droit douloureux d'aspect somatoforme », des « protrusions discales », ainsi qu'un « état dépressif ». Ce médecin a en outre remarqué que les atteintes objectives « n'expliqu[aient] de loin pas un tableau douloureux si étendu », renvoyant quant à l'aspect psychique de la situation à un avis spécialisé sur la question. Quant à son appréciation de la capacité de travail du recourant, il apparaît que celle-ci a été estimée en tenant compte des douleurs alléguées et attribuée à une éventuelle atteinte à la santé psychique, sortant manifestement du champ de compétences de ce médecin. Les spécialistes du Centre J._____ ont pour leur part pris en compte des diagnostics recouvrant la situation décrite par le Dr M._____, soit notamment un « trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée », un « syndrome douloureux somatoforme persistant » et des « lombosciatalgies droites communes ». Ils ont cependant procédé d'une appréciation différente et plus précise de la capacité de travail de l'assuré, dans un contexte pluridisciplinaire, englobant l'évaluation psychique détaillée du recourant. On peut en outre observer que le Dr B._____ n'a de son côté mentionné aucun élément concret ou objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts, ces derniers ayant fondé leur appréciation tant sur les rapports d'imagerie à disposition que sur leur propre observation clinique. Le médecin traitant précité n'a au surplus pas sérieusement remis en doute le défaut de substrat organique susceptible d'expliquer les plaintes de son patient, ce

praticien s'étant pour l'essentiel limité à les relayer et à les prendre en considération dans l'estimation de sa capacité de travail.

E. 5.2

Eu égard au volet psychique, il convient de noter que l'assuré a été rencontré à deux reprises par la Dresse K._____, qui a exposé de manière étayée les raisons la conduisant à se distancer des conclusions du psychiatre traitant, le Dr C._____. Ainsi qu'elle l'a d'ailleurs relevé, les explications de ce spécialiste peinent à convaincre dans la mesure où elles ne correspondent pas à l'observation clinique objective, ni d'ailleurs à l'évolution de la situation sociale et professionnelle de l'assuré. On rappellera en effet, quoi qu'en dise le recourant, que son état de santé ne l'a pas empêché de se projeter sentimentalement en se mariant et en fondant une famille, ce qui contraste pour le moins avec sa description d'une certaine détresse sociale et psychique.

E. 5.3

En définitive, l'assuré se contente pour l'essentiel d'opposer les appréciations de ses médecins traitants à celles des spécialistes consultés ou l'ayant examiné, sans toutefois que les constats cliniques des uns et des autres ne se distinguent sensiblement ou que les médecins traitants aient fait état d'éléments objectivement vérifiables ignorés par les experts mandatés. Dans le contexte d'un assuré « démonstratif » au point de se rendre quasiment « inexaminable » et au vu de la pauvreté des éléments objectivés, force est de se rallier aux conclusions des experts du Centre J._____, à l'instar de l'intimé, et de retenir une capacité de travail parfaitement préservée, soit de 100% dans toutes activités, à la date du 21 octobre 2013.

E. 5.4

Concernant les pièces médicales produites par le recourant au stade de la présente procédure, supposées démontrer une détérioration inexorable de son état de santé, on ne peut que relever que les éléments somatiques mis en évidence par le Dr X._____ et retenus par la Dresse Z._____ sont pour l'essentiel superposables aux observations antérieures. En outre, le Dr X._____ a expressément mentionné le défaut d'explications susceptibles de justifier « l'intégralité de ce tableau clinique », tandis que la Dresse Z._____ a pour sa part conclu à la prépondérance de facteurs psychosociaux, lesquels doivent être exclus de l'appréciation pertinente en matière AI (cf. jurisprudence citée sous considérant 3.2 ci-avant). Les documents produits par le recourant, en ce qu'ils ne décriraient pas une situation factuelle postérieure au 21 octobre 2013, ne permettent dès lors pas de douter des conclusions du Centre J._____.

E. 6

à 9). Au contraire, selon une jurisprudence valant jusqu'à récemment, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques

(dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 139 V 547 consid. 9.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura 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 (par exemple une 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 psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 in fine ; 131 V 49 consid. 1.2 in fine ; TF 9C_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 513/05 du 7 septembre 2006).

E. 6.1

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. ATF 139 V 547 consid.).

E. 6.2

Cependant, en vertu d'une nouvelle jurisprudence modifiant explicitement la précédente (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication aux ATF ; commenté par Thomas Gächter / Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre-circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]), il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur. Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF

citée consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indices). Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également d'intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler leurs lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indices qu'il a retenus. Selon le Tribunal fédéral, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF cité consid. 5.1.2). Le Tribunal fédéral a néanmoins souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer un rôle dans l'appréciation globale, une incapacité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

E. 6.3

Quelle que soit la jurisprudence appliquée au cas particulier, il s'agit de se rallier à la conclusion de l'intimé, selon laquelle le recourant ne présente aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. En effet, il y a lieu de relever que l'assuré n'est pas sérieusement atteint dans sa santé physique, les spécialistes consultés convergeant pour évoquer des problématiques somme toute plutôt banales, dans le contexte d'une très importante démonstrativité. L'experte psychiatre du Centre J. _____ a en définitive déjà tenu compte des critères soulevés dans la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. Les experts ne se sont pas basés dans leur appréciation, comme cela avait parfois lieu, sur la présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté. Par ailleurs, sur le plan psychique, les discordances observées par l'experte psychiatre du Centre J. _____ suffisent à faire douter des allégations de l'assuré. En tous les cas, on ne peut que conclure que les limitations invoquées par ce dernier ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie. Le recourant est incontestablement doté de ressources personnelles suffisantes pour se projeter dans une vie familiale épanouie, tout en disposant encore de possibilités thérapeutiques en vue de rééducation (telles que la physiothérapie et l'ergothérapie préconisées par la Dresse Z. _____). Ces éléments excluent à l'évidence que le tableau douloureux dont se prévaut le recourant ne soit élevé au rang d'atteinte à la santé invalidante au sens entendu par l'art. 8 LPGA.

E. 7

Il découle de ce qui précède que le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté et la décision du 21 octobre 2013 confirmée.

E. 7.1

La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

E. 7.2

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.