

FR_GERICHTE 605 2013 136 vom 25. Februar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_136

FR: FR_GERICHTE 605 2013 136 du 25 février 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 136 del 25 febbraio 2015

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose donc d'abord 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 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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, 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA I 946/05). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). c) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

E. 3

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente du recourant. Ce dernier indique souffrir d'une sévère dépression qui se serait développée alors même qu'il travaillait encore et ne s'estime dès lors plus du tout capable de travailler. L'OAI considère au contraire qu'il ne peut se prévaloir d'aucune atteinte invalidante à sa santé, notamment pas sur un plan psychiatrique,

le tableau étant influencé par des facteurs n'engageant pas sa responsabilité.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 Ce dernier office se fonde sur plusieurs expertises figurant au dossier tandis que le recourant se fonde pour sa part sur une contre-expertise privée. Il s'agit de revenir sur le dossier de cet assuré, né en 1964, père de cinq enfants, sans occupation depuis la perte de son emploi d'ouvrier dans le béton en 2008, à la suite de la fermeture de l'usine qui l'employait et qui a déposé une demande de rente au mois de février 2009. L'on se penchera essentiellement sur les nombreuses expertises réalisées sur sa personne. a) expertise D. _____ La première expertise, datée du 18 février 2009, émane du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'assureur-maladie du recourant (dossier OAI, pièce 75). Ce dernier expose tout d'abord que l'assuré a commencé à rencontrer des problèmes physiques en 2004, qui lui valurent du reste l'ablation de sa vésicule biliaire (cholécystectomie), mais qu'il a tout de même continué à travailler jusqu'en 2008, soit la date de son licenciement pour raisons économiques: « L'assuré est un ressortissant kosovar de 45 ans, marié, père de cinq enfants et qui ne mentionne pas de problèmes particuliers dans sa famille nucléaire. Son histoire personnelle ne rapporte rien de particulièrement traumatisant, hormis ce qu'on sait des difficultés ordinairement liées à une émigration. L'assuré semble s'être bien intégré en Suisse. Il paraît avoir été stable sur le plan personnel, social et professionnel jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Les problèmes actuels remontent vraisemblablement à 2004, dans le contexte de douleurs abdominales et d'une cholécystectomie. C'est depuis lors que l'assuré se plaint de symptômes mal systématisés parmi lesquels prédominent tout de même la symptomatologie dépressive. Ces plaintes sont colorées d'une forte composante hypochondriaque et de questions sur "ce qu'a fait le chirurgien" lors de la cholécystectomie. L'assuré dit avoir continué à travailler comme il pouvait. Il avait très peur de perdre son emploi au moment où on parlait d'une fermeture du site où il travaillait. Il a fini par bénéficier d'un emploi allégé de cariste. Il a enfin été licencié. Depuis le 28.08.2008, l'expertisé est en arrêt de travail pour motif de maladie » (expertise D. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 70). Le Dr D. _____ relève d'emblée qu'il est difficile d'apprécier les plaintes du recourant: « Les plaintes sont vagues et difficiles à systématiser. Le sujet dit spontanément qu'il a "perdu la vie", qu'il a "peur de perdre la vie". Il dit qu'il n'a plus de force. Il dit se cacher des enfants pour pleurer dans les toilettes. Il rapporte le prurit sous forme de brûlures. Il dit que son corps tremble et les mains en particulier. Il mentionne encore des douleurs épigastriques. La recherche de symptômes dépressifs fait retenir la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et probablement depuis plusieurs mois. L'assuré récuse les idées de mort et la culpabilité pathologique. L'estime de soi serait par contre fortement diminuée. L'assuré est très préoccupé par sa santé physique. Il craint d'avoir une maladie grave. Il se pose des questions au sujet de ce qui a été fait lors de la cholécystectomie » (expertise D. _____, p. 4, dossier OAI, pièce 72). Il ne dénote pas de symptômes psychiatriques particuliers: « La recherche d'autres symptômes psychiatriques n'a pas été contributive. On ne retrouve rien pour un problème avec les substances psychoactives, un trouble des conduites alimentaires, un trouble anxieux spécifique ou une pathologie psychotique floride » (expertise D. _____, p. 4, dossier OAI, pièce 72). Il ne lui est pas aisé non plus d'identifier les symptômes objectifs d'une dépression: « Il est difficile d'apprécier les éléments objectifs de dépression. L'expertisé se présente de façon authentique,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 sans plus. La quête de symptômes paraît parfois inductible de ce qui est recherché. Le sujet se montre souffrant. S'il n'est pas manifestement triste, il fond pourtant en larmes à la fin du deuxième entretien, sans vraiment toucher l'examineur. Il est ralenti. Il paraît fatigué et fatigable. Il se présente de façon fataliste, comme si sa situation était irrémédiablement cristallisée » (expertise D. _____, p. 5, dossier OAI, pièce 71). Cela d'autant moins que le recourant ne semble pas prendre ses antidépresseurs : « Dans le contexte d'une appréciation difficile, le soussigné a demandé un dosage sanguin des antidépresseurs prescrits à l'assuré. En date du 02.02.2009, les taux plasmatique de Cipralex (escitalopram) et de Remeron (mirtazapine) montrent que l'assuré n'a pas pris ces médicaments dans les jours précédant le prélèvement sanguin du 02.02.2009 » (expertise D. _____, p. 5, dossier OAI, pièce 71). Le Dr D. _____ conclut tout de même à un état dépressif, mais au bénéfice du doute: « L'appréciation diagnostique est difficile, le tableau clinique sortant quelque peu de ce qui est ordinairement observé en clinique. Si le sujet est souffrant, il n'est pas toujours authentique. Le soussigné a aussi eu l'impression d'être dans le champ d'un comportement d'invalidé plus que dans celui du domaine biomédical stricto sensu. Quoi qu'il en soit, il y a beaucoup d'arguments pour un épisode dépressif, même s'il subsiste des doutes. La perte d'intérêt et la tristesse sont décrites comme constantes, sans plus. Il n'est pas vraiment certain qu'on puisse retenir ces deux symptômes cardinaux dans les critères diagnostiques, ce qui est tout de même gênant » (expertise D. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 70). A côté de cela, il fait remarquer l'importance des plaintes subjectives ainsi que la conviction développée par le recourant d'être gravement malade pour retenir qu'il existe une problématique de type somatoforme chez ce dernier: « L'entité diagnostique dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme repose sur la présence d'une hyperactivité neurovégétative. On a ici les tremblements. Elle repose aussi sur la présence de plaintes subjectives que le sujet attribue à un organe ou à un système spécifique. L'assuré fait remonter les choses à l'opération de la vésicule biliaire. Elle comprend également des préoccupations quant à la présence possible d'une maladie grave non spécifiée. L'expertisé se pose des questions sur ce qu'a "réellement fait" le chirurgien et pense avoir une maladie grave. On a enfin l'absence de base organique probante au trouble présenté, comme c'est le cas lors de trouble somatoforme. Il paraît dès lors pleinement justifié de retenir ce trouble somatoforme qui est néanmoins très rarement diagnostiqué en clinique » (expertise D. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 70). Si le Dr D. _____ retient au final une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 50%, ce n'est toutefois que pour une durée de quelques semaines et non pas sur le long terme, une reprise du travail demeurant au contraire par la suite raisonnablement exigible : « Au vu de ce qui précède, on peut admettre une incapacité de travail de 50%. Pour le soussigné, il n'est pourtant pas justifié d'aller vers la reconnaissance d'une incapacité de longue durée. On est dans le champ des troubles somatoformes. Il n'y a pas ici de comorbidité psychiatrique particulièrement grave. Il n'y a pas d'autres critères de gravité : perte du réseau social, résistance au traitement selon les règles de l'art, affection corporelle chronique. On n'a dès lors pas les éléments requis qui empêcheraient que cet assuré reprenne une activité professionnelle en plein, si on se réfère aux seuls troubles psychiques. Sur le plan psychiatrique, le soussigné est d'avis qu'il est raisonnablement exigible que l'expertisé s'inscrive au chômage ou reprenne son travail en plein d'ici six à huit semaines, au plus tard » (expertise D. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 68).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 Après quoi il n'y aura plus aucun diagnostic psychiatrique : « Diagnostic : aucun sur le plan psychiatrique, dans un délai de 6 à 8

semaines à partir du présent rapport » (expertise D. _____, p. 9, dossier OAI, pièce 67).

b) expertise E. _____ La seconde expertise a été réalisée le 22 octobre 2009 par le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ceci dans le cadre de l'examen de la demande de rente (dossier OAI, pièce 162). Le Dr E. _____ revient sur la survenance des problèmes psychiques du recourant, plus ou moins contemporains de la perte de son emploi : « Il y a un peu plus d'une année, l'assuré commence à souffrir de problèmes de la tête avec des oublis fréquents, des troubles de la concentration et de l'attention souvent aggravés en réaction à ses douleurs depuis. À ce même moment en août 2008, il perd son travail lors de la fermeture de l'usine pour laquelle il a travaillé pendant des années. C'est dans ce contexte ainsi que dans le contexte d'une accumulation des divers symptômes corporels comme des douleurs, des brûlures, un sentiment de faiblesse et de fatigue dans toutes les parties du corps ainsi que des troubles de la concentration et de l'attention que l'assuré reste à la maison avec un arrêt maladie d'abord attesté par son médecin de famille puis par son psychiatre actuel » (expertise E. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 157). Le recourant apparaît, là encore, comme étant convaincu d'être gravement malade : « Il n'y a pas d'éléments en faveur d'obsession ou de compulsions ni de phobie particulière. L'assuré est convaincu de souffrir d'une maladie grave en faveur d'une hypochondrie, décrivant avec détresse plusieurs symptômes corporels et mentaux qu'il observe attentivement. Il ne présente pas de sentiment permanent d'angoisse en faveur du diagnostic d'anxiété généralisée. Il n'y a pas d'idées délirantes manifestes, ni de trouble de la perception sous forme d'hallucinations. Il n'y a pas de phénomène de déréalisation ni de dépersonnalisation » (expertise E. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 157). Le Dr E. _____ ne dénote, lui non plus, aucune signe apparent d'une atteinte psychiatrique : « Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique ni de trouble phobique » (expertise E. _____, p. 12, dossier OAI, pièce 151). Il confirme que le recourant a bien développé un trouble somatoforme douloureux : « L'assuré souffre de la persistance des douleurs corporelles d'abord dans les deux flancs puis aggravées par la survenue d'un sentiment de brûlures dans toutes les parties du corps qu'il attribue à un dysfonctionnement de ses organes intestinaux suite à une opération de calculs biliaires en 2004. Dans ce contexte, il présente des symptômes d'une hyperactivité neurovégétative comme des tremblements fluctuants ainsi que anamnestiquement des sueurs la nuit accompagnées d'une préoccupation et crainte de souffrir d'une maladie grave avec la peur d'une péjoration progressive de son état de santé dans l'avenir. Plusieurs examens chez des spécialistes somaticiens n'ont donné aucun résultat pathologique. En conséquence, je confirme le diagnostic d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (...) » (expertise E. _____, p. 12, dossier OAI, pièce 151). Un état dépressif installé sur la durée ne lui semble en revanche pas cohérent, tant au regard de l'anamnèse que d'autres éléments rapportés sur un plan social : « Cependant, la description subjective de la persistance d'un tel épisode dépressif présente d'importantes incohérences avec

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 des éléments objectivables lors de l'examen actuel ainsi que de son anamnèse actuelle surtout de sa vie quotidienne. Malgré un trouble du sommeil et de l'attention décrit comme sévère par l'assuré, il continue par exemple de se servir régulièrement de sa voiture pour faire des courses avec sa femme. De manière similaire, il maîtrise suffisamment bien les tests de la mémoire immédiate et différée vers la fin d'un examen d'une durée de 150' dans une langue étrangère, sans signes importants de fatigue ou de manque d'énergie malgré la description d'une fatigue sévère pendant toute la journée.

L'assuré décrit spontanément une vie sociale retirée, évitant le contact avec les gens, néanmoins il maintient une vie sociale active, rendant par exemple régulièrement visite à sa sœur installée en Valais, ce qui n'est pas compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère qui demande l'incapacité complète de poursuivre des activités sociales selon la CIM-10. Dans ce même contexte, il continue à passer ses vacances annuelles dans son pays d'origine où il s'est rendu en avion pour rencontrer les différents membres de sa famille pendant 2 1/2 semaines en juillet 2009 n'étant plus compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif. En conséquence, l'état dépressif de l'assuré n'a pas dépassé pas celui d'un épisode dépressif moyen au maximum suivi par une importante amélioration en juillet 2009 au plus tard » (expertise E. _____, p. 13, dossier OAI, pièce 150). Il n'y a donc aucune comorbidité psychiatrique accompagnant le trouble somatoforme et donnant à penser que celui-ci devrait être considéré comme invalidant : « Le diagnostic d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme fait partie du groupe des troubles somatoformes. Comme expliqué ci-dessus, l'assuré souffrant d'un tel trouble ne présente cependant pas de comorbidité psychiatrique autonome justifiant une incapacité de travail à elle seule. En l'absence d'une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années chez un assuré qui a travaillé sans interruption majeure jusqu'à son licenciement pour des raisons économiques en août 2008, ainsi qu'en l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (maintient des relations proches et stables avec les différents membres de sa famille, entreprend des voyages dans son pays d'origine), le trouble somatoforme de l'assuré n'atteint pas le niveau de sévérité d'une maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail de longue durée » (expertise E. _____, p. 13, dossier OAI, pièce 150). Le recourant se serait installé dans un rôle d'invalidé : « En conclusion, il s'est installé actuellement dans un rôle d'invalidé dont il ne veut pas sortir avec une vie quotidienne organisée en fonction de son bénéfice secondaire mettant en avant des plaintes subjectives qui présentent des incohérences importantes avec les éléments objectifs de l'examen ainsi que l'anamnèse actuelle de l'assuré. Néanmoins, en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante de longue durée, l'effort à surmonter ses difficultés afin de retrouver un travail reste raisonnablement exigible au plan psychiatrique » (expertise E. _____, p. 13, dossier OAI, pièce 150). c) contre-expertise B. _____ Dans le cadre d'un premier recours interjeté à l'époque auprès de la Cour de céans, le recourant a déposé une contre-expertise privée, réalisée le 14 octobre 2010 sous la direction du Dr B. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH (dossier OAI, pièce 241). Ce dernier spécialiste est parti du principe que les limitations survenues chez le recourant avant 2008 n'ont pas été bien prises en compte, et qu'elles ont progressivement entraîné une décompensation totale : « En conclusion, nous pensons qu'il n'a pas été tenu compte de manière adéquate des limitations apparues chez l'expertisé dès 2004 (opération biliaire) ou en tous les cas dès 2007 (Symptomatologie dermatologique donnant lieu à des consultations spécialisées dès

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 mars 2007, activité allégée de cariste dès l'été 2007). Une dégradation progressive a eu lieu en l'absence de prise en compte de l'effondrement des capacités de résilience de l'expertisé. Il s'agit d'un effondrement qui est décrit par le conseiller en réadaptation déjà au début 2009, mais qui n'a pas été détecté et confirmé par les experts psychiatres » (expertise B. _____, p. 12, dossier OAI, pièce 230). Il pose le diagnostic d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, relevant au passage que le recourant a séjourné en milieu psychiatrique au début de l'année 2010 : « Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (stupeur dépressive). Evolution d'un épisode

dépressif moyen depuis 2008 vers un épisode dépressif sévère dès avril 2009, avec apparition d'une symptomatologie dissociative durant l'hospitalisation début janvier 2010, en rapport précisément avec l'aggravation de l'état dépressif» (expertise B._____, p. 13, dossier OAI, pièce 229) Le recourant serait même désormais incapable de travailler en atelier : « Ne peut entreprendre aucune activité, est dépendant, régressé, incapable de structurer ses activités. Pourrait éventuellement bénéficier d'une prise en charge thérapeutique, mais n'a actuellement même pas les capacités exigées par un atelier protégé » (expertise B._____, p. 14, dossier OAI, pièce 228). Quoi qu'il en soit, l'on ne peut que s'interroger à la lecture de ce rapport. Premièrement, le recourant n'a semble-t-il pas prononcé un mot durant toute l'expertise, ce sont ses filles qui se sont exprimées à sa place et l'on peut ainsi d'emblée douter de la valeur probante d'une telle expertise réalisée dans ces conditions « Spontanément, l'expertisé ne livre rien. Lorsque nous lui demandons s'il sait pourquoi il est là, il nous répond : "Non" pendant que son regard, inexpressif, balaie l'espace de droite à gauche devant lui, comme posé dans le vide. L'essentiel du contenu qui suit nous a été transmis par ses filles. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les réponses de la part de l'expertisé lui-même de par son état de prostration » (expertise B._____, p. 5, dossier OAI, pièce 237). On ne voit en tous les cas pas très bien comment l'expert aurait ainsi pu déceler la présence chez le recourant de symptômes psychotiques, cela d'autant moins qu'il est encore précisé que « l'état actuel de l'expertisé rend tout examen psychologique structuré impossible » (expertise B._____, p. 7, dossier OAI, pièce 235). Deuxièmement, le recourant s'est montré extrêmement démonstratif, se présentant dans un état proche de celui d'un handicapé mental sévère. L'on a grand peine à croire à un tel tableau et on ne comprend pas que l'expert ne s'en soit, à tout le moins, quelque peu distancié : « L'assuré donne l'impression d'un homme d'une soixantaine d'année (alors qu'il en a 46). Il est accompagné lors des deux séances au cabinet par l'une de ses filles. Il est jugé par sa famille comme étant devenu incapable de conduire. Il peine à se mouvoir, chancelle lorsqu'il se lève de son siège; lorsqu'il initie le pas il présente un léger sautiller de la hanche, sa démarche est lente et laborieuse. Il paraît souffrir de troubles de l'équilibre et réclame non-verbalement le bras de sa fille pour se tenir. Ses mouvements sont lents et saccadés. Il présente des tremblements des mains. Il a le souffle court. (...) Au cours de la discussion avec sa fille, il a le regard fixe, comme posé dans le vide, il ne cligne toujours pas des yeux. La bouche ouverte, la commissure des lèvres orientée vers le haut, dans une sorte de demi-sourire figé, il est apathique, absent mentalement, le tableau évoquant une sorte de béatitude figée. (...) Il donne l'impression d'une personne démente Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 ou sévèrement handicapée sur le plan mental, ce qui contraste avec sa scolarisation supérieure à la moyenne dans sa région d'origine » (expertise B._____, p. 7, dossier OAI, pièce 235). Troisièmement, le Dr B._____ reconnaît que c'est avant tout d'une problématique sociale qu'il s'agit désormais, tout traitement médical étant selon lui inutile, la priorité étant bien plutôt de resocialiser le recourant : « L'évolution de l'assuré ne semble pas influencée de manière significative par le traitement médicamenteux et il ne semble pas pertinent d'insister sur cet aspect-là de la prise en charge. Il s'agit bien plus de le resocialiser, de le réinsérer et de le réhabiliter en tant que chef de famille malgré ses limites, même s'il ne dispose plus des capacités de nourrir sa famille par le fruit de son travail » (expertise B._____, p. 12, dossier OAI, pièce 230). On ne peut manifestement pas retenir les conclusions de cet expert privé, mandaté faut-il le préciser par le recourant, et qui semble renoncer même au final à traiter une atteinte psychiatrique qu'il qualifie pourtant de très importante. d) expertise C._____ Après

l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, l'OAI a mandaté le Dr C._____, psychiatre et psychothérapeute, dont le rapport est daté du 19 janvier 2012 (dossier OAI, pièce 342). Ce dernier a signalé la très faible collaboration du recourant : « En raison de la très faible collaboration - volontaire ou non - de l'assuré, il n'a pas été possible d'obtenir des éléments anamnestiques fiables » (expertise C._____, p. 2, dossier OAI, pièce 341). Contrairement au Dr B._____, il a refusé que la fille participe à l'entretien : « L'entretien se déroule en présence de l'assuré. Sa fille demande d'y participer, mais nous lui expliquons que cela n'est pas possible. L'entretien est donc particulièrement long, laborieux, surtout que parasité par l'attitude et le comportement de l'assuré, nous y reviendrons plus loin. (expertise C._____, p. 10, dossier OAI, pièce 333). Mais certains des tests ont tout de même été passés avec elle et n'auront de fait, aux dires de l'expert, « qu'une validité toute relative dans ce contexte » (expertise C._____, p. 16, dossier OAI, pièce 327). Le recourant s'est présenté dans les mêmes dispositions que face au Dr B._____, mais celles-ci ont ici été qualifiées de grotesques : « Durant l'entretien, l'assuré collabore moyennement. Il répond en "bégayant", par saccades et en ponctuant le discours de nombreuses mimiques, parfois relativement grotesques. Le contact visuel est mauvais; l'assuré néanmoins ne pleure pas durant l'entretien. Il a parfois le regard un peu hagard, parfois non. Il déclare à la plupart de nos questions même les plus banales "ne pas se rappeler", mais en insistant un peu, il peut donner des réponses beaucoup plus précises. A certains moments il se plie en deux, se plante les ongles au sommet du crâne, fait différentes contorsions et mimiques du visage, mais qui semblent souvent donner le sentiment d'un manque d'authenticité. Il articule d'autre part très mal, parfois aboie presque certains mots. A d'autres moments il se tient le ventre, fait différents gestes très inhabituels, comme s'il souffrait d'un retard mental profond » (expertise C._____, p. 17, dossier OAI, pièce 326). Dans ces conditions, la plupart des examens se sont avérés impossibles à réaliser : « L'examen neuropsychologique grossier est difficile, voire impossible à réaliser, lorsque nous lui demandons la date il regarde l'heure, puis il répond qu'on est au mois de mai 2011. Dans l'ensemble, lorsque l'on insiste, on s'aperçoit qu'il comprend parfaitement les questions qui lui sont adressées. (...) Le

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 tableau clinique est difficile à qualifier ou à mettre en rapport avec une pathologie psychique connue. Il déclare ne pas bien se souvenir, ne pas se rappeler, rester la journée au lit, il est difficile d'avoir des réponses cohérentes et satisfaisantes. En tous les cas, durant tout l'entretien, l'assuré n'exprime pas d'éléments du registre délirant, n'a pas d'attitude d'écoute. Pour le reste, un examen psychiatrique complet est impossible à réaliser » (expertise C._____, p. 17, dossier OAI, pièce 326). Cela n'a apparemment pas facilité le mandat du Dr C._____ qui a même envisagé une simulation : « En conclusion, les éléments strictement médicaux ne peuvent pas à eux seuls nous permettre de se prononcer clairement sur la capacité de travail de cet assuré. Nous pensons que la médecine a quelques fois des limites, qu'il s'agit parfois aussi de reconnaître, et dans ce cas une simulation pure et simple, si elle ne peut pas être exclue, ne peut pas non plus être démontrée » (expertise C._____, p. 23, dossier OAI, pièce 320). En tous les cas, s'il n'a reconnu aucune pathologie psychiatrique, il a bien évoqué une réaction probable suite au refus des prestations d'assurance, laquelle pourrait s'apparenter à une névrose de rente: « D'un point de vue psychopathologique, nous nous trouvons (...) face à un assuré qui ne paraît guère en mesure de donner une anamnèse cohérente, qui frappe par un comportement parfois même grotesque, démonstratif, qui donne le sentiment parfois d'un manque d'authenticité flagrante, chez qui le questionnement direct et inductif varie lorsque l'on

repose les mêmes questions en se montrant plus ferme, l'assuré peut alors donner des réponses beaucoup plus précises, voire tout à fait adéquates. (...) Ce tableau clinique particulier ne correspond à priori à aucune pathologie psychiatrique connue. Il n'y a pas de délire, d'hallucinations. Ces symptômes sont atypiques. (...) Un examen clinique est quasiment impossible à réaliser de manière valable du 22.05.2009. Tout au plus on peut constater que la décision de l'assurance invalidité semble avoir contribué à cette extension de la symptomatologie, et dans ce cas on pourrait éventuellement se poser la question d'une évolution dite "sinistrose" » (expertise C. _____, p. 23, dossier OAI, pièce 320). La réaction anxio-dépressive consécutive à la perte de l'emploi ne revêt pas non plus le caractère d'une atteinte psychiatrique invalidante : « De notre point de vue on peut faire l'hypothèse que cet assuré a présenté un trouble d'adaptation avec humeur anxio-dépressive des suites de son licenciement. Outre la perte de son emploi, on ne relève aucun facteur de stress majeur, qui puisse expliquer une évolution - en tous les cas subjective - aussi défavorable » (expertise C. _____, p. 24, dossier OAI, pièce 319). Au final, le Dr C. _____ ne peut même pas se prononcer, laissant très clairement entendre que le cas du recourant n'est pas ou plus du domaine de la médecine: « Il est bien difficile d'apprécier la capacité de travail de cet assuré en fonction de critères strictement médicaux. La collaboration est très médiocre, et son comportement parfois grotesque, qui peut susciter quelques fois même une certaine irritation, n'est guère suggestif d'une pathologie psychiatrique connue. Il y a certainement des éléments d'amplification, voire simulation ou sursimulation, dont la part est difficile à déterminer. D'une certaine manière, jusqu'à l'expertise du Dr E. _____, l'assuré était encore "examinable", une appréciation asséurologique pouvait être alors fondée sur des éléments objectifs. Depuis lors, vu le litige pendant auprès du Tribunal cantonal, l'assuré semble avoir évolué vers une forme de sinistrose, et l'attitude rend impossible toute appréciation psychiatrique. En conséquence, dans le cadre de cette situation litigieuse, nous ne disposons pas d'éléments médicaux objectifs pour nous prononcer de manière claire et définitive » (expertise C. _____, p. 26, dossier OAI, pièce 317).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 e) rapports émanant d'autres médecins A côté de ces quatre expertises, d'autres rapports médicaux figurent au dossier. Parmi eux, un rapport du 27 novembre 2008 du Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute (dossier OAI, pièce 62). Pour ce dernier spécialiste, qui a vu le recourant dans les premiers temps, les problèmes rencontrés sur le lieu de travail puis le licenciement sont à en partie à l'origine de ses problèmes: « Somatoforme autonome Funktionsstörung des Verdauungstraktes (ICD-10:F45.32). Verdacht auf Burn-out-Symptomatik (Z73.0). Fabrikschliessung (Z56) ». Le recourant se serait installé dans une logique d'handicapé physique et serait dès lors très peu motivé à suivre une thérapie psychiatrique. Mais il ne serait pas à proprement parler dépressif, mais seulement en burnout : « Der Versicherte geht von einem somatischen Krankheitsmodell aus. Er ist deshalb kaum motiviert, eine psychiatrische Therapie zu absolvieren. Es wird schwierig sein, dass man so Erfolge erzielen wird, das somatische Krankheitsmodell des Versicherten dürfte sich negativ auswirken. Eine andere psychische Krankheit liegt nicht vor, der Versicherte ist insbesondere nicht depressiv, hatte aber an einem Burnout gelitten. Dieser ist gebessert » (rapport précité). Le Dr F. _____ a certes retenu à l'époque une diminution de moitié de la capacité de travail, mais il a également relevé que si les perspectives de traitement étaient limitées, c'était précisément parce que, depuis la perte de son emploi, le recourant se considérait comme un handicapé physique : « Der Versicherte benötigt viel seelische Energie, um sich in hypochondrischer Art und

Weise um seine angebliche gefährliche Krankheit zu kümmern. Dies hindert ihn daran, in vollem Umfang einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die frühere Arbeit ist nicht mehr möglich, die Firma wurde geschlossen. Der Versicherte sieht sich als schwerkranker, zitternder und geschwächter Mann, kann sich deshalb eine Arbeitstätigkeit nicht vorstellen. Die psychiatrischen Therapiemöglichkeiten sind begrenzt. Der Versicherte geht von einem somatischen Krankheitsmodell aus » (rapport précité). Tout cela va non seulement dans le droit sens du Dr D. _____, lorsqu'il relevait que le recourant ne prenait pas ses antidépresseurs, mais confirme également le Dr E. _____, qui notait pour sa part que le recourant était convaincu d'être gravement malade. Ces divers éléments rapportés par le Dr F. _____ ne semblent pas devoir engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Le recourant a aussi été soigné par le Dr G. _____ et de la Dresse H. _____, du centre psychosocial de Fribourg, dont on peut lire un rapport daté du 12 mai 2009 (dossier OAI, pièce 112). Ces deux médecins posent certes le diagnostic d'un « Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques » (rapport précité). Mais celui-ci semble toutefois reposer sur les seules plaintes du recourant : « Le patient se plaint d'une énorme tristesse, aboulie, anhédonie, angoisses, diminution de l'appétit avec perte de poids, difficultés de mémoire, insomnie, idées suicidaires non scénarisées ». Il s'inscrit de plus dans un contexte psychosocial manifeste : « L'évolution est très peu favorable, il déprime de plus en plus, vu les difficultés financières et de santé qu'il présente » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Au passage de l'année 2009-2010, le recourant a séjourné en milieu hospitalier. Dans un rapport du 22 février 2010, le Dr I. _____ et de la Dresse J. _____ ont dressé une anamnèse à caractère, là encore fortement, psychosocial « Patient d'origine kosovare, en Suisse depuis 1985, bien intégré, marié et père de 5 enfants (un garçon et quatre filles). Pendant 25 ans, il a travaillé comme constructeur d'escaliers en béton (maçon). Il est sans travail depuis un an en raison de la fermeture de la boîte où il travaillait auparavant. Sa femme ne travaille pas non plus et ils vivent de l'aide sociale » et ont posé, dans ce contexte, un pronostic plutôt sombre : « Comme les troubles ont tendance à se chroniciser, le pronostic semble peu favorable » (dossier OAI, pièce 209). f) verdict et discussion Mise à part la contre-expertise du Dr B. _____, aucun rapport médical ou expertise ne retient la présence, chez le recourant, d'une atteinte psychiatrique en soi significativement invalidante pouvant fonder une incapacité de travail durable. Comme le suggère le Dr C. _____, cette contre-expertise ne saurait manifestement suffire à jeter le doute sur les conclusions et constatations presque unanimes du corps médical : « Dans ce type de situation, les contradictions apparentes entre le médecin traitant et le médecin expert sont attendues, puisque le premier fait le postulat de sincérité de son patient, qui implicitement exerce une certaine pression allant dans le sens de ses attentes ou de ses croyances » (expertise C. _____, p. 12, dossier OAI, pièce 323). Au reste et comme il a été expliqué plus haut, il n'a pas même été nécessaire de confronter le rapport du Dr B. _____ aux autres pour l'écarter. Dans ces conditions, la querelle d'experts ayant opposé ce dernier au Dr C. _____ n'a pas lieu d'être commentée (cf. rapport du 25 avril 2012 du Dr B. _____, dossier OAI, pièce 358 et rapport du 26 juin 2012 du Dr C. _____, dossier OAI, pièce 380). La conviction de la Cour de céans se fonde au contraire sur ce que l'ensemble des spécialistes ont pu rapporter et sur la posture que le recourant a adoptée au fil des examens, donnant de lui une image de grave handicapé mental ne sachant aucunement se déduire de la symptomatologie dont il se prévaut (dépression) et pour laquelle il ne semble au demeurant guère motivé à se soigner. Il ne ferait par ailleurs aucun sens de l'examiner encore, comme il le demande: « Au niveau médical, il faut surtout

éviter la multiplication des investigations médico-chirurgicales face à toute nouvelle plainte à visée exploratoire» (expertise C. _____, p. 25, dossier OAI, pièce 318). g) atteinte physique A côté de tout cela, les atteintes physiques présentées à l'époque en 2004 (vésicule biliaire) par le recourant ne sauraient non plus générer d'incapacité de travail. Il a en effet pu continuer à travailler jusqu'à son licenciement pour raisons économiques, à savoir jusqu'à la fermeture, semble-t-il, de l'usine qui l'employait. Rien n'indique qu'il n'aurait pas continué à travailler si son poste n'avait pas disparu : « Sur la base de l'anamnèse de l'assuré, ce dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme ne l'a pas empêché de poursuivre ses activités professionnelles pendant des années jusqu'à son licenciement pour Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 des raisons économiques en août 2008 malgré la persistance des douleurs corporelles qu'il décrit comme sévères et importantes » (expertise E. _____, p. 12, dossier OAI, pièce 151). C'est ce qu'il allègue lui, mais cela n'est pas vérifiable et l'on ne saurait non plus le déduire de sa demande de prestations dans laquelle il ne fait qu'alléguer souffrir de dépression. A côté de l'attitude extrêmement démonstrative relevée plus haut, il figure encore au dossier d'autres éléments extra-médicaux qui sortent du champ de la médecine et qui ne sauraient engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. h) facteurs extra-médicaux Il y a tout d'abord, très probablement, la perte de l'emploi, mal vécue par le recourant : « L'assuré se présente comme quelqu'un à bout de force physiquement et psychologiquement. Il s'exprime avec une très grande difficulté (bégaiements constants) à voix basse et parvient difficilement à contrôler les tremblements de ses mains. Il extériorise sa souffrance par des pleurs et répète constamment qu'il aurait voulu travailler jusqu'à la mort. Employé depuis 24 ans auprès de la même entreprise, il craint un licenciement et la perte définitive de sa place de travail. Il ressasse continuellement les trois événements qui le condamnent à une inactivité inacceptable à ses yeux : l'accident du genou de 1994, l'opération de 2004 et l'arrêt de travail d'août 2008 » (premier entretien du conseiller en réadaptation professionnelle du 27 février 2009, dossier OAI, pièce 39). Le Dr K. _____, médecin-chef de la Clinique de médecine de l'Hôpital cantonal, l'avait au départ aussi laissé entendre : « Pour moi : burnout vraisemblable (patient exploité), angoisses (perte de travail), dépression exogène » (rapport du 9 octobre 2008, dossier OAI, pièce 52). Tout comme le Dr F. _____ : « Es gibt ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Es kann u.a. darauf hingewiesen werden, dass der Versicherte kurze Zeit vor der endgültigen Schliessung der Fabrik krank geworden ist. Es kann angenommen werden, dass er dabei auch durch andere als krankheitsbedingte Faktoren negativ beeinflusst wurde » (rapport du 27 novembre 2008, dossier OAI, pièce 62). La décision de refus de rente semble avoir fait écho à la perte de l'emploi : « Nous avons le sentiment que l'évolution paraît ici étroitement conditionnée par les possibilités liées à la solution de mise en invalidité ou d'indemnisation. Notre hypothèse en effet et l'évolution de cet assuré depuis 2008, l'état dépressif atypique réactionnel, sans autre facteur de stress qu'un simple licenciement, dans un environnement familial et social tout à fait favorable, se retrouvent fréquemment dans ce type d'évolution » (expertise C. _____, p. 24, dossier OAI, pièce 319). Enfin, le contexte familial n'aide probablement pas le recourant à se motiver, on a pu le voir avec la présence de ses filles à ses côtés lors des dernières expertises, au cours desquelles il a paru le plus démonstratif.

E. 4

En résumé, si le recourant a pu subir le contrecoup, dans son moral, de la perte de son emploi en 2008, cela ne s'est expliqué d'un point de vue médical que durant une période

limitée dans le temps, comme l'a indiqué le Dr D._____. Par la suite, la chronicisation de ses douleurs et de ses plaintes n'a plus rien eu à voir avec une atteinte médicale invalidante au sens de la loi, on a pu s'en rendre compte au fil des expertises durant lesquelles il est apparu de plus en plus invalide, au point de composer finalement un rôle de grand handicapé.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Ce phénomène a dépendu en l'espèce de facteurs extra-médicaux, au nombre desquels le refus d'une rente, dont l'assurance-invalidité ne saurait manifestement répondre. On peut sans doute se référer au résumé de la situation par l'expert C._____ : « Cette forme d'évolution sinistrosique peut être considérée comme une forme de "retraite anticipée" socialement, relativement acceptable, ou à un certain nombre de facteurs directement liés à la situation de travail : difficultés à s'adapter à de nouvelles machines, difficultés à suivre le rythme, absence de qualification professionnelle, incertitude quant à son avenir socioprofessionnel. Le litige asséculoologique et les bénéfices secondaires semblent s'être cristallisés, et par conséquent il y a peu d'espoir d'évolution ou en tous les cas subjective, malgré la prise en charge psychiatrique. On peut s'attendre à ce qu'une décision négative entraîne encore plus de "symptômes", comme cela a déjà été observé précédemment, et ce type de situation habituellement génère des avis contradictoires entre les médecins traitants et les médecins experts » (expertise C._____, p. 24-25, dossier OAI, pièce 319-320). On a en tous les cas beaucoup de peine à croire que trois experts psychiatres n'aient pas réussi à identifier une atteinte invalidante qu'un seul contre-expert privé aurait finalement décelée. Il s'ensuit qu'il n'y a en l'espèce pas lieu de douter du bien-fondé de la décision du refus de rente. Partant, le recours est rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est enfin pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision de refus de rente est confirmée. II. Des frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe; ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 16 juillet 2013. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 février 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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