

FR_GERICHTE 605 2018 120 vom 23. September 2019

FR Kantonsgericht, 2019-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_120

FR: FR_GERICHTE 605 2018 120 du 23 septembre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 120 del 23 settembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

décembre 2008 une reprise du travail à 50% dès février 2009 dans une activité adaptée avec des essais d'augmentation progressive du temps de travail (dossier AI p. 176). Par communication du 23 juin 2009, vu la persistance des douleurs et l'incapacité totale de travail attestée par les médecins traitants, l'Office de l'assurance-invalidité a toutefois constaté que la situation ne permettait pas d'envisager des mesures d'ordre professionnel (dossier AI p. 202). Par la suite, l'Office de l'assurance-invalidité a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire confiée à la Clinique D._____. Selon le rapport d'expertise du 13 décembre 2010, le recourant présentait une lombo-radicalgie bilatérale chronique et un status post chirurgie d'exérèse d'une hernie discale L5-S1 suivie d'une arthrodèse L5-S1. Il en découlait des limitations infra-fonctionnelles qui n'interféraient pas significativement avec l'activité professionnelle compte tenu de l'effort raisonnablement exigible. Il n'existait aucune limitation du point de vue psychiatrique. D'un point de vue strictement médical, les experts ont ainsi retenu l'exigibilité dans l'ancien emploi d'un taux de travail de 80%, avec un rendement entier dès le 1er mars 2009, la capacité de travail étant totale dans une activité adaptée. Ils ont ajouté qu'il s'agissait plus d'un problème social que médical, s'exprimant sous la forme d'algies (dossier AI p. 280). Par communication du 12 janvier 2011, l'Office de l'assurance-invalidité a octroyé au recourant une aide au placement. Par projet de décision du même jour, il a retenu qu'une incapacité de travail totale jusqu'au 28 février 2009 justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité limitée aux mois de janvier et février 2009. A partir du 1er mars 2009, compte tenu d'une amélioration de l'état de santé, l'incapacité de gain était trop réduite pour justifier l'octroi d'une rente (dossier AI p. 379). Suite à des objections formulées par le recourant le 7 février 2011, faisant état d'affections survenues en 2010 et non prises en compte dans l'expertise pluridisciplinaire, des rapports complémentaires ont été requis d'un autre médecin de la Clinique D._____, soit Dr E._____ (gastroentérologie et hépatologie). Ce médecin a relevé que le recourant avait subi, peu de temps après l'expertise pluridisciplinaire, deux événements nouveaux, à savoir une cholécystite sévère ayant requis une opération d'urgence et une complication postopératoire, sans

Tribunal cantonal TC Page 3 de 28 aucun rapport causal avec les problèmes médicaux antérieurs, et provoquant temporairement une incapacité de travail d'origine nouvelle (dossier AI p. 404, 411). Par décision du 3 août 2011, l'Office de l'assurance-invalidité a confirmé son projet de décision du 12 janvier 2011 (dossier AI p. 432), allouant une rente d'invalidité entière limitée aux mois de janvier et février 2009. Auparavant, l'Office de

l'assurance-invalidité avait encore demandé à la Clinique D. _____ de se prononcer sur deux rapports médicaux établis par des spécialistes en neuroradiologie et en anesthésiologie et antalgie. Dans sa réponse du 12 août 2011, signée par son responsable médical (medical manager) Dr F. _____, en son nom, ainsi que par ordre (« p.o. ») au nom de Dr G. _____ (neurochirurgie) et de Dr H. _____ (rhumatologie et ostéodensitométrie), la clinique en question a indiqué que ces rapports ne remettaient pas en cause les conclusions précédentes (dossier AI p. 442). C. Par recours du 9 septembre 2011 (605 2011 274), le recourant a contesté la décision du 3 août 2011, concluant à son annulation et, principalement, à ce qu'une rente entière lui soit allouée dès le 1er janvier 2009 sans limitation dans le temps (dossier AI p. 455). Le 3 octobre 2011, il a par ailleurs produit un rapport du Dr I. _____, spécialiste en rhumatologie, médecin traitant, faisant état d'incohérences et points critiquables dans le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 13 décembre 2010 (dossier AI p. 483). Dans ses observations du 13 mars 2012, l'Office de l'assurance-invalidité a conclu au rejet du recours. Il a produit à cette occasion un courrier du responsable médical de la Clinique D. _____, Dr F. _____, par lequel celui-ci réfutait point par point les critiques émises par Dr I. _____ à l'égard de l'expertise. Le 10 mai 2012, dans le cadre de ses contre-observations, le recourant a également produit un rapport de Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent et un trouble douloureux somatoforme, rendant impossible une véritable réadaptation professionnelle. D'autres rapports médicaux ont encore été produits et communiqués à l'Office de l'assurance-invalidité, sans donner lieu à des remarques particulières de la part de celui-ci. Le 22 juillet 2013, la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours du 9 septembre 2011 et, partant, confirmé la décision du 3 août 2011 (dossier AI p. 594). Elle a motivé pour l'essentiel son arrêt par le constat que la décision attaquée se fondait principalement sur les conclusions d'une expertise médicale pluridisciplinaire obéissant aux exigences posées par la jurisprudence. Elle a ajouté que les rapports médicaux produits par le recourant ne contenaient pas d'éléments susceptibles de démontrer – au sens de la jurisprudence qui faisait référence au moment où l'arrêt a été rendu – la présence d'une comorbidité psychiatrique importante indiquant qu'on se trouverait en présence de circonstances exceptionnelles rendant la réintégration dans le processus de travail impossible. D. Le 10 mars 2015, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes fondée sur plusieurs atteintes à la santé: trouble somatoforme persistant, traits de personnalité mixtes (dépendants, anxieux, histrioniques, dépressifs, paranoïaques), un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, associées sur le plan somatique à une arthrose et des discopathies vertébrales, principalement cervicales (dossier AI p. 607, 616).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 28 Le 9 avril 2015, l'Office de l'assurance-invalidité a établi un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (dossier AI p. 623). Suite à des objections détaillées, auxquelles étaient annexées de multiples rapports médicaux (dossier AI p. 636 ss, 704), ainsi qu'à un rapport du SMR constatant notamment un trouble somatoforme douloureux toujours présent, une évolution défavorable du status radiologique et clinique cervical et un épisode récurrent de dépression sévère ayant conduit à des hospitalisations en milieu psychiatrique (dossier AI p. 716), le projet de décision n'a pas été confirmé et la nouvelle demande a été instruite. Sur recommandation du SMR (dossier AI p. 758), la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire a été confiée le 29 avril 2016 à K. _____. En raison de difficultés survenues lors des

entretiens entre les expertes (rhumatologie et psychiatrie) et le recourant qui était accompagné d'une voisine l'aidant dans ses démarches, l'expertise n'a toutefois pas été menée à terme. Seul un rapport partiel a été produit le 22 septembre 2016, sans synthèse ni évaluation de la capacité de travail (dossier AI p. 807). Pour cette raison, de nouveaux experts, soit Dr L. _____ (rhumatologie) et Dr M. _____ (psychiatrie) ont été mandatés le 26 octobre 2017 en vue d'un avis consensuel (dossier AI p. 851). Dans son rapport du 29 mars 2018, l'expert psychiatre considère que les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent, épisode léger avec syndrome somatique et de difficultés liées à l'acculturation sont sans incidence sur la capacité de travail (dossier AI p. 878). Dans son rapport du 10 avril 2018, comportant des conclusions consensuelles (psychiatrie et rhumatologie), l'expert rhumatologue retient une capacité de travail nulle dans l'ancienne profession de plâtrier, mais une capacité de travail entière, avec diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive (dossier AI p. 911). E. Agissant par son mandataire le 3 mai 2018, le recourant dépose auprès de la IIe Cour des assurances sociales une demande de révision (605 2018 120) relative à l'arrêt que celle-ci avait rendu le 22 juillet 2013 (605 2011 274), concluant sous suite de frais et dépens à l'annulation de celui-ci et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2009. Il fait valoir en résumé qu'il a appris le 25 février 2018 au plus tôt des faits remettant en cause la valeur probante tant de l'expertise pluridisciplinaire établie par la Clinique D. _____ en 2010 que des rapports complémentaires rendus par celle-ci en 2011. Ces faits nouveaux mettaient en évidence de graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable de cet établissement. Le recourant s'est acquitté en temps utile de l'avance de frais de CHF 800.- requise par ordonnance du 7 mai 2018. Dans ses observations du 6 juin 2018, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet de la demande de révision. A l'appui de sa position, il estime pour l'essentiel que les reproches formulés à l'égard de la Clinique D. _____ ne constituent pas, en soi, un motif de révision procédurale dans chaque cas particulier. Or, en l'espèce, aucun autre indice concret ne fait naître le soupçon que le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi en 2010 ne refléterait pas strictement les constats médicaux, le raisonnement ou les conclusions de l'expert. Dans une argumentation subsidiaire, l'Office de l'assurance-invalidité se réfère à l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2018, à un rapport de son SMR du 18 mai 2018 (dossier AI p. 976) et à un projet de décision de refus de rente du 4 juin 2018 faisant suite à la nouvelle demande de prestations du 10 mars 2015. Il en déduit que,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 28 même si la demande de révision était admise, le Tribunal cantonal devrait prendre en considération les pièces du dossier qui confirment un refus des prestations. F. Par courrier du 6 juillet 2018 de son mandataire adressé à l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 995), le recourant a formulé des objections détaillées à l'égard du projet de décision de refus de rente précité, remettant plus spécifiquement en cause le caractère probant du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire de 2018. Ces objections ont été soumises au SMR qui a confirmé son appréciation du 18 mai 2018, expliquant les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expertise en question pouvaient être suivies (dossier AI p. 993). Par décision du 26 juillet 2018, l'Office de l'assurance-invalidité a nié tout droit à une rente. Se référant pour l'essentiel à l'expertise bidisciplinaire de 2018 et aux avis du SMR, il a constaté que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis la dernière décision du 31 mai 2011 de manière déterminante au

point de reconnaître le droit à des prestations d'invalidité (dossier AI p. 1035). G. Agissant par son mandataire le 13 septembre 2018, le recourant conteste la décision du 26 juillet 2018 par recours de droit administratif déposé auprès du Tribunal cantonal (605 2018 210). Il sollicite la jonction de cette procédure avec celle portant sur la révision demandée de l'arrêt du 22 juillet 2013. Sur cette base, il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2009 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision. En substance, il critique les différentes expertises qui ont été établies sur demande de l'Office de l'assurance-invalidité, plus spécifiquement celle réalisée en 2018, et il s'appuie sur les autres rapports médicaux figurant au dossier pour affirmer qu'en réalité, il souffre de graves problèmes de santé (dépression moyenne à sévère depuis des années, douleurs somatoformes) qui entraînent des limitations importantes dans la capacité de travailler et même de s'occuper de tâches de ménage. Par courrier du 24 septembre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité indique qu'il ne s'oppose pas à la jonction des procédures de recours et de révision. Sur le fond, il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, sans formuler d'autres observations. Le 13 novembre 2018, respectivement le 14 janvier 2019, le recourant indique avoir à nouveau été hospitalisé pour des raisons psychiatriques du 15 octobre 2018 au 12 décembre 2018. Appelée en cause, la Zurich Assurances Fondation LPP, institution de prévoyance intéressée, n'a pas déposé de détermination. Par courrier du 22 août 2019 faisant suite à une interpellation du Juge délégué à l'instruction en lien avec un rapport médical auquel des pièces du dossier administratif faisaient référence mais qui ne figurait pas dans celui-ci, l'Office de l'assurance-invalidité a produit ce rapport qu'il s'était fait transmettre en date du 19 août 2019 par le médecin concerné. Une copie de l'échange de correspondance et du rapport médical en question a été transmise au recourant pour information. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 28 en droit 1. 1.1. Interjetée en temps utile (voir ATF 144 V 258 consid. 1.2) et dans les formes légales par un assuré valablement représenté, auprès de l'autorité judiciaire qui a rendu l'arrêt remis en cause, la demande en révision du 3 mai 2018 est recevable. 1.2. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et valablement représenté, le recours du 13 septembre 2018 est également recevable. 1.3. En application de l'art. 42 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), il y a lieu de joindre les deux procédures de révision et de recours et de rendre un seul arrêt. 2. Selon l'art. 61 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. A teneur de l'art. 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt TF 8C_273/2016 du 7 juin 2016 consid. 3). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au

moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 258 consid. 2.1; ATF 143 V 105 consid. 2.3). L'art. 61 let. i LPGA fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale, mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (arrêt TC FR 608 2013 159 du 27 novembre 2013 consid. 1a et les références). En droit fribourgeois, les art. 106 et 107 prévoient de telles règles de procédure. En particulier, l'art. 106 al. 3 CPJA énonce que si l'autorité saisie de la demande de révision admet le bien-fondé de celle-ci, elle annule la décision contestée et statue à nouveau. 2.1. Dans l'arrêt dont la révision est demandée, la IIe Cour des assurances sociales a relevé que la décision attaquée se fondait principalement sur les conclusions d'une expertise médicale pluridisciplinaire obéissant aux exigences posées par la jurisprudence. Elle a retenu en particulier que cette expertise comprenait une étude circonstanciée des points litigieux et que le rapport se

Tribunal cantonal TC Page 7 de 28 fondait sur des examens complets, prenait en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, avait établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contenait des conclusions dûment motivées. Se basant sur l'avis circonstancié exprimé par les experts, elle a constaté que l'Office de l'assurance-invalidité n'avait pas de raison de faire abstraction de cette expertise pour privilégier, cas échéant, l'avis exprimé par les médecins traitants du recourant. A cet égard, se référant à la jurisprudence qui faisait alors autorité, elle a encore précisé que les certificats médicaux produits par celui-ci ne démontraient pas la présence d'une comorbidité psychiatrique importante indiquant qu'on se trouverait en présence de circonstances exceptionnelles rendant la réintégration dans le processus de travail impossible. 2.2. A l'appui de sa demande de révision, le recourant invoque les graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales par la Clinique D._____ et les graves violations des devoirs professionnels incombant au responsable de cet établissement, constatés par le Tribunal fédéral dans son arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. Il met également en évidence plusieurs éléments concrets faisant notamment apparaître que l'expertise n'a pas été réalisée selon le mandat qui avait été confié aux experts, que les modalités d'expertise annoncées par la Clinique D._____ ne correspondent pas toutes à la réalité et, plus spécifiquement, que les compléments d'expertise paraissent ne pas avoir été rédigés par les experts eux-mêmes, mais par Dr F._____, signant tant par ordre au nom des experts qu'en tant que medical manager de l'établissement en question. L'ensemble de ces manquements, qui n'étaient pas connus du recourant au moment de l'arrêt du 22 juillet 2013, constituent selon lui des faits nouveaux importants qui justifient que la demande de révision soit admise et que la IIe Cour des assurances sociales rende un nouvel arrêt admettant le recours du 9 septembre 2011 et annulant la décision du 3 août 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité. 2.3. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de relever (ATF 144 V 258 précité, consid. 2.3.1), en se référant à l'arrêt TF 2C_32/2017 invoqué par le recourant, que de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de la Clinique D._____ et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne qui était responsable médical du "département expertise" avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et

sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. Cela alors que les expertises pratiquées dans ce département avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il a également été insisté sur l'existence d'un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Poursuivant dans le même arrêt (consid. 2.3.2), le Tribunal fédéral a encore rappelé que, en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents. Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées

Tribunal cantonal TC Page 8 de 28 comme telles dans celui-ci. Or les manquements constatés au sein du « département expertise » par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique D. _____ soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut pas se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, voir ATF 125 V 351 consid. 3a) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. 2.4. En l'occurrence, le rapport relatif à l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2010 par des médecins de la clinique D. _____, ainsi que les rapports complémentaires établis à l'en-tête de celle-ci en 2011, ont été établis à une époque où le medical manager du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, en écho à ce qu'a retenu le Tribunal fédéral dans l'ATF 144 V 258 précité (consid. 2.3.2), cette expertise pluridisciplinaire ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise pluridisciplinaire initial, voire en a modifié le contenu à l'insu de ses auteurs, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance à ce rapport établi sous l'enseigne de la clinique D. _____. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci. Il en résulte que, comme le soutient à juste titre le recourant, les faits en cause sont de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt dont il demande la révision. En effet, s'ils avaient été connus de la IIe Cour des assurances sociales, ils auraient conduit celle-ci à nier que l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par les médecins de la Clinique D. _____ remplissait l'ensemble des conditions qui

permettaient d'en suivre les conclusions. Ces faits nouveaux sont ainsi de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris, ce qui pourrait conduire à un jugement différent. Sur le rescindant il s'impose dès lors d'annuler l'arrêt rendu par la IIe Cour des assurances sociales le 22 juillet 2013 (605 2011 274). 3. Dans la phase du rescisoire, la IIe Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau, comme l'y invite l'art. 106 al. 3 CPJA. Il lui appartient donc de rendre un nouvel arrêt dans la procédure précitée relative au recours du 9 septembre 2011 contre la décision du 3 août 2011 par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité a alloué au recourant une rente d'invalidité entière limitée aux mois de janvier et février 2009, niant le droit à une telle rente au-delà de ces deux mois. Dans la cause jointe (605 2018 210; voir consid. 1.3), la IIe Cour des assurances sociales doit également statuer sur le recours du 13 septembre 2018 contre la décision du 26 juillet 2018 par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, rejetant en cela la nouvelle demande de prestations qu'il avait formulée le 10 mars 2015.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 28 Il en résulte – et cela est confirmé par le recourant tant dans la demande de révision du 3 mai 2018 que dans le recours du 13 septembre 2018 – que la question litigieuse à résoudre dans les causes jointes 605 2018 120 et 605 2018 210 est celle de savoir si c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité à partir du mois de mars 2009. 4. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 4.1. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, et 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; voir également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 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 selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors 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 141 V 281 consid.

2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 28 réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. Il peut être renoncé à un examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée telle que posée par l'ATF 141 V 281 pour les atteintes psychiques lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas, à eux seuls, des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 4.2. Selon 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. 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 (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et,

d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 28 5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances prévalant au moment du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

5.2. Selon l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), le changement résultant de l'amélioration de la capacité de gain de l'assuré n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. 6.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 12 de 28 prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 6.2. 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré 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. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 exprimées par 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 et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). 6.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a

Tribunal cantonal TC Page 13 de 28 directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

6.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

7. Pour statuer sur le droit du recourant à une rente à partir du mois de mars 2009, il y a d'abord lieu d'examiner comment a évolué sa capacité de travail, dont découle sa capacité de gain, sur le plan physique et psychique.

7.1. Evolution de la capacité de travail et de gain, sur le plan physique

7.1.1. En raison de lombosciatalgies existant depuis 2006 et s'aggravant a priori depuis 2007, le recourant a d'abord bénéficié d'un traitement médical conservateur (dossier AI p. 59; voir également rapport de 1er entretien « case management » avec l'Office de l'assurance-invalidité, dossier AI p. 113, mentionnant une chute en septembre 2007, alors qu'il portait des bidons de colle de 30 kg, avec hospitalisation et plusieurs jours d'arrêt de travail). Le 29 janvier 2008, suite à l'apparition brutale de très fortes douleurs (dossier AI p. 47, 68), il a été hospitalisé en clinique de rhumatologie de N. _____, dans un état « extrêmement algique ». Après une opération de cure de hernie discale L5-S1 le 25 février 2018, il a continué à se plaindre durant les semaines et mois suivants de douleurs qui ont alors été diagnostiquées comme des lombosciatalgies bilatérales persistantes et des douleurs somatoformes, associées notamment à un trouble de l'adaptation avec syndrome dépressif, une suspicion de trouble de la personnalité à préciser, ainsi qu'à un antécédent d'abus d'alcool stoppé en 2005. Alors que Dr O. _____, spécialiste en médecine générale, mentionne un très bon état général chez un patient mince, musclé (dossier AI p. 59), l'évolution a été qualifiée d'« assez désastreuse » par Dr P. _____, spécialiste en neurochirurgie, rejoignant en cela les avis des autres médecins traitants (voir notamment dossier AI p. 21, 23, 45, 69). Les douleurs persistantes ont notamment conduit à de nouvelles hospitalisations, d'abord du

E. 20

mars 2008 au 11 avril 2008, pour un traitement antalgique et une physiothérapie intensifiée. Suite à ce séjour, le patient est décrit comme très algique, avec une démarche fluide et un signe de Lasègue et de rétro-Lasègue négatif, la mobilité lombaire étant toutefois très restreinte et l'extension impossible (dossier AI p. 65). Le recourant a ensuite consulté Dr Q. _____,

Tribunal cantonal TC Page 14 de 28 spécialiste en neurochirurgie, qui a lui aussi mis en évidence que le problème provenait de la région L5-S1, sans nouvelle indication opératoire.

Puis, lors d'une nouvelle hospitalisation du 17 juin 2008 au 30 juin 2008, avec reprise d'un traitement conservateur, physiothérapie et piscine, sans amélioration, les médecins traitants ont constaté au contraire que les douleurs augmentaient progressivement jusqu'à devenir intolérables. Le recourant se mobilisait alors à l'aide de deux cannes anglaises et ne pouvait rester plus de 30 minutes debout. Les douleurs étaient mécaniques, sans réveil nocturne (dossier AI p. 73, 160). Le 18 août 2008, le recourant a subi une nouvelle opération chirurgicale (Spondylodèse; dossier AI p. 162, 187). Dans son rapport du 7 novembre 2008, Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait que le recourant se sentait légèrement mieux depuis l'intervention, qu'il avait pu abandonner ses cannes, qu'il présentait encore des irradiations au niveau de la jambe droite qui le gênaient encore, mais que « l'évolution sembl[ait] s'améliorer chez un patient qui présent[ait] déjà des douleurs chroniques ». Selon ce médecin, le recourant n'était plus capable de travailler dans son ancienne profession de plâtrier, au vu de la nécessité de porter des charges lourdes et de monter sur des échafaudages. Une activité adaptée était par contre exigible, soit toute activité légère, sans port de charges au-dessus de 15 kg, avec de fréquents changements de position (assis-marche-debout). Il estimait qu'une telle activité pourrait très probablement être reprise dans un délai de deux mois, à 50%, pour augmenter graduellement selon l'évolution clinique. Il qualifiait en outre la motivation pour la reprise du travail de « partielle » et prévoyait un absentéisme « moyen » en raison de l'état de santé (dossier AI p. 168). Sur la base des rapports médicaux figurant au dossier et plus particulièrement les indications du chirurgien traitant, Dr S. _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, a établi un rapport le 17 décembre 2008 (dossier AI p. 176). Il a relevé des diagnostics invalidants, soit un status après cure de hernie discale médiane L5-S1 et discopathie dégénérative sévère confirmée par discographie, ainsi qu'un status après nouvelle opération sur discopathie dégénérative sévère. Il a également mentionné le diagnostic non invalidant de trouble de l'adaptation avec syndrome dépressif. Quant à la capacité de travail du recourant, il l'a estimée nulle dans l'ancienne activité depuis le 29 janvier 2008. Dans une activité adaptée, elle pouvait être évaluée à 50% dès février 2009, avec augmentation progressive de 10% par mois pour atteindre une capacité d'au minimum 80% après six mois, selon la symptomatologie. Les limitations étaient précisées comme suit: pas de travail lourd de manutention, de port de charges de plus de 10 kg occasionnellement, pas de mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, de position statique prolongée (alternance debout-assis toutes les 2 heures), de position accroupie ou à genoux, de longs déplacements, surtout en terrain accidenté, de travail en hauteur, sur une échelle, d'utilisation d'engins vibrants, de montées/descentes fréquentes d'escaliers, de longs trajets en voiture. En raison d'une hospitalisation à partir du 22 janvier 2009 (voir dossier AI p. 181), le recourant n'a pas pu se rendre à un entretien d'évaluation prévu le 30 janvier 2009 avec l'Office de l'assurance-invalidité. Lors d'un tel entretien qui a pu avoir lieu le 18 février 2009, le recourant a déclaré que l'hospitalisation avait eu lieu suite à un examen radiologique (myélographie, voir dossier AI p. 210) et que, depuis lors, ses douleurs dorsales étaient passées de 4-5 à 7-8 sur une échelle de 10. Il a par ailleurs été constaté que le recourant se déplaçait très lentement en s'appuyant au murs, il se levait sans cesse et manifestait oralement ses douleurs dorsales, paraissant abattu et découragé par l'aggravation continue de son état de santé, mais se disant prêt à tout entreprendre pour retrouver une activité professionnelle, notamment par un stage dans un centre d'évaluation professionnelle pour l'AI (CEPAI) (dossier AI p. 183).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 28 Par la suite, dans son rapport du 29 avril 2009 au médecin généraliste (dossier AI p. 210), Dr R. _____, chirurgien traitant, a posé le diagnostic de contractures musculaires importantes avec blocages au niveau lombaire sur status après myélographie fonctionnelle le 16 janvier 2009, en rappelant également le diagnostic de lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires, chroniques persistantes sur status post ALIF L5-S1 le 18 août 2018. Il a relevé que l'évolution était plus ou moins stable, que le recourant avait une meilleure statique, qu'il marchait sans canne, que les électromyographie (EMG) et image par résonance magnétique (IRM) réalisées étaient plus ou moins dans la norme, que la clinique était quand même favorable et qu'il n'y avait pas de traitement spécifique à faire. Il attestait toutefois une incapacité de travail de 100% pour tout genre de travail, en précisant qu'il faudrait attendre six mois afin de poser un pronostic quant à la possibilité d'une reprise dans un domaine adapté à 50%. Dans un rapport ultérieur du 17 juin 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité, Dr R. _____ indiquait que le recourant se plaignait encore de douleurs, mais que l'évolution depuis avril 2009 était favorable, que la statique était meilleure et que le recourant marchait sans canne (dossier AI p. 214). Il ajoutait que pour l'instant son patient était encore en arrêt de travail à 100%, qu'un prochain contrôle était prévu dans six mois et qu'à ce moment-là, on pourrait rediscuter le taux d'incapacité avec certainement une reprise du travail à 50%. Toutefois, après un nouvel examen du 17 octobre 2009, le même chirurgien devait constater que l'évolution était défavorable depuis la myélographie fonctionnelle du 16 janvier 2009, que les contractures non explicables au bas du dos persistaient malgré un traitement par physiothérapie et séances de piscine. Dans son rapport du 30 octobre 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 224), il indiquait qu'on ne pouvait certes pas exclure une non guérison de la cage antérieure avec une pseudarthrose avec des surcharges qui auraient pu provoquer les contractures musculaires paravertébrales, mais que le reste de la symptomatologie n'était pas explicable, de telle sorte qu'il se demandait s'il n'y avait pas somatisation de la symptomatologie. S'agissant de la capacité de travail, il indiquait ne pas pouvoir se prononcer sur les possibilités d'une réinsertion professionnelle, tant que les douleurs présentées par le recourant n'étaient pas éclaircies. Dans un rapport adressé le 4 novembre 2009 au chirurgien traitant (dossier AI p. 232), Dr I. _____, spécialiste en rhumatologie, constatait lui aussi que le recourant se plaignait de douleurs qui pouvaient connaître une nette exacerbation sans traumatisme, effort ou autre événement déclenchant, qu'il s'agissait actuellement de douleurs lombo-sacrées en barre pouvant irradier le long de la face externe postérieure des deux membres inférieurs, parfois jusqu'au talon, avec une topographie variable, accompagnées parfois de fourmillements intermittents aux pieds. Il mentionnait également des troubles du sommeil des deux modes avec importante asthénie au lever. Reprenant l'avis de Dr R. _____, il a adressé le recourant à la clinique de médecine interne générale de T. _____ pour une évaluation psychosomatique en vue d'une éventuelle thérapie stationnaire. Dans un rapport du 4 décembre 2009 faisant suite à une consultation du 30 novembre 2011 (dossier AI p. 238), Dr U. _____, médecin (Oberarzt) auprès de la clinique susmentionnée, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychologiques (F45.41) et de troubles de l'adaptation (F 43.2). Ce médecin a proposé un traitement stationnaire avec une intervention multimodale (multimodaler Ansatz), une adaptation de la médication par la prescription d'un antidépresseur visant un effet anti-douleur (schmerzdistanzierendes Antidepressivum) et une discussion en vue d'une différenciation entre les causes mécaniques, le travail sur la douleur et la chronicisation de celle-ci. Enfin, il a recommandé

également une prise en considération de la situation en matière de droit aux prestations d'assurance (sozialrechtliche Situation). Ces recommandations ont conduit à un séjour du Tribunal cantonal TC Page 16 de 28 recourant au sein de la Clinique V. _____, où le diagnostic de syndrome douloureux chronique, avec actuellement des composantes dissociatives, a été posé. Parallèlement à leurs démarches visant à identifier l'origine des douleurs persistantes, les médecins traitants ont continué à attester une incapacité de travail totale dans toute activité, toute en relevant qu'aucune option chirurgicale ou traitement spécifique ne pouvait être offerts et en insistant toutefois sur la composante psychique qui devrait selon eux être investiguée (voir notamment rapport de Dr R. _____ du 28 avril 2010, dossier AI p. 400). C'est dans ce contexte que l'Office de l'assurance-invalidité a mis en œuvre en 2010 l'expertise médicale pluridisciplinaire confiée à la Clinique D. _____, démarche dont les résultats ne peuvent pas être pris en considération dans la présente cause, pour les raisons déjà exposées ci-dessus (consid. 2.4). En 2010 également, plus précisément le 27 septembre 2010, le recourant a été hospitalisé en urgence pour une cholécystite lithiasique gangréneuse perforée (inflammation de la paroi vésiculaire, forme sévère), avec évolution défavorable. En raison de cette nouvelle affection, il a été équipé d'un dispositif d'aspiration maintenu de façon permanente pour traiter sa plaie, selon toute vraisemblance jusqu'en février 2011 (voir objections du 7 février 2011, dossier AI p. 392). Puis, dans ses rapports du 7 juillet 2011 (dossier AI p. 423) et du 16 juillet 2012 (dossier AI p. 575), Dr W. _____, spécialiste en anesthésie et en antalgie, a posé les diagnostics de douleurs chroniques invalidantes, selon elle probablement d'origine neuropathique, et de douleurs neuropathiques abdominales à droite. Elle a fait état de douleurs importantes persistantes dans le dos et en partie dans la jambe droite, ainsi que de troubles de la sensibilité sur l'ensemble du corps. Ensuite, fin 2014, le rhumatologue traitant a relevé que le recourant se plaignait de douleurs lombaires et du membre inférieur gauche limitant sérieusement la marche, en dépit d'un rollator, ainsi que de douleurs cervicales et du membre supérieur gauche, avec lâchage d'objets (dossier AI p. 741). Adressé au Dr X. _____, spécialiste en anesthésiologie à N. _____, celui-ci constate lui aussi l'existence d'un syndrome douloureux chronique intéressant principalement le rachis lombaire, avec une origine multifactorielle plus que probable. Néanmoins, il relève que la description des douleurs est assez évocatrice de douleurs mécaniques (rapport du 30 décembre 2014, dossier AI p. 658). Plus tard encore, notamment dans un rapport du 22 janvier 2015 de Dre Y. _____, médecin psychiatre auprès de la Clinique de jour du RFSM (dossier AI p. 610), ce sont les diagnostics de trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4), traits de personnalité mixtes et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 45.2) qui sont mis au premier plan par les médecins psychiatres traitants. Au niveau somatique, le diagnostic invalidant est celui d'arthrose et discopathies vertébrales, principalement cervicales. S'y ajoutent, sans influence sur la capacité de travail, les diagnostics d'antécédents de hernie discale, opérée à deux reprises, d'antécédent de cholécystite gangréneuse, opérée, et de Maladie de Vaquez (polyglobulie essentielle), diagnostiquée en 2012. Quant aux rapports du 23 juin 2015 et du 7 décembre 2015 établis par Dr S. _____, médecin auprès du SMR (dossier AI p. 716), ils mettent aussi en évidence le trouble somatoforme persistant qui est toujours présent, mais relèvent également une évolution défavorable du status

Tribunal cantonal TC Page 17 de 28 radiologique et clinique cervical par rapport à 2009 (symptomatologie douloureuse avec progression des lésions discales pluriétagées et,

maintenant, contact des lésions avec les racines nerveuses). 7.1.2. En présence de l'évolution des affections somatiques décrites ci-dessus, il reste à déterminer quelle a été leur influence effective sur la capacité de travail du recourant depuis la première hospitalisation de celui-ci en janvier 2008. A cet égard, il ressort du volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire, soit du rapport établi le 10 avril 2018 par Dr L. _____, que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'ancienne profession de plâtrier, mais qu'une capacité de travail entière, avec diminution de rendement de 10%, existe dans une activité adaptée limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive. Après avoir rappelé les atteintes à la santé qui ont pu être constatées objectivement durant les dix dernières années, l'expert retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome lombovertébral et cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, en lien avec un status post-ALIF (arthrodèse lombaire par voie antérieure) L5-S1 en août 2008 et cure de hernie discale en février 2008. Il mentionne également les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail: omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, maladie de Vasquez traitée par Ritalir et status post-cholecystectomie pour cholécystite en 2010. Il relève ensuite que du point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, les déplacements se font en partie avec un « tintébin » mais également de manière autonome, toutefois de manière lente et précautionneuse, le sautillement est esquissé et l'examen frappe par la présence de 4/5 signes de non organicité selon Wadell. Il met également en évidence que le recourant est capable de conduire son véhicule, durant 10 minutes selon ses déclarations, qu'il s'habille et se déshabille de manière fluide et qu'il est capable de rester assis sans adopter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Il en déduit une chronicisation avec cristallisation de la symptomatologie douloureuse, une intime conviction d'une invalidité totale et l'incapacité à se projeter dans un avenir professionnel quelconque. Du point de vue rhumatologique, il y a une discordance entre d'une part les plaintes du recourant et l'impotence fonctionnelle qu'il décrit dans ses activités et d'autre part les constats cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Comme le relève l'expert, l'existence d'une discordance entre les plaintes et les constats objectifs qui résultent de son appréciation rejoint notamment celle faite en 2016 par Dr Q. _____, spécialiste en neurochirurgie. En particulier, celui-ci relevait également la présence de signe de non organicité (tous les signes de Wadell sont présents) et précisait qu'il n'y avait pas d'indication à une intervention chirurgicale. Selon ce spécialiste, c'étaient déjà le déconditionnement physique et psychique avec la chronicité de douleurs diffuses et chroniques qui étaient au premier plan (rapport d'expertise du 10 avril 2018 p. 16; voir également rapport du 2 février 2016 produit le

E. 22

août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité). Les conclusions du rapport du 10 avril 2018 sont basées sur des éléments objectifs qui ressortent tant des observations de l'expert que des pièces au dossier, ainsi que sur un raisonnement détaillé et convaincant prenant en considération tant les plaintes du recourant que le contexte objectif dans lequel elles s'inscrivent. Sur le plan purement somatique, elles ne sont par ailleurs pas

Tribunal cantonal TC Page 18 de 28 remises en question par les autres éléments du dossier, en particulier les rapports des médecins traitants, déjà exposés ci-dessus (consid. 7.1.1). Après leurs premières appréciations faisant suite aux deux opérations chirurgicales subies en 2008, ceux-ci ont en effet aussi cherché d'autres explications aux douleurs ressenties par

le recourant. A cet égard, on peut rappeler que suite à la seconde opération chirurgicale (spondylodèse) qui a eu lieu le 18 août 2008, une amélioration a d'abord été constatée par le chirurgien traitant, avec le pronostic qu'une activité adaptée pourrait être reprise progressivement à partir de 2009. Puis, une aggravation des douleurs est à nouveau survenue en janvier 2009, avec une attitude démonstrative notamment lors de l'entretien d'évaluation en vue d'un stage de réadaptation professionnelle. A partir de ce moment, alors que les médecins traitants qualifiaient l'évolution de stable sur le plan objectif, avec même une meilleure statique, les douleurs subjectives se sont encore aggravées progressivement, avec de plus en plus de difficultés à la marche. C'est cette symptomatologie difficilement explicable qui a conduit le chirurgien et le rhumatologue traitants à mettre en évidence la composante psychique existant dans l'origine des douleurs. Le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychologiques (F45.41) et troubles de l'adaptation (F 43.2), posé à fin 2009 lors de l'évaluation psychosomatique à T. _____ et confirmé pour l'essentiel lors du séjour à la Clinique V. _____, puis encore par un spécialiste en anesthésiologie en 2014, vont dans le même sens. Enfin, face à l'ensemble de ces éléments, la seule évocation en 2011 et 2012 d'une éventuelle origine neuropathique des douleurs par Dr W. _____, spécialiste en anesthésiologie et en antalgie, ne suffit pas à conclure qu'il existait encore à ce moment-là des atteintes somatiques justifiant l'ampleur des douleurs dont souffrait le recourant. Sur la base de ce qui précède, il peut être retenu que les dorsolombalgies ainsi que les deux opérations chirurgicales que le recourant a subies ont limité durablement sa capacité de travail à partir du 29 janvier 2008. Puis, en lien avec l'amélioration de son état de santé sur le plan physique, l'incapacité de travail due aux affections somatiques, d'abord entière, s'est progressivement réduite. En suivant la progression prévue par le chirurgien traitant – et confirmée par le médecin du SMR – alors qu'il n'était pas encore tenu compte des difficultés qui allaient surgir en lien avec le syndrome douloureux chronique, il faut admettre que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était ainsi de 50% à partir de février 2009 et qu'elle a ensuite augmenté progressivement, pour atteindre au minimum 80% six mois plus tard. En prenant par ailleurs en considération les rapports des chirurgien et rhumatologue traitants établis à fin octobre/début novembre 2009, dont il ressort que l'incapacité de travail est justifiée uniquement « du point de vue socio-professionnel » (dossier AI p. 399), il faut admettre qu'au plus tard au 30 octobre 2009, la capacité de travail résiduelle du recourant, en lien avec ses dorsolombalgies et les suites des opérations subies, avait atteint un degré stable qui pouvait dès lors être comparé à celui qui existait encore lors de l'expertise du 10 avril 2018. Il faut en déduire que sur le plan somatique, à partir du 29 janvier 2008, la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité professionnelle. Au plus tard à partir du 1er novembre 2009, elle s'est toutefois améliorée durablement dans le sens qu'elle est restée nulle dans l'ancienne activité de plâtrier, mais qu'elle est dès cette date entière, avec diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée, limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive. 7.1.3. Sur le plan somatique, il résulte de ce qui précède (consid. 7.1.1) que le recourant a encore subi durant la période en cause une cholécystite lithiasique gangréneuse perforée. Cette affection est toutefois survenue en septembre 2010, alors qu'il disposait, du point de vue physique à tout le

Tribunal cantonal TC Page 19 de 28 moins, d'une capacité de travail résiduelle qui n'ouvrait plus le droit à une rente d'invalidité. En elle-même, elle n'a par ailleurs pas justifié d'incapacité de travail de plus d'une année. Quant aux autres affections somatiques

évoquées dans les rapports médicaux figurant dans le dossier, il n'est pas contesté qu'elles sont restées sans effet sur la capacité de travail. 7.2. Evolution de la capacité de travail et de gain, sur le plan psychique 7.2.1. S'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique du recourant, il convient en premier lieu d'examiner le rapport d'expertise établi le 29 mars 2018 par Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dossier AI p. 878). Dans ce rapport, l'expert considère que la capacité de travail du recourant est entière sur le plan psychique, en l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. A titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il mentionne un syndrome douloureux persistant (F45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.0) et des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Il précise qu'il y a des interactions entre ces trois diagnostics psychiatriques: « après la découverte de la hernie discale, il y a eu apparition et développement d'un trouble somatoforme, l'expertisé ayant l'impression d'être invalide et qu'aucun médecin ni médicament ne l'aident, avec l'apparition d'un épisode dépressif, ceci accompagnant naturellement l'évolution d'un trouble somatoforme chez un expertisé mal adapté au pays ». Ainsi, du point de vue psychiatrique, mis à part les hospitalisations en milieu psychiatrique, la capacité de travail a toujours été entière. Les conclusions de l'expert se fondent d'abord sur l'examen du dossier asséurologique qui lui a permis d'appréhender les problématiques à examiner ainsi que le contexte du cas, tant sous un angle strictement médical que selon une optique psycho-sociale plus large. L'expert a également examiné le recourant le 24 janvier 2018, sous la forme d'un entretien, avec l'assistance d'une interprète. Dans son rapport, l'expert constate notamment que le recourant est bien orienté aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation. Il s'exprime dans un discours cohérent, ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents et d'anciens souvenirs. Il ne présente pas non plus de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a ni troubles de la perception et ni d'idées interprétatives, simples ou délirantes, ni d'idées de concernement simples ou délirantes. S'agissant plus particulièrement de la lignée dépressive, l'expert relève qu'au moment de l'entretien, le recourant présente une tristesse avec une humeur dépressive d'un degré plutôt léger et qu'il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il existe certes des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement du fait qu'il ne peut pas travailler et qu'il supporte mal la situation de passivité. Il n'y a toutefois pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital est ainsi relativement conservé. Il est relevé à cet égard que le recourant dit avoir eu des idées noires et des envies suicidaires scénarisées, mais qu'il n'a jamais fait de tentative de suicide. L'expert déduit notamment de ces constats qu'il n'y a pas de signes cliniques permettant de déceler les signes cliniques d'un trouble de la personnalité. Le recourant présente plutôt les signes cliniques d'un trouble somatoforme, soit des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations des

Tribunal cantonal TC Page 20 de 28 médecins selon lesquelles les symptômes n'ont pas de base organique. Ce trouble somatoforme a une comorbidité psychiatrique dans le sens d'un trouble dépressif qui a motivé plusieurs hospitalisations et qui, au moment de l'entretien, est d'un degré plutôt léger. C'est pour l'essentiel sur cette base qu'il est retenu que les limitations fonctionnelles du recourant sont liées à une décompensation du trouble somatoforme, notamment quand il présente des symptômes dépressifs l'empêchant de travailler pendant les hospitalisations à Marsens, mais que pour le reste, dans les activités

journalières, son comportement n'est pas celui d'une personne fortement déprimée ne pouvant pas travailler. 7.2.2. Les conclusions du rapport du 29 mars 2018 de Dr M. _____ sont basées sur des éléments objectifs qui ressortent tant des observations de l'expert que des pièces au dossier, ainsi que sur un raisonnement détaillé et convaincant prenant en considération tant les plaintes du recourant que le contexte objectif dans lequel elles s'inscrivent. Ces conclusions sont toutefois contestées par le recourant qui soutient pour l'essentiel que l'expertise ne répond pas aux critères de qualité requis d'une expertise médicale, en émettant plusieurs critiques: Le recourant reproche d'abord à l'expert de ne pas avoir pris en considération le dernier rapport établi le 8 mars 2018 par Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante. Ce document a été établi suite à une demande de l'expert formulée le 26 janvier 2018. Dans son rapport daté du 29 mars 2018, celui-ci explique qu'il n'avait pas encore reçu ce document au moment où il a réalisé son expertise. On ne saurait dès lors le lui reprocher. Quoi qu'il en soit, on constate d'emblée que, dans le rapport en question du 8 mars 2018, la psychiatre traitante retient elle aussi le diagnostic de troubles douloureux somatoformes (F45.4) et ne fait qu'évoquer un possible trouble mixte de la personnalité et autre trouble de la personnalité (F61), en précisant notamment qu'il paraît difficile d'isoler des limitations d'origine uniquement psychique, la dimension somatique étant très présente et étroitement intriquée à la dimension psychique. Il en résulte que, même si la psychiatre traitante fait également mention de certains troubles que l'expert n'a pas retenus, les éléments ressortant de ce rapport n'étaient pas de nature à remettre en cause l'appréciation résultant de l'expertise. L'expertise contiendrait par ailleurs plusieurs erreurs. A cet égard, on peut certes relever certaines imprécisions ou éléments qui pourraient être sujets à interprétation. Il en va ainsi de la mention selon laquelle le recourant n'a pas fait de tentative de suicide, alors qu'il ressort de l'expertise inachevée effectuée en 2016 que le fils du recourant aurait dû le retenir alors qu'il voulait sauter du balcon de leur appartement. Les dates concernant le moment depuis lequel le recourant a cessé de consommer de l'alcool ne sont pas non plus concordantes entre l'expertise et le reste du dossier. La capacité du recourant à s'exprimer et à se faire comprendre en français ne ressort pas non plus clairement de l'expertise. Enfin, il est vrai que l'expertise mentionne d'abord que le recourant est fils unique, puis qu'il a une sœur, alors qu'en réalité il a un demi-frère. On peut certes regretter que l'expertise ne soit pas exempte de reproches sur ces points. Cela ne suffit toutefois pas à remettre en cause sa valeur probante. Pour le reste, pour autant que nécessaire, les autres critiques émises par le recourant seront discutées ci-dessous dans le cadre de la confrontation avec les avis des médecins traitants et dans l'examen de la situation sur la base des indicateurs (consid. 7.2.4). 7.2.3. Pour contester les conclusions du rapport d'expertise du 29 mars 2018, le recourant se réfère également aux avis divergents des médecins traitants, qu'il y a dès lors lieu de passer en revue:

Tribunal cantonal TC Page 21 de 28 - Lors des hospitalisations de 2008, les médecins traitants ont mis en évidence que le recourant ne souffrait pas uniquement d'affections somatiques, mais également de troubles psychiques. Dans son rapport du 7 juillet 2008 (dossier AI p. 74), le rhumatologue traitant mentionnait ainsi que le recourant avait eu un entretien avec ses collègues psychiatres qui avaient identifié non seulement un épisode dépressif moyen, mais également un trouble de la personnalité dont le type exact restait à définir. Par ailleurs, les psychiatres précisaient qu'une intervention chirurgicale pourrait, selon eux, exacerber davantage la symptomatologie douloureuse. Cet avis allait déjà dans le sens du syndrome douloureux persistant retenu par l'expert. Cela étant, rien n'indiquait à ce

moment que ces diagnostics évoqués avaient une influence sur la capacité de travail du recourant. Dans ce sens, le médecin SMR appelé à donner son avis le 17 décembre 2008 retenait l'existence d'un trouble de l'adaptation avec syndrome dépressif, sans effet sur la capacité de travail. - Dans son rapport du 4 décembre 2009, le spécialiste des affections psychosomatiques de T. _____ a clairement posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychologiques (dossier AI p. 238), associé à un trouble de l'adaptation. Les médecins de la Clinique V. _____ ont quant à eux confirmé l'existence d'un tel syndrome. Ils ont précisé que celui-ci avait pour conséquence une incapacité de travail totale, ce qui entre en contradiction avec l'expertise du 29 mars 2018. - Dans son rapport médical du 20 février 2012 (dossier AI p. 542), Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, confirme le diagnostic de trouble douloureux somatoforme, en y ajoutant celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, vraisemblablement secondaire au trouble somatoforme mais entre-temps également chronifié. Il conclut sur cette base à une incapacité de travail totale, ce qui entre en contradiction avec l'expertise du 29 mars 2018. - Dans son rapport du 22 janvier 2015 (dossier AI p. 610), Dre Y. _____, psychiatre, se réfère à deux hospitalisations du 13 décembre 2013 au 21 janvier 2014 et du 1er octobre 2014 au 29 octobre 2014. Elle confirme le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) en y ajoutant ceux de traits de personnalité mixtes (dépendants, anxieux, histrioniques, dépressifs, paranoïaques) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.2). Elle précise que les hospitalisations ont eu lieu pour la première suite à des menaces suicidaires et la seconde en lien avec une réaction de colère et de désespoir à la suite d'un courrier lui demandant de rembourser des prestations d'aide sociale. Elle considère elle aussi, en contradiction avec l'expertise du 29 mars 2018, que la capacité de travail est nulle, à tout le moins dans l'économie libre. - Dans son rapport du 20 avril 2015 faisant suite à une nouvelle hospitalisation du 26 mars 2015 au 15 avril 2015 en lien avec des idées suicidaires (dossier AI p. 650), Dr AA. _____, psychiatre, fait état des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec idées suicidaires (F32.2) et de somatisation (F45.0). Il met entre autres à nouveau en évidence l'existence d'une colère face au système administratif et assécurologique. Ce médecin ne se prononce par contre pas expressément sur la question de la capacité de travail. - Dans son rapport du 15 mars 2016 (dossier AI p. 764), Dre Z. _____, psychiatre traitante, pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen, et mentionne une nouvelle hospitalisation du 1er juin 2015 au 3 juillet 2015, ainsi que plusieurs séjours en clinique de jour. Elle indique que, depuis qu'elle a repris le suivi psychiatrique du recourant en septembre 2014, son état de santé

Tribunal cantonal TC Page 22 de 28 psychique s'est dégradé. Elle précise ensuite qu'il a de plus en plus de difficulté à supporter ses douleurs chroniques, ce qui fragilise son état psychologique. Le 27 août 2018, dans un courrier appuyant les objections du recourant suite au projet de décision du 4 juin 2018, elle précise notamment que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33), chronifié, qui entraîne une humeur souvent basse, une suicidalité récurrente ayant entraîné de nombreuses hospitalisations et des troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire). Elle confirme également le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (45.4), en relevant que tous les critères diagnostics sont présents. Elle est d'avis que le recourant n'a aucune capacité de travail, ce qui entre en contradiction avec l'expertise du 29 mars 2018. - Enfin, dans leurs rapports du 11 novembre 2016 et du 5 décembre 2017 (dossier AI p. 1009, 1011), Dre AB. _____ et Dr AC. _____, psychiatres auprès de la Clinique de jour du Réseau

fribourgeois de santé mentale, reprennent les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et somatisation (F45.0). Ces médecins ne se prononcent pas expressément sur la question de la capacité de travail. Il résulte de ce qui précède que l'ensemble des spécialistes, expert et médecins traitants, concluent à l'existence d'un syndrome douloureux persistant (F45.4) et d'un trouble dépressif récurrent (F33). Dans la mesure où tant l'expert que plusieurs médecins traitants mentionnent que le trouble dépressif est aggravé par les difficultés à supporter la douleur, il faut retenir que l'évolution de celui-ci est fortement influencée par celle du syndrome douloureux persistant. On peut ainsi admettre avec l'expert que ce sont des décompensations du trouble somatoforme qui ont conduit aux épisodes dépressifs plus graves qui ont justifié les hospitalisations successives. Quant à l'existence de traits de personnalité mixte retenue lors des séjours hospitaliers, elle ne peut pas être confirmée. En effet, sur ce point également, l'expert est convaincant lorsqu'il explique que lors de l'entretien, il n'a pas décelé de signes cliniques d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10. Il y a lieu de privilégier son avis, fondé sur des constats et un raisonnement objectifs, par rapport à celui des médecins traitants qui ont pu, lors de l'établissement de ce diagnostic supplémentaire, être influencés par la relation de confiance qui s'établit avec leur patient (voir ci-dessus consid. 6.3).

7.2.4. En présence des diagnostics de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent (F33), la capacité de travail du recourant doit être analysée sur la base des indicateurs qui ressortent de la jurisprudence. On se fondera pour cela sur une vision d'ensemble, en prenant en compte en particulier la problématique des ressources personnelles dont dispose le recourant, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel il évolue. On examinera également si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait notamment ressortir les éléments suivants: - Concernant ses ressources personnelles et le contexte familial et social dans lequel il évolue, il faut d'abord noter que le recourant est marié depuis de nombreuses années, qu'il a deux enfants nés en 1988 et 1994, et qu'il bénéficie d'un fort soutien de son épouse et de ses enfants, l'aîné ayant contribué ou contribuant encore par son salaire aux frais d'entretien de la famille. Le soutien de son épouse, constant sur tout l'ensemble de la période litigieuse, se manifeste également par le fait qu'elle prend en charge l'ensemble des tâches ménagères. Il

Tribunal cantonal TC Page 23 de 28 peut aussi bénéficier, notamment pour l'accompagner dans ses déplacements, de l'aide de sa belle sœur et de son fils aîné (dossier AI p. 184). Il ressort notamment de l'anamnèse effectuée par l'experte rhumatologue de K._____ en 2016 (dossier AI p. 830) que le recourant a quatre amis B._____ habitant Fribourg et de nombreux amis dans son village à B._____. Avec eux, il apprécie aller regarder les matchs de football et jouer aux cartes. Il a également des contacts fréquents avec les trois beaux-frères et trois belles-sœurs du côté de son épouse, habitant dans sa région. Il a un permis de conduire, possède une voiture qu'il ne conduit toutefois selon ses dires que sur de petites distances, car cela lui ferait tourner la tête. Ces éléments concrets permettent de conclure à l'existence d'un contexte familial et social qui peut être qualifié pour l'ensemble de la période litigieuse de préservé, voire harmonieux, en contradiction flagrante avec les quelques éléments ressortant de rapports médicaux faisant suite à ses hospitalisations. - Quant à ses activités, le recourant les décrit à plusieurs reprises comme très limitées, indiquant par exemple en 2008 qu'il ne sort plus de la maison, ou alors qu'avec sa soeur

(dossier AI p. 113). Or, à y regarder de plus près, on constate toutefois qu'il sort sa chienne quatre fois par jour, qu'il apprécie de se rendre dans le jardin de son immeuble pour de petites promenades, qu'il voit régulièrement sa famille et ses amis, qu'il va volontiers voir les matchs de football et qu'il joue aux cartes en leur compagnie, qu'il regarde la télévision en s'intéressant à des émissions diverses (sport, documentaires sur la nature), qu'il participe au loto du cercle B. _____ trois ou quatre fois par année et qu'il se rend une à deux fois par an à B. _____ où il possède un appartement, à quelques kilomètres de l'océan, près du restaurant de sa mère (dossier AI p. 830, 835, 897). - S'agissant de l'utilisation des offres thérapeutiques existantes, l'expert psychiatre Dr M. _____ a mis en évidence une sous-utilisation par le recourant des médicaments prescrits par son psychiatre traitant (dossier AI p. 900). Les résultats du dosage plasmatique ont toutefois été remis en question dans la procédure de recours, de telle sorte qu'il ne peut pas être retenu comme établi que le recourant ne fait pas usage de la médication qui lui est prescrite. Quoi qu'il en soit, vu l'ensemble des indications ressortant de l'analyse globale de la situation et l'argumentation de l'expert qui se fonde sur plusieurs autres éléments convaincants, ce point peut rester ouvert. - Quant aux limitations alléguées, il a déjà été vu ci-dessus que le recourant a toujours été en mesure, quoi qu'il en dise dans ses écritures, d'avoir des relations sociales préservées avec son entourage, ainsi que certaines activités de loisirs. On peut par ailleurs relever que, s'agissant de sa mobilité et de façon très pratique, le recourant se déplace tantôt en poussant un rollator, s'asseyant sur celui-ci pour effectuer des démarches administratives en indiquant qu'il ne pourrait pas tenir debout, puis se relevant quelques minutes plus tard vigoureusement de la chaise sur laquelle il s'était assis, avec un geste de menace du poing à l'adresse du médecin qui l'a traité initialement et auquel il attribue l'évolution de ses douleurs. L'experte de K. _____ a ainsi constaté en 2016 un contraste entre une démarche pénible et une attitude voûtée dans un premier temps, puis un lever brusque et des mouvements de torsion du tronc traduisant en réalité une fonction rachidienne et une fonction des membres supérieurs et inférieurs sans aucune limitation (voir dossier AI p. 838). C'est dans le même sens que doit être compris l'expert Dr M. _____ quand il constate qu'il y a « une forte démonstrativité des symptômes à la limite de l'exagération de ceux-ci », que le recourant se décrit « comme un

Tribunal cantonal TC Page 24 de 28 grand malade alors que les symptômes dépressifs dont il parle n'ont pas pu être objectivés » et qu'il existe également une contradiction entre les limitations décrites et les activités quotidiennes (dossier AI p. 882, 902). - De façon plus générale, les médecins ont relevé l'existence de plusieurs facteurs non médicaux qui étaient susceptibles de jouer un rôle défavorable dans l'évolution de la situation. Ainsi, dès les opérations chirurgicales de 2008, le recourant a été décrit comme extrêmement algique et très plaintif (voir p. ex. dossier AI p. 400). Il a également été mis en évidence qu'au moment de la survenance des douleurs aiguës en 2008, il se trouvait sous forte pression de son employeur. Il avait alors l'impression qu'on exigeait toujours plus de lui, de telle façon que l'incapacité de travail survenue a d'abord pu être vécue comme une libération (voir dossier AI p. 239). Par ailleurs, lors de son séjour à la Clinique V. _____, il a notamment été constaté que le recourant a bien pu participer à quelques thérapies et a montré une meilleure démarche dans les situations où il était distrait (dossier AI p. 294). Enfin et surtout, le recourant a également souvent présenté une humeur non seulement dépressive, mais aussi revendicative, se sentant victime autant sur le plan du suivi médical que des difficultés pour se voir reconnaître une rente d'invalidité (dossier AI p. 543). Dre Y. _____, psychiatre auprès du Réseau fribourgeois de santé mentale, note ainsi que

suite à la première décision de refus de rente d'invalidité, le recourant a développé un sentiment d'injustice et de disqualification, avec aggravation progressive de son état psychique, rendant la vie familiale de plus en plus insupportable pour ses proches, notamment par une irritabilité explosive, une agressivité verbale, une jalousie conjugale, des exigences excessives, l'expression de douleurs subites, théâtralisées, ainsi que toute une série d'autres comportements irréflectifs et potentiellement dangereux (dossier AI p. 608). C'est également cette colère qui est au centre de la problématique décrite par les psychiatres lors de la péjoration de l'état dépressif qui a conduit à l'hospitalisation du 26 mars 2015 : le recourant rapporte alors être en colère contre son ancien médecin généraliste qui n'a pas attesté d'incapacité de travail en 2007 alors qu'il souffrait déjà d'une hernie discale et contre l'enchaînement des circonstances qui ont suivi, en particulier les douleurs chroniques, les opérations, la perte du travail, les refus de rente d'invalidité et l'absence de prestations d'aide sociale. Les psychiatres indiquent alors que la difficulté à gérer les douleurs est mise en lien avec le sentiment de colère éprouvé (dossier AI p. 650). Cette même attitude revendicative associée à un sentiment d'injustice semble par ailleurs partagée par son entourage, notamment par une voisine qui l'aide dans ses démarches administratives et qui est intervenue à plusieurs reprises de façon insistante auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (elle évoque son « combat pour cette famille », voir dossier p. 830). Cette personne accompagnait du reste le recourant lors des entretiens menés dans le cadre de l'expertise de 2016 qui n'a pas pu être achevée car les expertes se sont senties mises sous pression tant par les déclarations de celle-ci (elle a d'emblée évoqué son souci quant aux conclusions de l'experte et des représailles que cela pourrait avoir) que par les propos du recourant et son comportement, allant dans le sens que le recourant pourrait commettre des actes graves de nature pénale si une rente devait à nouveau lui être refusée (voir dossier AI p. 798, 807, 835). L'ensemble de ces éléments conduit à retenir, comme cela ressort du rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2018 confirmé par les conclusions consensuelles avec l'expert

Tribunal cantonal TC Page 25 de 28 rhumatologue, que le recourant dispose – et c'était déjà le cas dès fin 2009, les observations faites à partir de cette date étant superposables à celles effectuées en 2018 – des ressources qui devraient lui permettre de surmonter ces troubles psychiques et de conserver une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations physiques. C'est en effet le contexte psychosocial dans lequel il se trouve – marqué par la conviction d'être resté totalement incapable de travailler en dépit de l'amélioration objectivement constatée dès novembre 2009, par la confirmation de cette conviction par l'entourage proche et par la colère contre l'administration et les assurances qui lui refusent des prestations – qui le conforte dans ses douleurs en influant négativement sur sa motivation à tout mettre en œuvre pour reprendre une activité (voir entre autres la synthèse du médecin du SMR du 7 décembre 2015, dossier AI p. 758). Dans ces conditions, vu les ressources qu'il démontre sur le plan social et physique (voir également rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2018, dossier AI p. 883), il doit être admis que les troubles psychiques diagnostiqués, plus particulièrement le syndrome douloureux persistant et le trouble dépressif récurrent, ne l'empêchent pas de surmonter ses douleurs et d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations physiques, à tout le moins en dehors des séjours hospitaliers qui semblent faire suite pour l'essentiel à des propos suicidaires qui doivent à l'évidence toujours être pris au sérieux. On peut encore relever à cet égard que l'avis contraire émis à plusieurs reprises par Dr AD. _____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant du recourant, ne remet pas en cause cette conclusion. En effet,

notamment dans ses rapports du 15 juillet 2018 à l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 1029, 1034), ce médecin ne fait que confirmer son appréciation sans la motiver autrement que par sa parfaite connaissance qu'il a de son patient en sa qualité de médecin de famille et par une référence aux avis des divers spécialistes qui ont déjà été discutés en détail ci-dessus. Il en va de même de l'appréciation ressortant notamment du rapport établi par les ergothérapeutes traitantes le 27 août 2018, faisant état de nombreuses limitations dans la mobilité et les différentes activités que peut réaliser le recourant (voir pièce 5 du bordereau de recours du 13 septembre 2018). En effet, l'avis ressortant de ce rapport ne prend pas en considération l'ensemble des indicateurs tels qu'ils ont été analysés ci-dessus.

7.2.5. A ce stade, il y a encore lieu d'ajouter que, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que les experts ayant examiné le recourant en 2016 et 2018 ont pu consulter l'expertise pluridisciplinaire établie en 2010 par les médecins de la Clinique D. _____ – sans savoir que leur force probante pouvait être remise en question – n'est pas déterminant. En effet, il ressort des rapports établis en 2016 et 2018 que les experts en question se sont fondés sur leurs propres constats et analyse de l'ensemble du dossier médical compilé par l'Office de l'assurance-invalidité. On ne saurait dès lors conclure à l'existence d'une appréciation viciée du seul fait que le dossier contenait cette expertise pluridisciplinaire qui a été écartée par la Cour de céans. Les propos du recourant selon lesquels les médecins de K. _____ ainsi que Dr L. _____ auraient eu des liens étroits avec la Clinique D. _____ ne sont pas non plus de nature à remettre en cause les expertises effectuées en 2016. Rien ne s'oppose dès lors, sous cet angle également, à ce qu'elles aient été prises en considération dans l'examen effectué par la Cour de céans.

7.2.6. En définitive, compte tenu de ce qui précède, il sera retenu que le recourant était incapable de travailler du 29 janvier 2008 au 31 octobre 2009 et qu'à partir du 1er novembre 2009, eu égard

Tribunal cantonal TC Page 26 de 28 tant à l'absence de limitation liée à des affections psychiques qu'aux restrictions existant sur le plan somatique, il est en mesure d'exercer une activité adaptée, limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive, à temps complet, avec diminution de rendement de 10%. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de travail constatée à partir du 1er novembre 2009 sera prise en considération après l'écoulement d'un délai de trois mois, soit dès le 1er février 2010.

8. Au vu de ce qui précède, le droit à une rente d'invalidité entière doit être reconnu au recourant pour la période de janvier 2009 à janvier 2010, sur la base du même calcul que celui ressortant de la décision du 3 août 2011 qui admettait le droit à une rente entière limitée aux mois de janvier et février 2009 (dossier AI p. 417) et qu'il n'y a pas lieu de remettre en question sur ce point: - Revenu sans invalidité: CHF 61'719.45 (CHF 4'650.- x 13 + de 2.1% d'indexation 2009) - Revenu avec invalidité: CHF 0.00 - Perte de gain: CHF 61'719.45 = taux d'invalidité de 100%. Quant à la période à partir de février 2010, il convient également de comparer le revenu que le recourant aurait pu réaliser sans les atteintes à la santé dont il se prévaut, avec celui qu'il est encore en mesure de réaliser dans une activité adaptée. La décision du 3 août 2011 contient aussi un tel calcul, sous réserve du fait qu'il a été effectué à la date alors déterminante du 1er mars 2009. Ce calcul prenait en considération la possibilité d'exercer, en tenant compte des limitations, une activité adaptée d'employé dans les services ou dans la production industrielle légère telle que du montage à l'établi, du contrôle de produits finis, de l'usinage de pièces légères ou du conditionnement léger notamment, à 100%. Il retenait que, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (tableau A1 totaux, cat. 4), le salaire

mensuel brut s'élevait à CHF 4'806.- pour ce type d'activités. Après adaptation pour tenir compte de la durée usuelle de travail de 41.6 heures et de l'indexation de 2.1% pour 2009, le revenu annuel de référence était ainsi fixé à CHF 61'238.55 (CHF 4'998.25 x 12 + 2.1%). Enfin, en raison de l'ensemble des circonstances (activité légère, seule possible, port de charge limité), le calcul opérant un abattement de 10% au titre de désavantage salarial pour aboutir à un revenu avec invalidité de CHF 55'114.70 qui, comparé au revenu sans invalidité précité de CHF 61'719.45, laissait apparaître une perte de gain de 11%. Dans le cadre du présent arrêt, le calcul qui précède peut être repris sur le principe et adapté à la capacité de travail finalement retenue ci-dessus (consid. 7.2.5). Il peut en particulier être renoncé à indexer les revenus pris en considération pour tenir compte de l'évolution des salaires entre 2009 et 2010, vu l'incidence marginale de cette indexation et le fait qu'elle concerne tant le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité. Le revenu sans invalidité peut ainsi être repris tel quel et fixé à CHF 61'719.45. Pour l'estimation du revenu avec invalidité, le montant statistique de CHF 61'238.55 sera réduit une première fois de 10% pour tenir compte de la diminution de rendement admise par l'expertise bidisciplinaire de 2018 et confirmée ci-dessus, puis par un

Tribunal cantonal TC Page 27 de 28 abattement supplémentaire de 10% au titre de désavantage salarial. Il sera dès lors fixé à 49'603.20 (61'238.55 x 90% x 90%). La perte de gain – et partant le taux d'invalidité – à partir de février 2010 est ainsi calculée comme suit: - Revenu sans invalidité: CHF 61'719.45 - Revenu avec invalidité: CHF 49'603.20 - Perte de gain: CHF 12'116.25 = taux d'invalidité de 20%. Le taux d'invalidité de 20% est insuffisant pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité à compter dès le mois de février 2010. 9. Sur le vu de ce qui précède, statuant à nouveau dans la cause de révision 605 2018 120 suite à l'annulation de son arrêt du 22 juillet 2013, ainsi que dans la cause de recours jointe 605 2018 210, la IIe Cour des assurances sociales modifie les décisions du 3 août 2011 et du

E. 26

juillet 2018 dans le sens qu'une rente d'invalidité entière est octroyée au recourant pour la période de janvier 2009 à janvier 2010 et que le droit à une telle rente est nié dès le mois de février 2010. La demande de révision du 3 mai 2018 et le recours du 13 septembre 2018 sont ainsi partiellement admis. 9.1. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), des frais de justice, par CHF 1'000.-, sont mis à la charge des parties. Vu l'admission de la demande de révision dans son principe et le gain de cause très partiel du recourant sur le fond, ces frais seront répartis à raison de CHF 700.- à la charge du recourant et CHF 300.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. Le montant dû par le recourant sera compensé avec l'avance de frais de CHF 800.- effectuée dans la cause 605 2018 120. Le solde de CHF 100.- lui sera restitué. 9.2. Le recourant obtenant raison sur le principe de la révision et gain de cause très partiel sur le fond, il a droit à une indemnité réduite pour ses dépens (voir art. 61 let. g LPGA). Les deux listes de frais produites par son mandataire font état respectivement de 21 heures 15 minutes et de 43 heures 55 minutes de travail pour les procédures de révision et de recours. Dans la mesure où ce temps concerne également des opérations préalables à l'ouverture des procédures devant la IIe Cour des assurances sociales et paraît excéder le temps nécessaire à la défense des intérêts du recourant, même en tenant compte du fait que les deux procédures présentaient une certaine complexité, il convient de s'écarter de ces listes et de retenir une durée de travail totale de 40 heures, ce qui représente un montant de CHF 10'000.- au tarif de CHF 250.- par heure, auquel des

débours de l'ordre de CHF 300.- peuvent être ajoutés. Sur le vu du gain de cause partiel obtenu par le recourant, qui peut être estimé globalement à 30%, c'est une indemnité de CHF 3'090.- qui lui sera allouée, à laquelle s'ajoute CHF 237.95 pour la TVA à 7.7%, soit un montant total de CHF 3'327.95, mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 28 de 28 la Cour arrête : I. Les causes 605 2018 120 et 605 2018 210 sont jointes. II. La demande de révision du 3 mai 2018 (605 2018 120) est admise et l'arrêt du 22 juillet 2013 de la IIe Cour des assurances sociales dans la cause 605 2011 274 est annulé. III. Le recours du 9 septembre 2011 (605 2011 274) et le recours du 13 septembre 2018 (605 2018 210) sont partiellement admis. Partant, les décisions du 3 août 2011 et du 26 juillet 2018 sont modifiées dans le sens qu'une rente d'invalidité entière est octroyée à A._____ pour la période de janvier 2009 à janvier 2010 et que le droit à une telle rente est nié dès le mois de février 2010. IV. Les frais de procédure sont mis à concurrence de CHF 700.- à la charge du recourant. Ce montant sera compensé avec l'avance de frais de CHF 800.- effectuée dans la cause 605 2018 120. Le solde de CHF 100.- sera restitué au recourant. Les frais de procédure sont mis à concurrence de CHF 300.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. V. Une indemnité réduite de CHF 3'327.95 (CHF 3'090.- + 237.95 de TVA à 7.7%) est allouée au recourant pour ses dépens, à charge de l'Office de l'assurance-invalidité. VI. Notification. 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 23 septembre 2019/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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