

FR_GERICHTE 605 2018 145 vom 8. April 2019

FR Kantonsgericht, 2019-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_145

FR: FR_GERICHTE 605 2018 145 du 8 avril 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 145 del 8 aprile 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

février 2012, toutes deux confirmées par arrêts du Tribunal cantonal le 29 janvier 2010 (5S 2007 234) puis le 8 octobre 2013 (605 2012 101). Sur le plan des atteintes physiques (lombosciatalgies), la Cour de céans avait constaté qu'aucun élément médical objectif ne permettait d'établir une aggravation de l'état de santé depuis le premier refus de rente le 22 mai 2007, lors duquel l'exercice d'une activité légère avait été jugée exigible à 100%, sans diminution de rendement. Au niveau psychiatrique (trouble somatoforme), elle s'était fondée sur les conclusions d'une expertise psychiatrique réalisée le 8 juin 2016 par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et avait ainsi nié toute aggravation objective de l'état de santé psychique, au vu du contexte de majoration des plaintes, de refus du traitement médical et du contexte social défavorable. La Cour avait ainsi écarté les conclusions d'une nouvelle contre- expertise privée établie le 9 mai 2017 par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui attestait d'un trouble dépressif majeur et chronique. Dans ces conditions, l'exercice d'une activité adaptée demeurerait exigible à plein temps et sans diminution de rendement. B. Saisie d'un recours contre ce jugement, la IIème Cour de droit social du Tribunal Fédéral (TF) l'a admis le 29 mai 2018. Elle a estimé qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, la Cour de céans avait fait preuve d'arbitraire en privilégiant l'avis du Dr B._____ à celui du Dr C._____ et du psychiatre traitant. Par ailleurs, elle n'était pas légitimée à juger de son propre chef la prépondérance de facteurs extra-médicaux. C. En application de ce jugement, une expertise médicale confiée au Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été ordonnée par voie judiciaire. Dans son rapport du 20 décembre 2018, l'expert retient notamment le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, jugé non invalidant par l'expert B._____, mais exclut en revanche la présence d'un état dépressif clinique et confirme une nette majoration des symptômes, contrairement à l'avis du Dr C._____. En conclusion, il affirme que le cumul de ces diagnostics justifie une incapacité de travail de 25% sur le plan psychique, toute activité adaptée à l'état de santé somatique demeurant exigible à 75% sans diminution de rendement. Invité à se déterminer sur ce rapport, l'OAI, se référant à l'avis du Service médical régional (SMR), a confirmé la pleine valeur probante de ce nouveau rapport d'expertise. En conséquence, il a établi le 7 février 2019 un nouveau projet de décision tenant compte des conclusions de cette

Tribunal cantonal TC Page 3 de 21 nouvelle expertise, à savoir une diminution de 25% de la capacité de travail. Appliquée au revenu statistique qui avait été considéré comme exigible du point de vue des atteintes somatiques, le taux d'invalidité après comparaison des revenus

était désormais de 13,20%, soit largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 22 février 2019, le recourant a déclaré maintenir son recours du 29 novembre 2016 et a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin d'évaluer correctement et globalement l'incapacité de travail. Le 5 mars 2019, l'autorité intimée a proposé le rejet du recours. Elle a rappelé que dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande déposée le 24 février 2014, seul l'aspect psychiatrique avait été considéré comme déterminant, aucun fait nouveau sur le plan somatique n'ayant été établi. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige. en droit 1. L'instruction du recours, déclaré recevable à l'époque, est reprise sur injonction du TF. 2. Aux termes 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 2.1. Les atteintes à la santé psychique 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, 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 ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 21 Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, 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 sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations

alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 et les références). 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). 2.2. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 21 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 3. 3.1. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). 3.2. 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). 3.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées

Tribunal cantonal TC Page 6 de 21 (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). En outre, 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). Enfin, 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). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 4. 4.1. Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée,

celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 4.2. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 ; VSI 1996 p. 192 consid. 2d ; ATF 113 V 22 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 5. Demeure litigieux le droit à une rente d'invalidité suite à la troisième demande de rente déposée par l'assuré le 24 février 2014. Il s'agit, pour mémoire, de revenir sur le dossier et de retracer brièvement l'historique de ce cas. 5.1. Demande initiale (2004) et première décision de refus (2007) Par décision du 22 mai 2007 (dossier OAI, p. 553-555), confirmée le 29 janvier 2010 par la Cour de céans, l'OAI avait rejeté la première demande de l'assuré, déposée le 4 novembre 2004 en raison de lombosciatalgies présentes depuis octobre 2003 (dossier OAI, p. 797-815). L'OAI avait en effet estimé que l'activité habituelle de serrurier n'était plus adaptée, mais qu'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement existait dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, de sorte que l'assuré ne subissait aucune perte de gain résultant des troubles de santé. L'OAI s'était notamment fondé sur les éléments médicaux suivants : ■ Un rapport du 15 mars 2004 du Dr E. _____, spécialiste en neuroradiologie, qui avait mis en évidence des « discopathies L4-L5 et L5-S1 avec petite hernie discale médiane et paramédiane droite et gauche au niveau L4-L5 avec un léger contact avec les racines L5 des deux côtés », une « petite hernie discale médiane et paramédiane », ainsi qu'une « scoliose lombaire sinistro-convexe » (dossier OAI, pièce 743) ; ■ Un rapport du 11 juin 2004 du médecin traitant, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui confirmait le diagnostic de « syndrome lombo-radiculaire L5 droite sur hernie discale L4-L5 », et qui attestait d'une incapacité totale dès le 26 avril 2004 (dossier OAI, pièce 769) ; ■ Un rapport du 24 juin 2004 du Dr G. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui retenait « un important syndrome vertébral » (dossier OAI, p. 784) ; ■ Un rapport du 24 novembre 2004 du Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui mentionnait les diagnostics de « Lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts mit Linkskonvexe Skoliose und Streckhaltung der LWS und Keilwirbel LWK 5 », et estimait dès lors que l'activité de serrurier n'était plus exigible (« Aus rheumatologischer Sicht (...) der Patient aufgrund der jetziger Schmerzsymptomatik nicht in seinem bisherigen Beruf als Schlosser weiter arbeiten kann » (dossier OAI, pièce 747-749);

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21 ■ Des rapports des 26 et 29 novembre 2004 du Dr I. _____, spécialiste FMH en neurologie, qui confirmait la présence d'un « syndrome lombo-radiculaire irritatif L5 à droite », sans aucune lésion neurogène constatée, et qui suspectait un problème psychologique (dossier OAI, p. 785) ; ce spécialiste ne retenait toutefois aucune incapacité de travail découlant des atteintes somatiques constatées (dossier OAI, p. 754-757) ; ■ Une expertise rhumatologique du 4 décembre 2004 du Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, qui avait confirmé les « lombosciatalgies droites d'étiologie indéterminée, hernie discale L4-L5 gauche », accompagnées d'un « épisode dépressif moyen » et d'un « possible syndrome douloureux somatoforme persistant ». L'expert avait jugé l'assuré « cohérent dans ses plaintes » mais avait toutefois signalé une certaine tendance à la majoration (« en cours d'examen quelques signes d'exagération se sont manifestés »). En conséquence, il confirmait l'inexigibilité de l'activité de serrurier mais estimait qu'en théorie, une activité adaptée était exigible en plein : « dans une activité sédentaire où il n'y a pas de charge à porter, où il peut changer de position durant la journée (...) par exemple soudeur de petites pièces métalliques, ouvrier dans une fabrique d'emballages de plastique, etc., il peut avoir un rendement normal sur un horaire de travail normal » (dossier OAI, p. 699-707) ; ■ Un rapport du 15 décembre 2004 du Dr F. _____ qui attestait de la poursuite de l'incapacité de travail totale dans toute activité, aucune activité même adaptée n'étant plus exigible (dossier OAI, pièce 729-730) ; ■ Un rapport du 11 mars 2005 du Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, auprès de qui l'assuré avait suivi un traitement de physiothérapie intensive, qui estimait qu'une incapacité de 50% était justifiée dans l'activité de serrurier, alors qu'une activité adaptée pouvait être exigée 8h par jour (dossier OAI, pièce 718). Ce médecin avait cependant souligné un manque de collaboration ainsi que la présence de facteurs extra-médicaux : « Sous ce traitement, l'évolution est telle que le patient ne se plaint plus d'aucune douleur lors de sa sortie le 28.07.04. Il a profité d'un arrêt de travail jusqu'au 19.08 et il se présente exactement le 20.08 aux urgences, le jour où il aurait dû recommencer son travail, avec une importante péjoration de la symptomatologie. Il a apparemment stoppé lui-même les médicaments 1 semaine auparavant (...) Sur le plan somatique, nous pouvons facilement exiger la continuation de sa profession. Sur le plan psychique et psychosocial, on a de plus en plus de facteurs qui vont augmenter l'absentéisme à long terme » (dossier OAI, p. 722) ; ■ Un rapport de stage d'évaluation professionnelle auprès de l'Orif-COPAI du 31 octobre 2005, qui mettait en évidence un phénomène d'invalidation bien entamé : « A. _____ a manqué 6 jours durant le stage et a consulté son médecin traitant à deux reprises pendant ces quatre semaines. Ainsi, cet homme transmet aux observateurs l'image d'un être malade, n'arrivant pas à assurer une continuité dans le travail, démontrant une très forte dépendance à la douleur et se projetant comme invalide » (dossier OAI, p. 653) ; ■ Un rapport du 25 octobre 2005 de la Dresse L. _____, médecin-conseil auprès de l'Orif-COPAI et spécialiste en rhumatologie, qui retenait les limitations fonctionnelles suivantes : « port de charges lourdes, port répété de charges modérément lourdes, mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que les positions statiques prolongées ». Elle avait affirmé que « d'un point de vue purement physique, l'atteinte

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 fonctionnelle et anatomique est incontestable, mais il existe très certainement une capacité de travail conservée », difficile à évaluer mais de « 50% au minimum », dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Elle relevait en outre une tendance à la majoration des douleurs : « nous avons aussi observé des postures non ergonomiques, et de nombreux signes d'amplification des douleurs lors des

différents examens médicaux » (dossier OAI, p. 660-662) ; ■ Un rapport du 20 mars 2006 du Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie, qui mentionnait les diagnostics de « mediane bis paramedian linksseitige Diskushernie L4-L5 mit Nervenwurzeltangierung L5 bds, mediane Diskushernie L5-S1 ohne Nervenwurzel- kompression, Osteochondrosen L4-L5 und L5-S1 ; Fehlhaltung, leichte Fehlförmigkeit, Verdacht auf muskuläre Dekonditionierung ; chronisches cervicospondyloges Syndrom rechts ; Osteochondrose C6-C7 ; Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung ». Il confirmait l'inexigibilité de l'activité de serrurier mais estimait, du point de vue rhumatologique, qu'une capacité entière existait dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 629-636) ; ■ Un rapport d'expertise psychiatrique du 25 septembre 2006 du Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, qui avait signalé une majoration des plaintes (« Les plaintes sont exagérées et discordantes avec les bases organiques »), une faible motivation professionnelle (« Il y a alors une motivation très faible au retour professionnel dans un emploi qu'il n'apprécie pas, le fait même de devoir retourner travailler le forcerait à perdre beaucoup plus qu'il n'a à gagner en restant malade à la maison ») et des auto-limitations (« Il va alors tendre à éviter toute activité physique et en particulier professionnelle »). Il avait exclu le diagnostic de dépression mais retenait en revanche un trouble somatoforme indifférencié, sans répercussion sur la capacité de travail, et estimait que du point de vue psychiatrique, une activité professionnelle à 100% était exigible (dossier OAI, p. 576-604).

5.2. Seconde demande (2010) et second refus (2012) La deuxième demande, déposée le 2 septembre 2010 (dossier OAI, p. 498-499), avait à son tour été rejetée par décision du 16 février 2012 dossier OAI, p. 242-244), faute d'aggravation établie, en prenant notamment en considération les éléments suivants : ■ Le protocole opératoire de l'intervention réalisée le 4 mars 2009 par le Dr G. _____ (« spondylodèse antérieure aux deux niveaux »), (dossier OAI, p. 478) ; ■ Des rapports des 12 mai 2009, 28 juillet 2009 et 25 mars 2010 du Dr G. _____, constatant l'absence d'amélioration des douleurs malgré une évolution post-opératoire normale (« à deux mois de [la] spondylodèse antérieure, il n'y a aucune modification des symptômes » ; « les douleurs postopératoires sont toujours intenses » ; dossier OAI, p. 442-444) ; ■ Un rapport du 1er juillet 2010 du Dr O. _____, spécialiste en anesthésiologie, qui relevait à nouveau l'exagération des douleurs et le refus de collaboration de l'assuré : « A noter qu'il y a une grande différence de comportement entre l'attitude au cabinet où il marchait péniblement avec une canne et une fois à l'extérieur (ne se sachant pas observé), il marchait tout à fait normalement. (...) à mon avis il s'agit d'une amplification majeure des lombalgies dans le but psychosocial (rente AI ?) » (dossier OAI, p. 417) ;

Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 ■ Un rapport d'expertise psychiatrique du 2 septembre 2011 du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retenait le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant », survenu suite à l'aggravation d'un trouble somatoforme indifférencié diagnostiqué en 2006, tout en considérant que cette atteinte n'était pas invalidante ; il confirmait une discordance entre les plaintes et les éléments observés et relevait à son tour un phénomène d'auto-invalidation : « L'assuré s'est cependant installé dans un rôle d'invalidé, rendant le succès de toutes mesures de réinsertion professionnelle très peu probable » (dossier OAI, p. 314-331). L'OAI avait alors écarté l'avis du psychiatre traitant depuis 2010, le Dr P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui attestait, dès le début de son suivi, de l'existence d'un « trouble dépressif réactionnel, épisode sévère » et d'une « modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique et handicapant » (rapport

du 29 juin 2010, dossier OAI, p. 495 ; rapport du 17 décembre 2010, dossier OAI, p. 382 ; rapport du 5 octobre 2011, dossier OAI, p. 293-294), mais qui avait cependant également relevé la présence de facteurs externes défavorables (« à noter un état d'anxiété lié à ses atteintes organiques mais également par rapport à sa situation familiale, sociale et financière » (rapport du 17 décembre 2010, dossier OAI, p. 382). L'OAI avait également écarté une contre-expertise privée mise en œuvre par l'assuré auprès du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 22 décembre 2011, et qui confirmait les diagnostics posés par le psychiatre traitant ainsi que l'incapacité de travail totale en découlant (dossier OAI, p. 253-266). Ce nouveau refus de rente avait à nouveau fait l'objet d'un recours auprès de la Cour de céans, qui l'avait également rejeté le 8 octobre 2013, considérant que l'état de santé du recourant n'avait subi aucune modification notable. Sur le plan somatique, le Tribunal cantonal avait en effet constaté que la spondylodèse réalisée en mars 2009 n'avait eu aucune influence du point de vue des douleurs – ni en bien ni en mal –, de sorte qu'aucune modification de l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré n'était démontrée. Une aggravation de l'état de santé psychique n'était pas non plus établie. Sur ce point, la Cour de céans a considéré comme probante l'expertise du Dr B. _____ et a estimé avec lui que, s'il y avait bien eu une modification de l'état de santé depuis le mois de mai 2007 – en ce sens que le trouble somatoforme diagnostiqué devait désormais être qualifié de persistant –, cela n'influaient toutefois pas sur le taux d'invalidité du recourant. Il avait ainsi été retenu que la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée exercée à plein temps, sans diminution de rendement. Non contesté, cet arrêt était entré en force. 5.3. Troisième demande (2014) et décision querellée (novembre 2016) A l'appui de sa demande de révision du 24 février 2014, déposée par l'intermédiaire de son avocat, l'assuré se prévalait d'une péjoration de son état de santé, tant psychique que physique (dossier OAI, p. 159-160). Sur le plan physique, il affirmait que la péjoration de son état de santé consistait en une aggravation des cervico-brachialgies ainsi qu'en l'apparition d'un conflit C6 à droite, attestées par

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21 son médecin traitant, le Dr F. _____, dans un rapport du 19 février 2014, ce qui justifiait alors une incapacité de travail totale dans toute activité (dossier OAI, p. 164). Sur le plan psychique, il avait produit un rapport du 6 novembre 2013 de son psychiatre traitant, qui posait le diagnostic de « modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique handicapant (code F62.8) persistant », accompagnée de « troubles dépressifs sévères avec symptômes psychotiques (code F32,3) », et confirmait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative (dossier OAI, p. 162). Le 26 juin 2014, le SMR, par la voix du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale, avait cependant estimé qu'aucune aggravation significative de l'état de santé sur le plan somatique n'était démontrée (dossier OAI, p. 148). Dans un rapport du 20 mars 2015, le Dr F. _____ avait confirmé l'absence d'évolution des lombosciatalgies suite à une intervention chirurgicale réalisée dans l'intervalle, tout en continuant d'attester d'une incapacité de travail totale en raison des douleurs (« Les lombosciatalgies sont à peu près inchangées depuis 2005. La spondylodèse L4-L5-S1 n'a rien changé aux douleurs. Le patient a constamment des douleurs lombo-sciales avec irradiation dans la cuisse droite à une intensité de 10/10 sans Tramal et 3 à 4/10 avec Tramal » ; dossier OAI, p. 125). Dans ce contexte de situation inchangée sur le plan somatique, aucune autre mesure d'instruction n'avait été ordonnée à ce niveau. Sur le plan psychiatrique en revanche, une nouvelle expertise avait été demandée au Dr B. _____. Dans son rapport du 8 juin 2016 (dossier OAI, p. 48-72), cet expert confirmait l'absence de

tout diagnostic invalidant sur le plan psychique, et retenait les seuls diagnostics de « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » et de « dysthymie ». Il estimait que la situation n'avait pas fondamentalement changé depuis la première expertise de 2011, notamment s'agissant des contradictions (« plaintes incohérentes ») et de la majoration des symptômes constatées (« l'expression de sa souffrance face à l'examineur contraste avec sa présentation quand il ne se sent pas observé, par exemple lors des deux pauses pour fumer ainsi que quand il quitte le cabinet après l'examen » ; p. 21). L'expert avait ainsi écarté les diagnostics d'épisode dépressif de degré sévère avec troubles psychotiques et de modification durable de la personnalité retenus par le psychiatre traitant, face aux contradictions constatées avec des éléments objectivables. Il avait également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en présence d'une nette majoration des symptômes (« N'entraînant pas les limitations uniformes du niveau d'activité d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, les plaintes amplifiées de l'assuré correspondent ainsi à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, selon la CIM-10 » ; p. 21- 22). En conclusion, l'expert avait nié le caractère invalidant des troubles diagnostiqués : « cette majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'entraîne pas d'incapacité de travail durable chez un expertisé qui montre des capacités étonnantes par rapport à ses plaintes subjectives, lorsqu'il ne se sent pas observé. (...) En conclusion, l'assuré ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante et l'effort à surmonter les symptômes affectifs légers de sa dysthymie et les plaintes amplifiées dues à sa majoration de symptômes physiques pour des

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21 raisons psychologiques afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, reste raisonnablement exigible au plan psychique » (p. 22). Le SMR, cette fois par l'intermédiaire du Dr S. _____, spécialiste en anesthésiologie, avait estimé le 11 octobre 2016 que le dossier médical ne contenait aucun nouvel élément, sur le plan somatique, depuis la dernière décision de refus de rente, à savoir celui du médecin traitant, qui ne mentionne que des atteintes déjà prises en compte lors du précédent refus de rente, aucune aggravation significative n'étant ainsi démontrée (dossier OAI, p. 27). Sur le plan psychique, les incohérences et la majoration des plaintes constatées justifiaient selon lui l'abandon du diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme », dont les critères n'étaient ainsi plus remplis. Il estimait ainsi que l'état psychique ne présentait aucune modification concrète (dossier OAI, p. 28). C'est sur la base de ces différents éléments que l'OAI avait rendu la décision querellée de refus de rente le 2 novembre 2016, en retenant que le dossier médical ne démontrait aucune aggravation objective de l'état de santé depuis le précédent refus de rente.

5.4. Recours et nouvelle contre-expertise

Dans le cadre de son recours contre ce dernier refus, le recourant avait produit une nouvelle contre-expertise privée, réalisée le 9 mai 2017 par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avait nié la majoration des plaintes constatée précédemment (« Il est difficile d'évoquer une exagération des plaintes, certainement pas volontaire » ; rapport, p. 52). S'agissant de la faible prise en charge sur le plan psychique, il l'expliquait par la perte de confiance de l'assuré : « [l'assuré] n'est pas non plus motivé pour augmenter la fréquence du suivi, ayant perdu confiance dans la possibilité de guérir » (p. 67). Quant aux ressources personnelles de l'assuré, celles-ci seraient inexistantes : « il n'existe pas de ressources personnelles mobilisables pour une réinsertion socioprofessionnelle » (p. 58). En conclusion, il retenait tout d'abord le diagnostic de trouble dépressif caractérisé, isolé, grave (F32.3), et rejetait ainsi les diagnostics de dysthymie et de trouble dépressif réactionnel selon l'expert B. _____ (p.

73). Il retenait également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux d'un certain degré, mais uniquement « comme un trouble secondaire par rapport au trouble thymique majeur et aussi par rapport au trouble de la personnalité décompensé » (p. 76). Enfin, il constatait un trouble de la personnalité non spécifié, décompensé, grave (F60.9) (p. 78). Dans ces conditions, il affirmait que « l'incapacité de travail est totale, probablement définitive, avec une baisse de rendement totale » (p. 89), et confirmait une évolution défavorable entre les deux expertises réalisées par l'expert B. _____, en 2011 et 2016 (« l'expertise de 2016 relate un état clinique nettement plus pathologique que celui de 2011 : des manifestations psychotiques ainsi qu'agoraphobiques sont mentionnées. (...) Si l'on compare l'évaluation actuelle avec les deux précédentes, la gravité a donc nettement augmenté en ce qui concerne l'atteinte thymique et celle de la personnalité. (...) » ; p. 90). Le 6 juillet 2017, l'expert B. _____ s'était déterminé sur cette contre-expertise. Il avait souligné la présence d'incohérences entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectivables de l'anamnèse et certains examens, ce qu'il avait jugé incompatible avec les conclusions du contre-expert. Au vu de ces incohérences, il avait confirmé le diagnostic de « majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques dans le cadre d'une dysthymie » et avait affirmé que

Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 cette contre-expertise n'apportait pas d'élément nouveau susceptible de modifier sa propre appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Le 10 août 2017, le Dr C. _____ avait à son tour pris position sur les remarques de son confrère. Il affirmait que l'approche de ce dernier était insuffisante, dans le sens où il n'aurait pas tenté de comprendre la personnalité de l'assuré (p. 5), de sorte que ses conclusions « ne peuvent pas bénéficier d'une quelconque valeur probante » (p. 8). Enfin, le 15 septembre 2017, le Dr B. _____ avait contesté ces critiques en mettant en doute la neutralité du contre-expert (ses critiques « visent à décrédibiliser mes évaluations de l'état psychique de A. _____, tout en laissant planer des doutes sur la neutralité du Dr C. _____). Mettant en avant des hypothèses personnelles qui contrastent avec les critères diagnostiques des classifications reconnues, le Dr C. _____ fonde son évaluation sur les diagnostics des médecins traitants qui ne peuvent pourtant pas garantir la neutralité nécessaire »). 5.5. Arrêt du Tribunal cantonal du 19 octobre 2017 Amenée à trancher ce litige, la Cour de céans a retenu dans son arrêt du 19 octobre 2017 qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était établie depuis la précédente décision de refus de rente du 16 février 2012, qui avait été confirmée par arrêt du 8 octobre 2013. Sur le plan somatique, elle a considéré qu'aucun élément médical objectif ne permettait d'établir une aggravation de l'état de santé depuis le premier refus de rente le 22 mai 2007, lors duquel l'exercice d'une activité légère avait été jugée exigible à 100%, sans diminution de rendement. En particulier, la seule aggravation des douleurs, alléguée par le médecin traitant, le Dr F. _____, ne permettait pas de remettre en cause l'avis de l'expert psychiatre N. _____, qui avait alors jugé non invalidant le trouble somatoforme diagnostiqué à l'époque, à défaut de toute atteinte psychiatrique incapacitante. Cet avis avait par la suite été confirmé lors de la procédure de révision de 2012, sur la base d'une expertise réalisée par le Dr B. _____ le 2 septembre 2011, et s'inscrivait dans le droit sens des nombreux rapports médicaux qui avaient observé une majoration des symptômes, des discordances entre l'attitude affichée par le recourant lors des consultations et son comportement lorsqu'il ne se sentait pas observé, et une attitude d'auto-invalidation marquée. Quant au plan psychiatrique, elle a considéré que les conclusions de l'expert B. _____ étaient convaincantes, au vu des très nombreux avis médicaux au dossier qui avaient déjà souligné

une majoration des symptômes, un refus du traitement médical, un phénomène d'invalidation ainsi qu'un contexte social défavorable. Elle avait ainsi écarté les conclusions du contre-expert privé C. _____ et n'avait pas retenu l'existence d'un trouble dépressif majeur et chronique totalement incapacitant. Dans ces conditions, l'exercice d'une activité adaptée demeurait exigible à plein temps et sans diminution de rendement. 5.6. Arrêt du Tribunal fédéral du 29 mai 2018 Saisi d'un recours contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 29 mai 2018. En substance, il a estimé qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, la Cour de céans avait fait preuve d'arbitraire en privilégiant l'avis du Dr B. _____ à celui du Dr C. _____ et du

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 psychiatre traitant, alors qu'il eût été nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale pour départager les opinions médicales en présence. Il a également estimé que la Cour de céans avait jugé de son propre chef de la prépondérance de facteurs étrangers à l'invalidité, ce qu'elle n'était pas légitimée à faire. Le Tribunal fédéral ne s'est en revanche pas prononcé sur les griefs du recourant relatifs à l'aggravation de l'état de santé somatique et au défaut d'instruction sur ce plan. 5.7. Expertise médicale du 20 décembre 2018 et détermination des parties En application de cet arrêt, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Ce mandat a été confié au Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 décembre 2018, ce nouvel expert a tout d'abord passé en revue l'historique médical de l'assuré, dont la majeure partie concernait les atteintes somatiques (rapport, p. 3-12). Il a ensuite retranscrit les plaintes exprimées, principalement axées sur les douleurs somatiques (douleurs de dos, de cervicales, fourmillements dans le bras droit, ulcère d'estomac, problème de prostate ; « souffre de douleurs déprimantes » ; « tout est dans mes douleurs » ; rapport, p. 13-14), puis a détaillé l'anamnèse familiale et personnelle faite par l'assuré ainsi que le déroulement de ses journées (p. 15-20). L'expert a en outre pris note de la perte quasi-totale d'appétit mentionnée par l'assuré, sans toutefois aucune perte de poids (p. 19), de l'absence d'idées suicidaires, sentiment de culpabilité ou phobies (p. 20), mais de l'augmentation de la nervosité et de l'irritabilité ainsi que des pertes de mémoire (p. 21). Lors du premier entretien, l'expert a constaté une attitude démonstrative (« il se lève avec difficulté de la chaise à la salle d'attente, il se met en route lentement et en boitant. Parfois, il se tient le dos avec une de ses mains. Sa démarche corporelle est très ralentie », p. 22), contrastant avec les observations faites hors du cabinet (« Il demande à pouvoir aller aux toilettes. A ce moment-là il se lève rapidement, sans les mêmes inhibitions décrites au début », p. 22 ; « Lorsque l'expert voit [l'assuré] s'éloigner du bâtiment, on constate qu'il marche devant son épouse, qu'il se tient droit, qu'il marche sans boiterie, qu'il fait des mouvements de détente, allume une cigarette et qu'il est assez décontracté. Le couple regagne ensuite sa voiture (type BMW sport, décapotable), [l'assuré] entre dans le véhicule sans trop de difficultés et c'est lui qui prend le volant », p. 24). Les mêmes constatations ont été faites lors du second examen (« lors qu'il se lève il montre une attitude douloureuse, il se tient avec une main le dos, il boite » ; « [l'assuré] se lève rapidement, part pour fumer sa cigarette à l'extérieur. On l'observe à ce moment-là à nouveau sans aucune des dites inhibitions douloureuses mentionnées au début (et à la fin) ; p. 24 ; « lorsqu'il quitte l'expert et l'interprète, il (...) se montre très handicapé en se levant (...) il donne ici comme avant l'image d'un grand handicapé physique », p. 25 ; « lorsque l'expert quitte le cabinet (...), il voit [l'assuré et son épouse] à l'entrée principale du bâtiment, les deux face à face, fumant une cigarette, se parlant. [L'assuré] est très droit, il se balance gentiment d'une jambe sur l'autre, plutôt décontracté. Le couple gagne lentement et calmement sa voiture

(identique que la première fois). Pour cette partie d'observation, il n'y a aucun handicap majeur directement visible », p. 25). Différents tests psychologiques ont également été pratiqués (« observations cliniques résumées selon le système AMDP » p. 25-28 ; « échelle de ralentissement » p. 28 ; « échelle MADRS » p. 28). A ces occasions, des résultats contradictoires entre certains problèmes annoncés par l'assuré et d'autres informations obtenues sont constatés, de même qu'une faible concordance entre les plaintes subjectives et les observations effectuées. Par ailleurs, aucun ralentissement

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 moteur significatif n'est constaté. Enfin, un score 16 est obtenu sur l'échelle « MADRS » d'évaluation de la dépression, étant précisé que le seuil de la dépression se situe à 15 et la dépression moyenne entre 22 et 30 (p. 28). Des analyses sanguines ont également permis de déterminer les taux sériques : « Lyrica » légèrement inférieur à la zone thérapeutique, antidépresseur (« Trittico ») et analgésique (« Tramal ») nettement en-dessus de la fourchette thérapeutique (p. 29). Sur la base de ces différents éléments, l'expert a affirmé que l'atteinte somatique était « très clairement définie », qualifiée de « failed back surgery syndrom, à savoir un état résiduel pathologique-douloureux après tentative d'intervention chirurgicale », et a constaté que « la souffrance physique est totalement au centre de l'expression de [l'assuré] » (p. 30). Il a ainsi retenu « l'existence de plusieurs atteintes somatiques avec un substrat antomo-pathologique bien identifié décrit et confirmé par de nombreux médecins », de sorte qu'il a exclu le diagnostic de « trouble somatoforme indifférencié » posé par l'expert N. _____ en 2006 (p. 30). En présence de d'aspects dégénératifs qui pourraient expliquer une certaine aggravation, l'expert a par ailleurs estimé « nécessaire de faire le point » sur l'aspect rhumatologique/somatique (p. 31). Sur le plan psychique, il a souligné un basculement total de l'orientation subjective « en direction de la conviction d'incapacité totale, voire invalidité entière », l'assuré exprimant clairement, à plusieurs reprises, être « totalement inapte à quoi que ce soit comme activité » (p. 32). Il a constaté que l'expert B. _____, lui aussi, a observé un décalage entre l'attitude de l'assuré au cours de l'expertise et lorsqu'il se sentait non-observé. A cet égard, il a relevé que cette question n'avait pas été étudiée par le Dr C. _____, qui avait cependant mentionné un « net décalage entre auto-appréciation et hétéro-appréciation en ce qui concerne le degré de dépression » (p. 31). Contrairement au Dr C. _____, l'expert, après application des critères de l'OMS, a nié le diagnostic de « trouble de la personnalité », affirmant qu'« il ressort ici avec clarté que nous ne trouvons pas du tout dans la notion d'une déviation extrême, dysfonctionnement durable concernant cognition, affectivité, contrôle des impulsions, interactions avec les autres » (p. 32-33). Quant au diagnostic de dépression, il a confirmé le score obtenu au moyen des tests précités, à savoir « une valeur légèrement significative dans la fourchette de dépression légère » (p. 34). Enfin, face aux contradictions observées et décrites ci-dessus, l'expert a retenu « une très forte tendance à l'accentuation », ce qui « relativise donc aussi les constats par rapport à l'état dépressif » (p. 34). Ainsi, après examen des critères de la CIM-10 (p. 35-37), il a écarté le diagnostic d'« état dépressif clinique », soulignant qu'« un certain nombre de critères sont (...) induits ou accentués par l'attitude comportementale ». La « détresse exprimée » par l'assuré correspond en revanche au diagnostic de « dysphorie / dysthymie (F34.1) ». Il a également retenu le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) » en présence de « douleurs intenses et persistantes, s'accompagnant d'un sentiment de détresse,

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 non-expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. Par contre, ce diagnostic n'est pas associé à une maladie psychique proprement dite » (p. 36-37). Il a enfin confirmé le diagnostic de « autres modifications durables de la personnalité (F62.8) », qui avait été évoqué par le psychiatre traitant (p. 36). Enfin, compte tenu des nombreuses contradictions, démonstrations, accentuations et divergences constatées « à l'instar d'autres observateurs », il a encore retenu le diagnostic de « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales), (F68.0) » (p. 36-38). Il a énuméré les limitations fonctionnelles (« diminution du périmètre social, irritabilité, morosité, perspectives négatives »), tout en signalant de nombreux facteurs extra-médicaux (« divers facteurs sociaux, fixations sur symptômes, majoration, passivité, dettes, manque de motivation, revendications sous-jacentes, déconditionnement »), ainsi que les ressources disponibles ou seulement légèrement diminuées (« aptitude à la communication, capacité à respecter un cadre, capacité d'adaptation, capacité d'endurance, capacité de prise de décision, capacité relationnelle, existence d'un réseau social, autonomie dans les activités quotidiennes » ; p. 38). Sur la base de ces différents éléments, il a affirmé que le cumul des diagnostics retenus « forment une sorte d'ensemble et diminuent effectivement les ressources d'adaptation et la capacité de travail, ceci à hauteur de 25% » actuellement. Pour le passé, il a estimé qu'il n'y avait « aucun indice pour retenir une incapacité de travail plus importante que 25% pour les années écoulées » (p. 37). Plus précisément, il a considéré qu'une capacité résiduelle de 6 heures par jour existait dans l'activité exercée en dernier lieu, sans diminution de rendement, représentant une capacité de 75% probablement stable (p. 38-39). Il a affirmé que « toutes les activités considérées accessibles d'un point de vue somatique le sont aussi sur le plan psychique/psychiatrique », dans lesquelles « il existe une capacité de travail de 75% sans diminution de rendement » (p. 39).

5.8. Détermination des parties Ce rapport d'expertise a été soumis au SMR qui, par la voix du Dr S. _____, a estimé le 28 janvier 2018 que les conclusions de l'expert concordaient avec les données cliniques et respectaient les critères de la CIM-10 et que l'exigibilité médicale était cohérente avec les atteintes à la santé cliniquement démontrées. Il a par ailleurs affirmé que le rapport satisfaisait aux exigences tant formelles que médicale et avait dès lors pleine valeur probante. Le 7 février 2019, l'OAI a dès lors rendu un nouveau projet de décision tenant compte des conclusions de l'expertise judiciaire, à savoir une diminution de 25% de la capacité de travail, qui a été appliquée au revenu statistique qui avait été considéré comme exigible du point de vue des atteintes somatiques. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était désormais de 13,20%, soit largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 22 février 2019, le recourant a déclaré maintenir son recours du 29 novembre 2016 et a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin d'évaluer correctement et globalement l'incapacité de travail. Le 5 mars 2019, l'autorité intimée a proposé le rejet du recours. Elle a rappelé que dans le cadre de l'instruction de la demande de révision du 24 février 2014, seul l'aspect psychiatrique avait été considéré comme déterminant, aucun fait nouveau sur le plan somatique n'ayant été établi.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21 6. 6.1. En premier lieu, la Cour constate que le rapport d'expertise judiciaire du 20 décembre 2017 du Dr D. _____ a été établi en pleine connaissance du dossier assécurologique et médical du recourant, permettant ainsi à l'expert de disposer d'une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte social, familial et économique du recourant, ainsi que sur deux examens cliniques de deux heures chacun, les 3 et 31 octobre 2018, en présence d'une interprète, à l'occasion desquels l'assuré a pu

s'exprimer librement sur ses plaintes somatiques (« souffre de longue date et maintenant d'une manière intense de douleurs de dos », qui le rendent par moments nerveux et irritables ; « souffre de douleurs à son cou », manifestations très pénibles jamais véritablement soulagées ; « fourmillements dans son bras droit » apparaissant assez régulièrement ; « ulcère d'estomac » pour lequel il a subi une opération « très très dangereuse, mais qu'il a survécu » ; « problème de prostate » nécessitant la prise régulière d'antibiotiques). L'assuré a également été questionné par l'expert sur son état psychique (« comme je suis entouré de ces maladies, je ne suis pas bien du tout » ; « je ne suis pas vraiment épanoui » ; « énervé, tendu en permanence », « il y a des jours où il se sent un peu mieux, un peu plus à l'aise » ; « ne supporte plus le bruit et le monde » ; « vite irritable » ; « souffre de douleurs déprimantes » ; « tout est dans mes douleurs » ; « je n'ai pas toujours la tranquillité » ; « j'ai perdu tout espoir »). Il appert ainsi que les plaintes du recourant ont été dûment prises en compte par l'expert. Le recourant a encore pu s'exprimer sur ses activités quotidiennes (« je ne conduis plus » [pour cause de ses problèmes de santé] ; plus de vélo depuis qu'il a mal au dos ; courses avec son épouse ou seul ; aucune participation au ménage car « je n'ai pas envie » ; se lève entre 9h et 10h, regarde la télévision, fume, reste plus ou moins toujours à domicile à cause de ses douleurs, fait une sieste, (...), sort avec sa femme, fait des commissions, fait une petite promenade, va voir parfois le fils de sa femme ; p. 17-19). Sur la base de ces éléments, l'expert a constaté de nombreuses contradictions. Il a dès lors signalé une « très forte tendance à l'accentuation » (p. 34) et a retenu une « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales), (F68.0) » (p. 36-38), dans le droit sens des conclusions de l'expert B. _____ : « A l'époque (Dr B. _____) était frappé à plusieurs reprises par un décalage entre une présentation extrêmement algique/souffrante et une détente proche de la normalité lorsque l'expertisé était non-observé, notamment à l'extérieur du cabinet. L'expert a donné ici passablement de détails » (p. 31). Des tests de dosages plasmiques ont également été effectués, confirmant une prise d'antidépresseurs et d'analgésiques située nettement en-dessus de la fourchette thérapeutique (p. 29). En outre, les questions litigieuses, à savoir l'existence d'un trouble dépressif ou d'un syndrome somatoforme persistant et, le cas échéant, le caractère invalidant de ces troubles, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert a en effet procédé à une analyse des critères de ces diagnostics selon la CIM-10 (p. 35-37), notamment sous l'angle de l'analyse des déclarations de l'assuré (contradictions dans les déclarations de l'assuré quant aux voyages, pas d'isolement social, vie de couple non dysfonctionnelle, activités quotidiennes, pas d'idées suicidaires, peurs surmontables ; p. 36). Il a ensuite justifié sa position par rapport à l'opinion divergente du contre-expert quant au diagnostic de majoration des symptômes (« ce qui concerne la contre-expertise du Dr C. _____, il n'y a pas de telles contradictions constatées, pas de recherches dans ce sens non plus, par contre un net décalage entre auto-appréciation et hétéro-appréciation en ce qui concerne le degré de dépression » ; p. 31), et quant au diagnostic de « troubles de la personnalité » également retenu par le contre-expert (« Il ressort ici avec clarté que nous ne nous trouvons pas du tout dans la notion d'une déviation extrême, dysfonctionnement durable concernant cognition, affectivité, contrôle des impulsions, interactions avec les autres. Cette hypothèse diagnostique est donc caduque » ; p. 33). Ses conclusions relatives à la portée incapacitante des diagnostics retenus sont également motivées de manière détaillée et convaincante : « Il existe le long du dossier et de nos observations de très nombreuses descriptions pour une partie comportementale, et des contradictions/changements dans les attitudes, de démonstration, d'accentuation, de

contradictions, tout ceci essentiellement sur le plan somatique. De ce fait, le terme de majoration nous paraît tout à fait juste et applicable. Il relativise en conséquence très fortement la portée des trois autres diagnostics. Toujours en faisant abstraction des atteintes somatiques, leur impact sur la capacité de travail (qu'il s'agit de réactualiser comme décrit), nous sommes arrivés à la conclusion que les trois diagnostics mentionnés en premier forment une sorte d'ensemble et diminuent effectivement les ressources d'adaptation et la capacité de travail, ceci à hauteur de 25% » (p. 37). Ainsi, dans la mesure où ce rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. 6.2. Cette expertise ne saurait non plus être valablement remise en cause par les conclusions divergentes du contre-expert C._____ et du psychiatre traitant, qui nient toute exagération des plaintes et concluent tous deux à la présence de diagnostics totalement incapacitants. En effet, l'on ne saurait aujourd'hui préférer ces avis, alors même que le dossier médical, dans sa globalité, va dans le droit sens de l'appréciation de l'expert D._____, en particulier sous l'angle d'une majoration des symptômes et d'une forte auto-conviction d'une invalidité à vie : ■ « [l'assuré] nous a d'ailleurs formulé cette conviction [d'une incapacité totale, voire invalidité entière] à plusieurs reprises très clairement, pour cause de l'ampleur de ses douleurs, leur permanence, leur ingérabilité, il se sent totalement inapte à quoi que ce soit comme activité » (expertise D._____, p. 32) ; ■ « Face à la non reconnaissance de son vécu subjectif pénible et le refus de prestations auxquelles l'assuré estime avoir droit, il adopte un rôle de victime et d'invalidé en mettant en avant un cortège de symptômes subjectifs mais incohérents » (2ème expertise B._____, p. 22, dossier OAI, p. 48-72) ; ■ « L'assuré s'est cependant installé dans un rôle d'invalidé, rendant le succès de toutes mesures de réinsertion professionnelle très peu probable » (1ère expertise B._____, p.17, dossier OAI, p. 314-331) ; ■ « à mon avis il s'agit d'une amplification majeure des lombalgies dans le but psychosocial (rente AI ?) » (Dr O._____, dossier OAI, p. 417) ; ■ « Les plaintes sont exagérées et discordantes avec les bases organiques » ; « Cela va le conforter dans ses craintes de handicap subjectif. Les algies vont perdurer dans le temps, d'autant plus qu'il va continuer à s'auto-analyser et donc à laisser des pensées d'invalidité s'établir » (expertise N._____, p. 20 et 24, dossier OAI, p. 576-604) ;

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 ■ « Cet homme transmet aux observateurs l'image d'un être malade, n'arrivant pas à assurer une continuité dans le travail, démontrant une très forte dépendance à la douleur et se projetant comme invalide » (rapport de stage Orif-COPAI, p. 6, dossier OAI, p. 653) ; ■ « Nous avons aussi observé des postures non ergonomiques, et de nombreux signes d'amplification des douleurs lors des différents examens médicaux » (Dresse L._____, dossier OAI, p. 660-662) ; 6.3. Dans ces conditions, il convient de valider les conclusions de l'expert D._____, qui conclut à l'exigibilité, sur le plan psychiatrique, de toute activité adaptée aux limitations somatiques, à un taux de 75%, sans diminution de rendement, 7. 7.1. Sur le plan somatique ensuite, le recourant soutient avoir démontré une aggravation de son état de santé, en raison des nouvelles atteintes mises en évidence par son médecin traitant dans ses rapports du 19 février 2014 (« l'effet de masse de C7 D et le conflit radiculaire C6 D sont nouveaux en comparaison avec les images de 2010 » ; dossier OAI, p. 164) et du 20 mars 2015 (« après la spondylodèse se sont développées des douleurs inguinales G qui empêchent le patient de s'asseoir plus longtemps [que] 5 minutes. (...) Les cervico-brachialgies D se sont développées entre 2010 et 2013 principalement sur une arthrose cervicale et hernie discale avec irritation radiculaire C6-C7 D » ; dossier OAI, p. 125). Ce médecin atteste ainsi d'une incapacité de travail totale et dans

toute activité en raison des douleurs. Or, l'examen du dossier démontre déjà la présence de certaines atteintes au niveau des cervicales C6-C7 lors du premier refus de rente : une « Osteochondrose C6-C7 » avait en effet été signalée par le Dr M._____ le 20 mars 2006, qui confirmait alors l'exigibilité d'une activité adaptée à 100% malgré l'ensemble des atteintes somatiques (dossier OAI, p. 629-636). Quant à l'absence d'évolution positive suite à la spondylodèse, elle avait déjà été prise en considération lors du second refus de rente (cf. rapports des 12 mai 2009, 28 juillet 2009 et 25 mars 2010 du Dr G._____, dossier OAI, p. 442-444). Ainsi, rien ne permet d'établir une aggravation des limitations fonctionnelles qui avaient été évoquées à l'époque (pour mémoire : « port de charges lourdes, port répété de charges modérément lourdes, mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que les positions statiques prolongées », selon le rapport du 25 octobre 2005 de la Dresse L._____, dossier OAI, p. 660-662), ni de la capacité de travail entière, dans une activité adaptée à de telles limitations, qui avait alors été confirmée par de nombreux spécialistes (cf. notamment expertise rhumatologique du 4 décembre 2004 du Dr J._____, dossier OAI, p. 699- 707 ; rapport du 11 mars 2005 du Dr K._____, dossier OAI, p. 722 ; rapport du 20 mars 2006 du Dr M._____, dossier OAI, p. 629-636). On ne voit pas pourquoi le seul avis contraire du médecin traitant – qui, on le rappelle, attestait déjà d'une incapacité totale dans toute activité, dès 2004, contrairement à bon nombre d'avis contraires – serait aujourd'hui prépondérant et suffirait à remettre en cause l'exigibilité médicale retenue. Ce d'autant moins en présence d'un tableau nettement marqué par l'exagération des plaintes et l'amplification des symptômes, ressortant de la quasi-totalité du dossier médical.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21 Dans ce contexte, une aggravation de l'état de santé somatique, susceptible de remettre en cause les conclusions relatives à l'exigibilité médicale retenue lors du premier refus de rente en 2007, confirmée en 2012, ne saurait être considérée comme suffisamment établie pour justifier une révision du droit à la rente sur le plan somatique. L'exigibilité d'une activité adaptée à temps plein, sans diminution de rendement, est dès lors confirmée. 7.2. Par ailleurs, au vu du contexte de majoration et d'auto-limitations, il est évident qu'une nouvelle expertise, sur le plan rhumatologique cette fois, ne semble pas indiquée en l'état, quoi qu'en dise l'expert D._____ qui préconise une réévaluation sur le plan somatique. Il y a tout lieu de craindre que le renvoi pour une nouvelle expertise ne ferait que conforter le recourant dans son idée qu'il est invalide, lui qui soutient notamment ne plus être en mesure de conduire devant les experts, alors même qu'il circule au volant d'une voiture de sport décapotable (« A._____ possède un permis de conduire pour voiture qu'il n'utilise plus depuis des années à cause de ses douleurs » [2ème expertise B._____, p. 16] ; « l'expertisé avait formulé ne plus conduire du tout une voiture [à cause de ses problèmes de santé], mais lorsque nous l'avons vu s'éloigner du cabinet, c'était bien lui qui prenait le volant » [expertise D._____, p. 34]). La requête du recourant en ce sens doit donc être rejetée. 8. 8.1. Il ressort de tout ce qui précède que seule une diminution de la capacité de travail à hauteur de 25%, pour des motifs psychiatriques, selon les conclusions de l'expert D._____, peut être retenue. S'agissant des atteintes somatiques, l'existence d'une capacité entière dans une activité adaptée doit en revanche être confirmée. Dans ces conditions, la capacité de travail de 75% dans une activité adaptée retenue par l'autorité intimée dans sa nouvelle décision du 7 février 2019 ne prête pas le flanc à la critique. 8.2. Il convient toutefois de corriger le taux d'invalidité ressortant de cette décision, dans la mesure où la réduction de 10% pour désavantage salarial, qui avait été retenue dans la première décision de refus du 22 mai 2007 sur le revenu statistique

d'invalidé, doit à nouveau être prise en compte. Il s'ensuit que le revenu d'invalidé à prendre en considération doit être fixé à CHF 44'855.80 (CHF 66'453.- x 75% - 10%) au lieu des CHF 49'839.75 retenus par l'autorité intimée. Une telle réduction n'a toutefois aucune influence sur le refus de rente, le taux d'invalidité ainsi corrigé se montant à 21.9% au lieu de 13.20%, soit toujours largement en-dessous du seuil de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 8.3. Au vu de tout ce qui précède, une aggravation significative de l'état de santé du recourant depuis la première décision de refus de rente du 22 mai 2007 et depuis le second refus prononcé par décision du 16 février 2012, ne peut être considérée comme avérée. Le refus de toute prestation doit dès lors être confirmé.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 9. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. 9.1. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais du 8 décembre 2016. 9.2. Il n'est pas non plus alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 8 décembre 2016 (cf. 605 2016 260). III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. 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 8 avril 2019/isc Le Président :
La Greffière :

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