

# FR\_GERICHTE 608 2014 36 vom 28. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_36](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_36)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 36 du 28 septembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 36 del 28 settembre 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 13

mai et 20 octobre 2015 de M. \_\_\_\_\_, qui respectivement lui a reconnu une aptitude au placement à un taux de 30% depuis le 23 avril 2015 et l'a assigné à un stage à un taux de 30% en qualité de maître socio-professionnel auprès de N. \_\_\_\_\_ (bordereau VI du recourant). L'autorité intimée, par acte du 18 janvier 2016, dit ne pas avoir de remarques à formuler. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 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 dûment représenté, le recours est recevable. 2. Dans ses observations complémentaires du 13 février 2015, le recourant, en se référant aux modalités ayant précédé le dépôt de l'expertise du 13 mars 2012, a invoqué une violation des principes fixés par l'ATF 137 V 210, notamment quant à son droit d'être entendu. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI ; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c ; 131 V 35 consid. 4.2). L'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. En outre, l'art. 72bis RAI prévoit que les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales – expertises pluridisciplinaires – doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et que l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans son arrêt publié aux ATF 137 V

210 – énonçant des exigences constitutionnelles applicables par analogie aux expertises médicales mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349) –, le Tribunal fédéral a retenu que la récolte de données médicales à l'appui de la décision auprès d'instituts d'expertise externes, comme le COMAI dans l'assurance-invalidité suisse, ainsi que l'utilisation de ces données également dans la procédure judiciaire sont en soi conformes à la Constitution et à la CEDH (consid. 2.1-2.3) ; que la recherche d'un accord préalable était obligatoire et qu'en cas de désaccord, l'expertise doit être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances respectivement du Tribunal administratif fédéral (consid. 3.4.2.6 ; changement de la jurisprudence développée dans l'ATF 132 V 93) ; et que la personne assurée bénéficie de droits de participation antérieurs et que l'OAI soumettra dès lors à l'assuré le catalogue des questions pour détermination dans la décision ordonnant l'expertise (consid. 3.4.2.9 ; changement de la jurisprudence développée dans l'ATF 133 V 446).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 b) En l'espèce, le recourant a pu, a posteriori, s'expliquer et prendre position à répétées reprises sur l'expertise litigieuse, tant devant l'autorité intimée que devant la Cour de céans. Il a, a priori, eu l'occasion de s'exprimer sur le catalogue de questions et les questions spécifiques qui allaient être posées aux experts (cf. dossier AI pce p. 499 s.) et pu se déterminer sur les experts et demander leur récusation, ce qu'il a d'ailleurs fait au sujet du Dr O. \_\_\_\_\_ qui a dès lors été remplacé par le Dr H. \_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 509 s., 514) ; l'assuré n'ayant ensuite plus réagi, il convient de considérer qu'il y a eu accord préalable. En tout état de cause, se borner à mettre en doute la valeur probante de l'expertise de F. \_\_\_\_\_ en mentionnant l'ATF 137 V 210 sans toutefois en tirer d'arguments concrets, n'est pas pertinent (arrêt TF 9C\_627/2011 du 27 février 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de noter que le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû poser de plus amples questions aux experts sollicités, voire procéder à une expertise complémentaire, et a en cela violé le principe de la maxime inquisitoire est une question qui relève non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de l'examiner avec le fond du litige (arrêts TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. b) 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 aux conditions suivantes: a. 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 ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son

droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). c) 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.).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 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 légitimement 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). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à 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). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche 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. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se

demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 137 V 270 consid. 6). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 d) Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas 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). 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). e) 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). Il y a en outre 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée ; arrêt TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). f) En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 126 V 75 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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 avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). Une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la

réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2, ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 Selon l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement 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 de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. g) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1 ; ATF 128 V 174 ; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). 4. a) aa) Les pièces suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction : - Le rapport médical du 20 janvier 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 droite, molle (dossier AI pce p. 111, 152). - Le certificat d'incapacité de travail du 26 janvier 2009 du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale (dossier AI pce p. 5, 117, 157). - Le protocole opératoire du 23 janvier 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_ : Une discectomie avec mise en place d'une prothèse totale de disque C6-C7 de type Baguera a été pratiquée (dossier AI pce p. 112, 146, 292).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 - Le rapport médical initial LAA et la lettre du 3 février 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une évolution post-opératoire satisfaisante (dossier AI pces p. 113, 147, 290 s.). - Le rapport médical du 10 mars 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a effectué un contrôle post- opératoire positif (dossier AI pce p. 151). - Le premier certificat maladie, perte de gain maladie, du 6 avril 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a confirmé les diagnostics connus (dossier AI pce p. 159). - La missive adressée le 9 avril 2009 par le Dr P.\_\_\_\_\_ à E.\_\_\_\_\_, assureur-accident de l'assuré, dans laquelle le médecin a précisé que la relation de causalité naturelle entre l'accident et la survenance de la hernie discale était probable. Il a en outre fait état d'une amélioration de la situation clinique de son patient (dossier AI pce p. 83). - Le rapport médical du 5 mai 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a constaté que la prothèse était bien mise en place (dossier AI pce p. 150). - La retranscription de l'entretien du 18 mai 2009 avec le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a estimé que l'incapacité de travail était justifiée, mais considéré que, s'il n'y avait pas de reprise de travail fin juin, une expertise devrait être ordonnée (dossier AI pce p. 161). - Le rapport médical du 16 juin 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a émis l'hypothèse que le disque C5- C6 se soit dégradé et soit responsable des douleurs (dossier AI pce p. 149, 287). - Les rapports médicaux des 25 et 29 juin 2009 du Dr Q.\_\_\_\_\_, qui a constaté l'échec de l'infiltration facettaire et exprimé la nécessité d'une antalgie majeure. Le médecin a noté au demeurant une hypercholestérolémie et une hyperuricémie traitées en 1996. Il a noté une péjoration de l'état de santé de son patient et conclu à une incapacité totale de travail (dossier AI pce p. 35 à 41, 64). - Le rapport d'expertise du 7 juillet 2009 réalisé à la demande de E.\_\_\_\_\_ par le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a estimé que la capacité de travail de l'assuré paraissait nulle, de facto, au vu de l'importance des douleurs exprimées, mais a précisé qu'il n'avait actuellement pas d'explication somatique claire à cette incapacité de travail : « l'importance actuelle des plaintes contraste avec la discrétion des éléments cliniques objectifs, la normalité de l'ENMG et l'absence d'explication aux troubles à l'IRM cervicale ». A son avis, une reprise de travail progressive, à un taux de 25 puis 50%, semblait possible avec cependant certaines limitations fonctionnelles (dossier AI pce p. 163 à 175). - Le rapport médical du 14 juillet 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a noté que le traitement de morphine, associé à la chiropraxie, semblait efficace. Le médecin n'excluait cependant pas une nouvelle intervention chirurgicale, cette fois au niveau C5-C6 (dossier AI pce p. 148, 288). - Le rapport interne du 13 août 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a relevé une amélioration sous hautes doses de Palladon (dossier AI pce p. 192). - Le rapport médical du 7 septembre 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a exposé que si l'évolution continue favorablement, une reprise de travail sera envisagée pour la fin de l'année (dossier AI pce p. 193).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 - La prise de position du 1er octobre 2009 de la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine du travail, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a estimé que la situation évoluait lentement dans un sens favorable, mais qu'elle n'était à ce jour pas stabilisée à telle enseigne qu'une prévision sur la capacité de travail résiduelle serait difficile (dossier AI pce p. 199 à 201 et 203 à 205). - La lettre du 13 octobre 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a souligné qu'il n'y avait toujours pas d'explication claire pour les douleurs résiduelles (dossier AI pce p. 284). - Le rapport médical du 27 novembre 2009 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a retenu un syndrome douloureux chronique cervical et crânien, avec irradiation aux membres supérieurs, d'étiologie précise indéterminée, apparu à la suite d'un traumatisme mineur. Il a suggéré l'adjonction éventuelle d'un traitement antidépresseur et

estime important que soit tentée, à partir du 1er janvier 2010, une reprise professionnelle progressive (dossier AI pce p. 293 à 299). - La lettre et le rapport médical respectivement des 25 et 26 janvier 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a estimé que la reprise de travail s'était soldée par un échec, malgré les nombreuses thérapies et une excellente mobilité de la nuque. Le médecin a parlé de myogélose et suggéré une aide psychiatrique. Il a adressé l'assuré à T.\_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 222 s., 304). - Le rapport médical du 18 février 2010 de la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a explicitement mis en cause les conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_ relatives au traumatisme mineur et au syndrome douloureux chronique cervical (dossier AI pces p. 307 s.). - Le rapport médical du 19 mars 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, qui a également évoqué une origine C5-C6 aux cervicalgies. Il a estimé que le patient était incapable d'exercer son activité (dossier AI pce p. 246, 312 s.). - Les rapports d'observation des 22 mars et 11 avril 2010 de W.\_\_\_\_\_, qui a noté que l'assuré se déplaçait normalement, sans problème de mobilité apparent, que ce soit en promenade avec son chien ou lors du jardinage ; à aucun moment, l'assuré ne semblait gêné par des douleurs : il se penche sans problème en avant, il entre et sort de son véhicule sans difficulté, il effectue des rotations du torse sans gêne apparente, sa démarche est fluide et il ne semble pas avoir de problème d'équilibre. Il n'a pas été possible d'établir si l'assuré exerçait une activité informatique à domicile (dossier AI pces p. 314 à 337, 346 à 361) ; après avoir relevé des contradictions entre ces rapports et les déclarations de l'assuré – qui se disait notamment incapable de rester assis plus de

#### **E. 15**

minutes – X.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations. - Les certificats d'incapacité de travail des 7 janvier, 26 février et 13 avril 2010 de la Dresse U.\_\_\_\_\_ (dossier AI pces p. 301, 309 à 311). - La lettre du 20 avril 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a exposé envisager une prothèse totale de disque C5-C6 (dossier AI pce p. 264, 310). - Le protocole opératoire et la lettre respectivement des 5 et 11 mai 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_ : La pose d'une prothèse totale de disque cervical C5-C6 de type Baguera est alors pratiquée, avec, au contrôle final, « une prothèse légèrement excentrée, mais encore acceptable » (dossier AI pces p. 366 s.).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 - Le rapport médical du 22 juin 2010 de la Dresse U.\_\_\_\_\_, qui a considéré qu'en raison de contractures douloureuses de la ceinture scapulaire bilatérale et de troubles statiques invalidants, la capacité de travail de son patient ne dépassait pas 1 à 2 heures par jour avec une diminution de rendement de 100% (dossier AI pce p. 372 à 378). - Les rapports médicaux des 10 juin, 31 août, 4 novembre, 21 décembre 2010, 11 et 22 janvier 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que la situation semblait s'améliorer sous traitement chiropratique et de physiothérapie, qu'une nouvelle expertise s'avérerait peut-être nécessaire et qu'une prise en charge en médecine alternative (acupuncture, sophrologie, autohypnose) serait utile. Le médecin a estimé que son patient serait « définitivement en arrêt de travail pour une période extrêmement prolongée » (dossier AI pces p. 368, 388 s., 405 à 407, 409 s.). - Le rapport médical du 25 février 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui a noté que les anciennes douleurs avaient disparu, mais qu'une nouvelle composante située au-dessus du niveau précédemment douloureux était apparue. Il a observé un status neurologique parfaitement normal, mais a toutefois mentionné que la prothèse était insérée de façon asymétrique et s'est dès lors demandé s'il ne convenait pas de retirer la prothèse et de fusionner le segment. Le médecin a relevé que son patient était fortement déstabilisé par le procès à venir avec son assurance-accident (dossier AI pce p.

421 s.). - La lettre du 5 mai 2011 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a rejeté la suggestion du Dr V. \_\_\_\_\_, l'estimant grevée d'un risque trop important. Une prise en charge psychiatrique ou par des thérapies alternatives est à nouveau suggérée, dans le contexte d'un conflit asséurologique. Même s'il précise qu'il n'y a pas de raison de penser à un simulateur, il a estimé qu'une nouvelle expertise serait indiquée (dossier AI pce p. 437 s.). - Le rapport d'expertise du 12 mai 2011 du Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a été mandaté par le Dr Z. \_\_\_\_\_ de AA. \_\_\_\_\_ agissant lui-même sur mandat de l'assureur-accident : L'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit, une spondylose C5-C6, ainsi que des status postcure de hernie discale C6- C7 et mise en place d'une prothèse cervicale en janvier 2009, de status après mise en place d'une prothèse cervicale C5-C6 en mai 2010. Lors de l'examen clinique, il a constaté que les limitations fonctionnelles du rachis cervical étaient minimales, la mobilité des épaules complète et la force des membres supérieurs entière ; il n'a ainsi pas retenu de limitation mécanique susceptible d'entraver le quotidien de l'assuré et a considéré que la symptomatologie douloureuse résiduelle était attribuable à des douleurs inflammatoires et musculaires non objectivable. L'expert a, en conclusion, considéré que les douleurs ressenties justifiaient un travail sédentaire à semi- sédentaire, tel que celui pratiqué dans un bureau, pour autant que l'assuré puisse quitter son poste de travail quelques minutes afin d'effectuer des étirements musculaires à intervalles réguliers. Et l'expert d'ajouter : « Oui, l'activité exercée jusqu'à présent est tout à fait exigible. Actuellement, [l'assuré] a repris une activité professionnelle d'environ deux heures par jour depuis le 17 janvier 2011 en accomplissant un mandat dans le cadre de son ancienne profession. Il est souhaitable que cette capacité puisse augmenter dans un avenir proche en fonction de l'évolution de la situation médicale qui n'est pas encore stabilisée. Une activité de l'ordre de 4 heures par jour me semble être envisageable d'ici trois mois. Celle-ci pourra être progressivement augmentée en fonction soit de la diminution spontanée des douleurs, consécutive aux phénomènes de guérison, soit à l'adaptation d'un traitement médicamenteux optimal. Actuellement, il ne m'est donc pas possible de prédire le nombre exact d'heures exigibles dans le futur » (dossier AI pce p. 453 à 476).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 - La prise de position du 8 juin 2011 de la Dresse AB. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, du SMR, qui a considéré qu'une expertise pluridisciplinaire neurologique/psychiatrique apparaissait indiquée (dossier AI pce p. 439). - Le rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 mars 2012 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, de F. \_\_\_\_\_ : ■ Selon l'expert neurologue, il n'y a pas de syndrome cervical, ni signe médullaire, ni syndrome radiculaire aux membres supérieurs, pas d'anomalie objective à l'examen en somme. Il n'y a pas de compression des structures nerveuses, radiculaires et médullaires et, dès lors, pas d'explication neurologique à l'origine des plaintes. L'expert en a conclu qu'il n'y avait donc pas de diagnostic et par conséquent pas de limitation fonctionnelle ou d'incapacité de travail. ■ Selon l'expert psychiatre, l'expertisé présente une humeur légèrement dépressive avec état anxieux dans le contexte de ses douleurs cervicales persistantes, modérément triste, sans idée suicidaire, capable d'établir une relation tout à fait adéquate et montrant une certaine confiance en lui. Il n'y a pas d'élément parlant en faveur d'un trouble de la personnalité. L'expert a estimé que « son état psychique n'[était] en rien invalidant, donc pas de comorbidité psychiatrique grave au trouble somatoforme, pas de réelle perte d'intégration sociale, pas d'état psychique

crystallisé ». ■ Les experts ont ainsi retenu les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, suivants : « status après mise en place de deux prothèses totales de disques, en C6-C7 et en C5-C6 ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; et obésité de degré I selon l'OMS ». Ils ont dès lors conjointement conclu que : « Compte tenu de l'ensemble du bilan psychiatrique et somatique, nous retenons, au terme de cette expertise pluridisciplinaire et de façon consensuelle, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans critère de sévérité ». En définitive, les experts ont explicitement exclu tout diagnostic avec influence sur la capacité de travail et conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement à compter de six mois après la seconde opération du 5 mai 2010. Toutefois, à la question « Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins », les experts ont répondu « Depuis le 13.01.2009 » ; en outre, à la question « Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? » ils ont répondu : « Selon le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son expertise du 07.07.2009, [l'assuré] aurait alors pu reprendre une activité à 25%, à augmenter par la suite à 50%. Toutefois, cette reprise n'aurait pas été durable, car la discopathie C5-C6 a certainement dû être symptomatique avant de motiver l'opération (prothèse discale) du 05.05.1010. On peut admettre une incapacité de travail de 6 mois après cette 2ème opération » (dossier AI pce p. 516 à 530). bb) Ont ensuite encore été produits : - Le rapport médical du 9 mai 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, de T.\_\_\_\_\_, qui a signifié que le patient avait subi un test par administration de Fentanyl effectué par technique péridurale cervicale. De ce test, il est ressorti que l'assuré

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 souffrait bien d'une douleur d'origine organique et que cette douleur était d'origine musculo- squelettique (dossier AI pce p. 572). - Le rapport médical du 19 juin 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a estimé que son patient ne pouvait pas travailler à plus de 30%, qu'il ne pouvait pas faire d'effort physique soutenu et régulier, soutenir une position assise et se concentrer plus de quelques heures par jour actuellement. A son avis, il est tout à fait concevable que d'ici un, deux ou trois ans le patient retrouve une capacité de travail pleine et entière (dossier AI pce p. 569 s.). - Le rapport médical du 28 juin 2012 du Dr U.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a, avec son patient, établi une liste de l'influence des douleurs dans l'accomplissement de ses activités professionnelles et privées – liste « limitations sur le plan physique », liste « limitations sur le plan psychique et mental », liste « limitations sur le plan social », liste « influences sur les activités professionnelles et sociales exercées jusqu'ici » et liste « liste des mesures mises en place » – (dossier AI pce p. 375 à 379). - Le rapport médical du 19 septembre 2012 du Dr AC.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, de AD.\_\_\_\_\_, qui a estimé que « en différé de ces interventions chirurgicales, l'évolution n'est pas satisfaisante, malgré l'investissement du patient et les diverses approches thérapeutiques. Des séquelles vont perdurer. Autrement dit, on n'est pas en droit de retenir le statu quo ante, ni le statu quo sine ». Le médecin a finalement conclu à une capacité de travail de 30% au plus (dossier AI pce p. 630 à 635 et 651 à 658). - Le rapport médical du 26 mars 2013 du Dr AE.\_\_\_\_\_, qui a exposé que les difficultés conjugales, professionnelles et asséculogiques entretenaient la symptomatologie dépressive et algique (dossier AI pce p. 647). - Le rapport médical du 4 juin 2013 du Dr AE.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une dépression installée depuis 2009, présentant une évolution défavorable (dossier AI pce p. 686). - Le rapport de sortie du 6 juin 2013 du Dr AF.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de AG.\_\_\_\_\_, qui a souligné qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune

psychopathologie. Il a noté que la situation était stabilisée, qu'il n'y avait pas de modification sur le plan des douleurs, même si le patient avait annoncé une amélioration de sa condition physique générale et de son endurance. La participation de l'assuré aux thérapies a été considérée comme élevée, aucune incohérence n'ayant au demeurant été relevée (dossier AI pce p. 673 à 676). - Le rapport médical du 7 octobre 2013 du Dr AE. \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un syndrome dépressif sévère (F32.2) existant depuis le 13 janvier 2009 et a considéré que son patient était totalement incapable de travailler en raison des douleurs ressenties dans quelque activité que ce soit (dossier AI pce p. 715 à 718). - Le rapport médical du 6 novembre 2013 du Dr AH. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie et antalgie, qui a émis un pronostic défavorable (dossier AI pce p. 723 à 726 et 727 à 732). - La prise de position du 16 décembre 2013 de la Dresse AB. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a estimé que les rapports médicaux postérieurs à l'expertise ne font que reprendre des éléments analysés lors de

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 cette dernière, à telle enseigne qu'ils n'ont pas vocation à en modifier les conclusions (dossier AI pce p. 734). - Le rapport médical du 19 décembre 2013 du Dr AH. \_\_\_\_\_, qui a proposé un test de stimulation sous-cutanée occipitale, les multiples traitements d'antalgie interventionnelle effectués jusqu'ici ayant échoué (dossier AI pce p. 738 s.). - Les certificats d'incapacité de travail des 20, 27 janvier, 17 mars, 5 mai, 16 juin, 13 août, 29 septembre 2009, 9, 21 janvier, 20 avril, 8 mai, 17 juin, 31 août, 4 novembre 2010, 8 février, 5 mars, 21 juin, 18 août et 15 septembre 2011 et ceux illisibles ou non datés du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale (dossier AI pces p. 1 à 4, 98, 107, 115 s., 155 s., 158, 160, 162, 300, 302 s., 548 à 562 ; cf. également p. 153 s.). - Les certificats d'incapacité de travail des 26 octobre 2011, 10 janvier, 10 février, 7, 19 mars, 2 avril, 3 juillet, 5 septembre, 10 octobre, 3, 12 décembre 2012 et certains de dates illisibles de la Dresse U. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale (dossier AI pces p. 541 à 547, 571, 585 à 587, 604, 606, 610). - Les certificats d'incapacité de travail totale des 18 décembre 2012, 23 janvier, 1er février, 1er, 26 mars, 4, 18 juin, 22 juillet, 2 septembre, 7 octobre, 5 novembre 2013 du Dr AE. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie (dossier AI pces p. 612, 616, 620, 636 à 639, 645, 649, 659 à 661, 664 s., 667, 684, 698, 709, 720). Faisant siennes les conclusions de son SMR et de F. \_\_\_\_\_, l'OAI a, par décision du 27 janvier 2014, refusé l'octroi d'une rente à l'assuré. cc) Ont été déposés au dossier après la décision litigieuse : - Le rapport médical du 23 janvier 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a exposé que le niveau des douleurs était resté stagnant et estimé que son patient était sévèrement invalidé par elles (dossier AI pce p. 745). - Les certificats d'incapacité de travail totale des 4, 20 février et 11 mars 2014 du Dr AE. \_\_\_\_\_ (dossier AI pces p. 750, 753, 755). dd) Ont été nouvellement produits dans le cadre de la présente procédure de recours : - Le rapport du 22 mai 2013 de la Dresse AI. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, de AG. \_\_\_\_\_, qui a constaté que la mobilité de la nuque était conservée dans tous les axes avec une limitation en fin de course en raison des douleurs. Elle a également noté l'absence de trouble de la sensibilité et de la force (bordereau I du recourant pce 11). - Les certificats d'incapacité de travail totale des 2 mai, 11 juin, 4 juillet et 11 août 2014 du Dr AE. \_\_\_\_\_ (bordereau II du recourant pces 16). - Le rapport médical du 8 juillet 2014 du Dr AC. \_\_\_\_\_, de AD. \_\_\_\_\_, qui a proposé une rééducation en milieu stationnaire (bordereau II du recourant pce 18). - Le rapport médical du 6 octobre 2014 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a relevé que les douleurs étaient localisées au niveau cervico-scapulaire postérieur bilatéral, avec irradiations, et

qu'elles étaient maximales au niveau de la nuque, des

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 membres supérieurs et de la tête, les paroxysmes fulgurants apparaissant deux à dix fois par jour (bordereau II du recourant pce 20). - La lettre de sortie du 19 novembre 2014 du Dr AJ. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, de AG. \_\_\_\_\_, qui a exposé que l'assuré était dans l'attente d'une solution neurochirurgicale à visée antalgique et l'a déclaré totalement incapable de travailler du 8 octobre au 12 novembre 2014 (bordereau III du recourant pce 21). - Le rapport médical du 19 janvier 2015 du Dr AJ. \_\_\_\_\_, de AG. \_\_\_\_\_, qui à la demande de son patient a confirmé qu'à deux reprises un épisode marqué nécessitant de coucher par terre a été constaté lors de séances de physiothérapie, alors que les paramètres hémodynamiques étaient rassurants (bordereau III du recourant pce 22). - Le compte-rendu psychiatrique du 17 mars 2015 du Dr AE. \_\_\_\_\_, qui a noté un syndrome dépressif réactionnel à la symptomatologie douloureuse, ainsi qu'une perte de l'élan vital, des idées de dévalorisation et de culpabilisation, une idéation suicidaire, une hyperphagie ayant entraîné une prise de poids de 15 kilos en 4 ans et un syndrome hyperalgique ; le psychiatre précise que depuis janvier 2011 la symptomatologie dépressive a été franche avec des idées de dévalorisation et une perte d'énergie (bordereau IV du recourant pce 24). - Le rapport médical du 30 mars 2015 du Dr AK. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a signifié être en accord avec l'opinion exprimée par le Dr J. \_\_\_\_\_, selon lequel il y aurait une indication de lésion cérébrale ou de stimulation cérébrale (bordereau V du recourant pce 27). - Le rapport médical du 1er avril 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_, qui, en date du 25 mars 2015, a réalisé sur son patient une thalamotomie centrale latérale bilatérale par ultrasons focalisés transcrâniens MR-guidés sans incision, ayant entraîné une conséquente diminution des douleurs (bordereau IV du recourant pce 25). - Le rapport médical du 6 juillet 2015 du Dr AE. \_\_\_\_\_, qui a constaté une régression des douleurs suite à l'intervention neurochirurgicale du Dr J. \_\_\_\_\_. Il a rappelé qu'avant ladite intervention, son patient était totalement incapable de travailler (bordereau IV du recourant pce 26). - Le certificat d'incapacité de travail du 28 juillet 2015 du Dr AE. \_\_\_\_\_ (bordereau V du recourant pce 28). b) aa) Dans la présente occurrence, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 mars 2012 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, psychiatre, et du Dr H. \_\_\_\_\_, neurologue, de F. \_\_\_\_\_, pour refuser au recourant un droit à une rente de l'assurance-invalidité : Les experts sollicités ont, conjointement, en effet conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement à compter de six mois après l'opération du 5 mai 2010. Sur le plan physique, aucun syndrome cervical n'a été constaté, ni de signe médullaire, ni de syndrome radiculaire aux membres supérieurs, ni de compression des structures nerveuses, radiculaires et médullaires ; seuls un status après mise en place de deux prothèses totales de disques, en C6-C7 puis en C5-C6, et une obésité de degré I, sans influence sur la capacité de travail, ont finalement été retenus. Sur le plan psychique, une humeur légèrement dépressive, modérément triste, sans idée suicidaire, a simplement été constatée, tout trouble de la

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 personnalité ayant été explicitement exclu ; seul un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans influence sur la capacité de travail, a en définitive été retenu. S'agissant du rapport d'expertise en question, la Cour de céans constate qu'il se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient personnellement reçu et examiné le recourant

respectivement les 9 et 14 février 2012. Il prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. Enfin, l'appréciation médicale retenue est claire et les conclusions des experts sont dûment motivées. Aussi ledit rapport satisfait-il entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Il sied, par voie de conséquence, de lui accorder une pleine valeur probante. C'est le lieu de relever que le recourant n'a, dans ses écritures successives, jamais directement remis en cause la valeur probante dudit rapport ou critiqué son contenu. L'expertise en question satisfait par ailleurs pleinement aux exigences de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux. Certes, l'expert psychiatre sollicité a, dans ses conclusions, expressément noté qu'il n'y avait « donc pas de comorbidité psychiatrique grave au trouble somatoforme, pas de réelle perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé », reprenant en cela les critères qui prévalaient sous l'égide de la jurisprudence antérieure à l'ATF 141 V 281. Il ne s'agit toutefois là que d'un corollaire, d'une conclusion indirecte qu'il a tirée des constatations médicales objectives effectuées (d'où l'utilisation de la conjonction de coordination « donc »). L'expert n'est pas parti d'une vision prédéfinie, de la présomption révolue que le trouble somatoforme pouvait être surmonté par l'assuré. Il a au contraire concrètement exclu tout trouble à la personnalité, toute atteinte significative à la santé psychique du recourant, pour aboutir à la conclusion univoque que « son état psychique n'est en rien invalidant ». Au demeurant, sur le plan physique, la Cour de céans souligne que l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré est corroborée par les rapports d'expertise du 7 juillet 2009 du Dr O. \_\_\_\_\_ et du 12 mai 2011 du Dr Y. \_\_\_\_\_. Abstraction faite des périodes post-opératoires, l'existence d'une capacité de travail entière sur le plan physique est donc patente. Sur le plan psychique et psychosomatique, il sied de constater que le Dr O. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2009, a noté une discrédance frappante entre les plaintes et les éléments cliniques objectifs et que W. \_\_\_\_\_, dans ses rapports d'observation des 22 mars et 11 avril 2010, a souligné qu'à aucun moment l'assuré ne semblait gêné par des douleurs ; le Dr V. \_\_\_\_\_, le Dr P. \_\_\_\_\_, le Dr AE. \_\_\_\_\_ et le Dr J. \_\_\_\_\_, dans leurs rapport respectifs des 25 février, 5 mai 2011, 26 mars 2013 et 6 octobre 2014, ont en outre tous relevé l'existence de facteurs extramédicaux, tel que le contexte assécurologique, qui n'ont en soi pas vocation à justifier la reconnaissance d'une invalidité. Eu égard à ce qui précède, à défaut d'une atteinte psychique plus importante qu'une simple humeur dépressive et influençant la capacité de travail de manière autonome, force est de retenir qu'un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail de manière importante fait manifestement défaut. Le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'est donc pas invalidant. Contrairement à l'opinion du recourant, il n'y a dans le cas d'espèce pas lieu de donner préséance aux conclusions de certains de ses médecins traitants (les Drs P. \_\_\_\_\_, AC. \_\_\_\_\_ et AE. \_\_\_\_\_) : Leurs rapports sont en effet par trop succincts, contradictoires parfois (le Dr P. \_\_\_\_\_, notamment, a estimé que son patient était « définitivement en arrêt de travail pour

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 une période extrêmement prolongée ») et ne sont pas fondés sur des examens suffisamment approfondis ainsi que sur l'entier du dossier de l'assuré, contrairement aux rapports d'expertise susmentionnés ; il convient, enfin, de tenir compte du fait que les médecins traitants, dans leur appréciation médicale, sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient (cf. supra 3d). En l'espèce, les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales,

ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire le recourant. La jurisprudence admet un tel procédé (cf. supra 3d). Une aggravation de la situation clinique de l'assuré postérieure au rapport d'expertise de F.\_\_\_\_\_ peut enfin être exclue : Dans leurs rapports respectifs des 6 octobre 2014 et 30 mars 2015, les Drs J.\_\_\_\_\_ et AK.\_\_\_\_\_ ont certes noté une indication de lésion cérébrale ou de stimulation cérébrale ; il ne s'agit toutefois là que d'une indication qui est ressortie d'un unique test et lesdits médecins n'ont pris aucune conclusion quant à la capacité de travail de leur patient et à l'évolution de cette dernière. Par ailleurs, dans son compte-rendu psychiatrique du 17 mars 2015, le Dr AE.\_\_\_\_\_ a nouvellement constaté une perte de l'élan vital, des idées de dévalorisation et de culpabilisation, ainsi qu'une idéation suicidaire ; il a cependant exposé que ces symptômes existaient depuis 2011 déjà, ce qui est contredit par l'expertise de F.\_\_\_\_\_. En tout état de cause, aucun des médecins qui se sont exprimé postérieurement à l'expertise n'a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (cf. au contraire la prise de position du 16 décembre 2013 de la Dresse AB.\_\_\_\_\_). Partant, il sied de retenir que, à compter de six mois après l'opération du 5 mai 2010, le recourant dispose d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement. bb) Cela étant, la Cour de céans constate d'office qu'à la question « Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins », les experts ont répondu « Depuis le 13.01.2009 » et que de plus, à la question « Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? » ils ont répondu : « Selon le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son expertise du 07.07.2009, [l'assuré] aurait alors pu reprendre une activité à 25%, à augmenter par la suite à 50%. Toutefois, cette reprise n'aurait pas été durable, car la discopathie C5-C6 a certainement dû être symptomatique avant de motiver l'opération (prothèse discale) du 05.05.1010. On peut admettre une incapacité de travail de 6 mois après cette 2ème opération ». A la lecture successive de ces deux conclusions, il apparaît patent que les experts entendaient reconnaître à l'assuré une incapacité de travail totale à compter de l'accident. De plus, la période durant laquelle il aurait pu reprendre une activité professionnelle à 50% ne saurait être prise en compte, puisque la période de reprise (à 25%, voire 50%) a été jugée non durable par les experts ; l'assuré a ainsi selon toute vraisemblance présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, cf. supra 3b). C'est le lieu de noter par ailleurs que les conclusions des experts valent sans nul doute pour toute activité professionnelle, étant entendu que son activité habituelle a été et doit être qualifiée de légère (cf. à cet égard notamment le rapport d'expertise du 12 mai 2011 du Dr Y.\_\_\_\_\_).

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 En définitive, la Cour de céans retient que les experts ont estimé que le recourant avait présenté une incapacité de travail de 75% à tout le moins, dans toute activité, du 13 janvier 2009 au 5 novembre 2010. Eu égard aux considérations relatives à l'expertise de F.\_\_\_\_\_ qui précèdent, elle fait siennes les conclusions des experts mandatés par l'OAI ; il sied de noter que l'office, dans ses observations du 23 avril 2014, a expressément reconnu que le recourant avait présenté une incapacité de travail après ses deux opérations (« les périodes d'arrêt consécutives aux opérations subies mises à part ») et a fondé son argumentation sur l'expertise de F.\_\_\_\_\_, mais n'a curieusement pas examiné l'étendue de cette incapacité médicalement attestée. La reconnaissance de cette incapacité de travail est fondée sur une situation manifestement provisoire, soit sur deux périodes de réhabilitation post-opératoires a priori limitées dans le temps (cf. à cet égard la

prise de position du 1er octobre 2009 de la Dresse S. \_\_\_\_\_, le rapport d'expertise du 12 mai 2011 du Dr Y. \_\_\_\_\_). L'instruction plus approfondie de la situation clinique du recourant mise en œuvre par l'autorité intimée, après stabilisation, était donc impérativement nécessaire pour valablement fonder ou nier un droit à la rente dans la durée. L'art. 17 LPGA ne fait donc, dans la présente occurrence, pas obstacle à la suppression de la rente (cpr. arrêt TF 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2 ; cf. supra 3e). 5. a) Par conséquent, le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er janvier 2010, date à laquelle il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (une année depuis le 13 janvier 2009, jour de l'accident ; art. 28 al. 1 let. b LAI) ; en tout état de cause, il ne peut prétendre à une rente avant le 1er janvier 2010, le droit à la rente ne pouvant prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'un délai d'attente de six mois à compter de la date de la demande (six mois depuis le

#### **E. 16**

juin 2009 ; art. 29 al. 1 LAI). Son droit à la rente s'éteint au 28 février 2011 (trois mois depuis le 5 novembre 2011 ; art. 88a al. 1 RAI). La décision litigieuse doit être réformée en ce sens. Il s'ensuit l'admission partielle du recours. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être répartis à raison de CHF 160.- à la charge de l'autorité intimée, soit un cinquième, et de CHF 640.- à la charge du recourant, soit les quatre cinquièmes. Le recourant n'a en effet obtenu qu'une rente entière d'invalidité pour une durée déterminée (14 mois) en lieu et place de la rente entière demandée depuis janvier 2010 pour une durée indéterminée. Les CHF 640.- de frais mis à la charge du recourant sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 160.- lui est restitué. c) Ayant obtenu très partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens (réduits). Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1) et au tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; RSF 150.12), il sied de lui reconnaître une indemnité pour ses dépens de CHF 1'150.- – à savoir 5 heures (le cinquième de 25 heures, les 36.7 heures requises – en particulier celles relatives aux écritures postérieures au recours – n'étant manifestement pas en proportion avec la complexité relative de l'affaire) à CHF 230.-, plus CHF 6.85 au titre de débours (le cinquième de CHF 34.30), plus CHF 92.55 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 1'249.40 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée au mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, A. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2010 au 28 février 2011, tout droit à une rente lui étant nié à compter du 1er mars 2011. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg par CHF 160.- et à la charge de A. \_\_\_\_\_ par CHF 640.-. Les CHF 640.- de frais mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 160.- lui est restitué. III. L'indemnité de dépens allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 1'150.-, plus un montant de CHF 6.85 au titre de débours, plus CHF 92.55 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 1'249.40. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et est directement versée à Me Guy Longchamp. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30

jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 septembre 2016/yho  
Président Greffière-stagiaire

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