

FR_GERICHTE 608 2017 35 vom 8. Mai 2018

FR Kantonsgericht, 2018-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_35

FR: FR_GERICHTE 608 2017 35 du 8 mai 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 35 del 8 maggio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 25

avril 2008. Le 22 août 2008, il a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir de problèmes au niveau de la colonne vertébrale, d'une déchirure musculaire à l'épaule droite ainsi que d'une faiblesse à la jambe droite. B. Par décision du 29 septembre 2009, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente, motif pris que ce dernier présentait une capacité de travail entière dans une activité lucrative adaptée à son état de santé et que l'exercice d'une telle activité lui permettrait de réaliser un revenu excluant précisément le droit à cette prestation (perte de gain de 27%). Cette décision a été contestée devant le Tribunal cantonal (605 2009 375). Au cours de la procédure de recours, l'OAI a proposé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. L'affaire a été rayée du rôle par décision du 17 février 2012. C. L'expertise (avec des volets en rhumatologie, psychiatrie, neurologie et médecine interne) a été diligentée auprès de D._____. Dans leur rapport du 15 janvier 2013, les experts concluent que la capacité de travail de l'assuré est complète dans toutes les activités en l'absence de diagnostic invalidant. Par décision du 14 octobre 2013, l'OAI a derechef rejeté la demande de rente. Par arrêt du 23 juillet 2015 (608 2013 177), la Cour de céans a admis le recours interjeté contre cette décision par l'assuré et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction. Elle a retenu que l'expertise pluridisciplinaire de D._____ ne permettait pas de trancher le litige conformément à la jurisprudence, alors nouvelle, du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes. D. Le 22 février 2016, l'OAI a informé l'assuré avoir mandaté le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse F._____, anciennement spécialiste en rhumatologie, pour expertise. Le 4 avril 2016, l'assuré a indiqué avoir annulé le rendez-vous auprès de l'expert-psychiatre dès lors qu'il ne s'était pas vu transmettre le questionnaire, remettant en outre en question tant son impartialité que l'utilité d'une telle expertise. L'OAI a rappelé à l'assuré son obligation de collaborer par courrier du 6 avril 2016, tout en lui transmettant une copie de ses précédents courriers et des questionnaires soumis aux experts. Le 11 avril 2016, l'assuré a derechef remis en cause l'impartialité des experts. Il s'est néanmoins rendu à l'examen de la Dresse F._____, laquelle a rendu son rapport le 19 mai 2016. Elle conclut à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Statuant en l'état du dossier, l'OAI a rejeté la demande de rente se fondant sur un degré d'invalidité de 3% par décision du 12 janvier 2017, reprenant un projet du 16 novembre 2016.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Bruno Kaufmann, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 20 février 2017

concluant, avec suite de frais et dépens, à la mise sur pied de mesures d'instruction. A l'appui de son recours, il demande la récusation du Dr E. _____ et de la Dresse F. _____ dont il met en doute l'indépendance, requérant que lui soit transmis le nombre de mandats qu'ils ont effectué pour l'OAI. Il conteste également le comportement de l'expert-psychiatre et les conclusions de l'expertise rhumatologique, qu'il estime non probante. Parallèlement à son recours, l'assuré a demandé (608 2017 36) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que son mandataire soit nommé avocat d'office. Par courrier du 24 février 2017, le délégué à l'instruction a déclaré cette requête irrecevable, l'avocat ne donnant pas de renseignement sur la situation financière de son client et la demande n'étant étayée par aucune pièce justificative. Le 10 avril 2017, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 23 mai 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il rappelle que la réalisation de l'expertise psychiatrique avait été ordonnée par le Tribunal cantonal et indique s'être plié à cet ordre. Ayant informé son assuré des conséquences d'une non-collaboration, il précise avoir statué sur la base des pièces à sa disposition et conclu à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il souligne que, depuis que le recourant a déposé sa demande de prestations, l'existence d'une telle capacité de travail est médicalement attestée. Ces observations ont été transmises au recourant pour information le même jour. Son mandataire a en outre consulté le dossier de la cause en février 2018. 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 cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 1.1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales contre une décision de refus de rente auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est – sous réserve du considérant 1.2. ci-dessous – recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 1.2. Par courrier adressé à lui-même et à son mandataire le 22 février 2016, l'OAI a informé le recourant avoir mandaté le Dr E. _____ et la Dresse F. _____ pour expertise. Il a transmis, par la même occasion, le catalogue des questions posées à l'expert et invitait le recourant à soumettre d'éventuelles remarques ou demande de récusation dans un délai de 10 jours. Pourtant, ce n'est que le 4 avril 2016 que le recourant a contesté les experts choisis, griefs qu'il a répétés dans le cadre du recours déposé devant la Cour de céans. Le délai qui lui avait été imparti

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 était dès lors échu depuis plus d'un mois, sans qu'il n'ait jamais demandé la prolongation ou la restitution du délai pour se prononcer. Tardifs, les griefs visant à récuser le Dr E. _____ et la Dresse F. _____ sont, dès lors, irrecevables. Au demeurant, on relèvera que le recourant n'a pas fait de demande formelle de décision incidente, sujette à recours (cf. arrêt TF 8C_660/2013 du 15 mai 2014 consid. 4.2). C'est à lui de supporter la responsabilité de ces manques. 2. 2.1 Aux termes de l'art. 8 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), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au

moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 2.2. 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.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017), 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré de gravité certain. 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. Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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). 2.3. Pour pouvoir décider, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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

E. 29

janvier 2008). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation

peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 2.4. Au sens de l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 al. 2 LPGA prévoit pour sa part que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. L'art. 43 al. 3 LPGA dispose que si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière; il doit lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Le dispositif est complété par l'art. 7b al. 2 LAI prévoyant qu'il peut être renoncé à la mise en demeure et au délai de réflexion si l'assuré ne communique pas les renseignements dont l'Office AI a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi. Selon la jurisprudence, la mise en demeure doit indiquer de façon suffisamment explicite ce que l'autorité attend de l'assuré. En outre, lorsque l'assuré ne donne pas suite à une mise en demeure, l'administration peut prononcer une décision de non-entrée en matière uniquement si les informations requises sont nécessaires pour éclaircir l'état des faits et déterminer les prestations dues et qu'elle ne peut se procurer celles-ci sans frais importants. Cela signifie par voie de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 conséquence que dès lors que l'autorité inférieure peut se prononcer sur la base de l'état de fait, la sanction de la non-entrée en matière ne lui est plus ouverte. Inversement, dès lors que le dossier ne lui permet pas de se prononcer, l'autorité inférieure prononce une décision de non-entrée en matière (arrêt TAF C-6129/2012 du 18 septembre 2013, consid. 6.1.2). En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et I 906/05 précité consid. 6, avec les références citées). 3. 3.1. Dans son courrier du 22 février 2016, lequel

informe le recourant de l'identité des experts et des questions posées, l'OAI le rendait également attentif à la teneur de l'art. 43 al. 3 LPGA précité (dossier OAI, p. 73). La teneur de cet article, et son renvoi à l'art. 7b LAI, lui était également rappelée dans le courrier du 6 avril 2016 dans lequel l'office précisait même qu'il attendait "une présence, mais aussi et surtout une coopération active et volontaire tout au long de [l']examen" et que "si malheureusement cela ne devait pas être le cas, [il prendrait sa] décision sur la base des éléments au dossier" (dossier OAI, p. 57). Ainsi, le recourant a été clairement averti des conséquences juridiques de son attitude. Il a de plus, de facto, bénéficié d'un délai de réflexion entre la communication du 22 février 2016 (nom des experts et catalogue des questions), les convocations des 14 et 31 mars 2016 (dossier OAI, p. 62, 64, 73) et les dates des examens en avril et mai 2016. Or, le recourant a refusé de se rendre à l'entretien auprès du Dr E. _____, dont il mettait en doute l'impartialité. Exigeant de connaître le nombre d'expertises qui avaient été attribués au médecin, il affirmait prédire "à l'avance les résultats de cette expertise avant même de s'être présenté, surtout chez ce médecin-psychiatre qui cite les assurés à comparaître" (dossier OAI, p. 59 et 54). Cependant, l'on constate que les motifs présentés n'apparaissent pas d'un très grand poids. De jurisprudence constante, le volume des mandats et des honoraires en tant que tel n'est pas de nature à créer une dépendance de l'expert par rapport à l'assureur social (cf. arrêt TF 8C_354/2016 du 25 octobre 2016 in SVR 2017 IV no 14 33). En outre, une importante activité d'expert pour le compte d'organismes d'assurances sociales ne constitue pas un grief d'absence d'indépendance (cf. arrêt TF 8C_467/2014 du 29 mai 2015 in SVR 2015 IV no 34 108). Ainsi, rien

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 dans les allégations du recourant ne permet de considérer son refus de collaborer comme excusable. Dans ces circonstances, d'un point de vue formel, l'autorité intimée était légitimée à prendre acte de ce refus et à statuer en l'état du dossier. 3.2. Cela étant, il incombe à la Cour de céans de déterminer si l'OAI était fondé, sur la base de l'état de fait existant, à rejeter la demande de rente. 3.2.1. Dans son arrêt du 23 juillet 2017, la Cour de céans constatait que, "l'expertise menée par D. _____ [pouvait] être considérée, de façon générale, comme concluante". Sur le plan somatique, elle relevait ainsi que "l'assuré a[vai] été soumis à différents spécialistes qui parv[enai]ent sur le principe à la même conclusion que les experts" et que "les experts repren[ai]ent pour l'essentiel les diagnostics posés par les spécialistes traitants, soit une tendinopathie chronique de l'épaule droite et les cervico-dorsalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés". Constatant l'existence d'une divergence quant à l'évaluation de la capacité de travail sur ce plan, la Cour s'était attachée aux conclusions des experts selon lesquels "l'exercice de toute activité devrait être possible au recourant". Elle relevait cependant que l'expert rhumatologue retenait l'existence d'un "trouble somatoforme (Fibromyalgie)". Dans ces circonstances, il convenait "de requérir l'avis d'un psychiatre lorsqu'il s'agi[ssait] de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie [était] susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques [avaient], selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. [...] Or, l'expert psychiatre renon[çait] expressément en l'espèce à se déterminer sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, tout en se référant aux anciens critères de la jurisprudence permettant exceptionnellement d'accorder à ce diagnostic la valeur d'une maladie invalidante. En arguant que ces conditions d'exception ne seraient pas satisfaites en l'espèce, l'expert ne se pench[ait] pas plus en avant sur la question du diagnostic". Ces considérations avaient amené la Cour de céans à considérer que le dossier n'était pas suffisamment instruit pour

pouvoir statuer, ce qui avait justifié le renvoi à l'autorité intimée pour complément d'instruction. 3.2.2. Dans ces circonstances, il convient d'examiner si, depuis l'arrêt de la Cour, les pièces au dossier permettent désormais de trancher directement le droit aux prestations du recourant, faisant apparaître comme inutile toute mesure d'instruction complémentaire. Le recourant a produit un rapport médical de son psychiatre traitant, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 24 août 2015. Celui-ci diagnostique un "F31.6 trouble bipolaire mixte" et une "F62.8 modification durable de la personnalité après une maladie psychique chronique", diagnostics qui justifient selon lui une incapacité de travail de l'ordre de 75% (dossier OAI, p. 80). L'on ne peut que constater qu'il s'écarte des diagnostics non-invalidants retenus par l'expert-psychiatre de D. _____, soit, pour rappel, une "dysthymie/dysphorie (F34.1)" et une "accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1)". Ce rapport, qui ne contient au demeurant pas d'appréciation médicale détaillée et objective de la situation, apparaît refléter les seules allégations du patient, lesquelles ne sont nullement confirmées par les constats objectifs figurant au dossier. Il ne saurait convaincre.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Si le recourant a refusé de se présenter devant l'expert-psychiatre, il s'est, par contre, rendu à l'entretien avec l'experte-rhumatologue, la Dresse F. _____, qui a daté son rapport du 19 mai 2016. Celle-ci retient les diagnostics invalidants suivants: "lombalgies chroniques, lombosciatalgie droite chronique non déficitaire possiblement irritative par moments, dans le cadre de troubles dégénératifs et malformatifs, discopathie L5-S1 sévère, lyse ithmique bilatérale L5". Ces diagnostics justifient un changement de profession, mais la capacité de travail demeure entière dans une activité sans port de charges lourdes, sans travail en hauteur et sans mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire (dossier OAI, p. 30). Même en présence d'une légère divergence s'agissant de la capacité de travail dans l'ancienne activité – liée à l'aggravation, constatée lors de l'étude de l'imagerie médicale, des troubles dégénératifs lombaires – l'experte-rhumatologue rejoint l'estimation faite par les experts de D. _____, soit que le recourant est entièrement en mesure de travailler dans une activité adaptée. Il s'agit des seules nouvelles pièces médicales figurant au dossier. 3.3. Les considérations tenues par la Cour dans son arrêt du 23 juillet 2017 peuvent ainsi être reprises ici: si la cause apparaît suffisamment instruite sur le plan somatique – une capacité de travail entière, à tout le moins dans une activité adaptée, devant être reconnue –, le dossier ne permet cependant pas de trancher la question de la capacité de travail. Le dossier n'établit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une atteinte invalidante limitant sa capacité de travail au-delà d'une activité adaptée exercée à plein temps. C'est dès lors à juste titre que l'autorité a nié l'existence du droit aux prestations. Il appartient en effet au recourant de supporter la responsabilité de son refus de coopérer à l'instruction de la cause. Dans ces circonstances, le recours doit, d'emblée, être rejeté, la décision litigieuse résistant entièrement à la critique. La demande, présentée par le recourant dans le cadre de son mémoire de recours, à ce que "ses médecins traitants soient entendus en séance publique" doit être comprise comme une proposition de preuves. La Cour ayant été en mesure de statuer quant à son comportement sur la base du dossier, il convient de la rejeter. 4. Ceci ayant été relevé, la Cour retient que même si, par hypothèse, il devait être considéré que les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes, l'on ne pourrait quand même pas admettre le recours déposé par l'assuré. 4.1. Si l'on devait suivre le recourant – qui déclare "qu'une expertise n'apportera guère quelque chose à ce dossier" et qu'il ne "souffre pas d'un syndrome douloureux somatoforme" (dossier OAI, p. 54 et 59) –, il conviendrait d'examiner

son cas uniquement sous l'angle somatique. Sur ce plan, tant les experts de D. _____ que la Dresse F. _____ concluent, de manière concluante, à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité sans port de charges lourdes, sans travail en hauteur et sans mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso- lombaire (cf. dossier OAI, p. 30 et 163).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Pour leur part, ainsi que la Cour l'avait relevé dans son arrêt du 23 juillet 2015, les médecins somaticiens "parviennent, sur le principe, à la même conclusion que les experts". En particulier, ils n'attestent jamais de l'existence d'une incapacité de travail liée à des motifs somatiques et s'inscrivent parfaitement dans le tableau clinique retenu par les experts. Lorsqu'une incapacité de travail est évoquée, elle n'est attestée qu'en lien avec l'activité de menuisier ou d'ébéniste (cf. not. dossier OAI, p. 220, 239, 269, 274, 278, 280, 282, 316, 322, 345, 348, 349, 351, 373, 416, 424, 430, 434, 438, 440, 446, 493 et 542). Dans cette hypothèse, il découle de la comparaison des revenus de valide (ancienne activité de menuisier/ébéniste) et d'invalidé (activité légère) un degré d'invalidité insuffisant pour l'octroi d'une rente, ainsi que l'OAI l'avait retenu dans ses décisions du 29 septembre 2009 et du 14 octobre 2013 (dossier OAI, p. 132 et 303). 4.2. Si, par contre, il devait être tenu pour vraisemblable que le recourant souffre d'une atteinte à la santé psychique, y compris un trouble somatoforme douloureux persistant ou une fibromyalgie, on ne saurait en attester le caractère invalidant. En effet la Dresse F. _____ souligne la grande démonstrativité du recourant ainsi que la grande divergence entre les plaintes et les constats objectifs. Par exemple, elle relève que "le status [a] été difficile à réaliser en raison de la grande démonstrativité et de la non-compliance de l'examiné". Elle ajoute qu'il y a "des divergences entre les plaintes, l'observation de l'assuré et l'examen clinique: il marche sans cannes, mais allègue une quasi paralysie du membre inférieur droit sur lequel il ne peut s'appuyer lorsque nous lui demandons en position debout de se pencher en avant, il peut marcher sur le membre inférieur droit mais n'a plus aucune capacité de mobiliser activer ce même membre, ni aucun segment de ce membre sur la table d'examen" (dossier OAI, p. 30). La Cour avait, au demeurant, déjà souligné dans son arrêt du 23 juillet 2015 que "bon nombre de médecins [avait] observé qu'il y avait chez ce patient une part importante d'autolimitation, volontaire ou involontaire". Le fait que la limitation des capacités fonctionnelles repose sur une exagération ou sur une manifestation similaire est un motif excluant le caractère invalidant de l'atteinte à la santé au sens de l'ATF 131 V 49. Il n'existe en effet aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. La présence d'une telle situation peut aujourd'hui – sur la base de la deuxième expertise rhumatologique – être confirmée. Sous cet angle également, la demande de rente doit être rejetée et, par conséquent, la décision litigieuse confirmée. 5. De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, pour autant que recevable, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance du même montant qui a été effectuée. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours, pour autant que recevable, est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés par l'avance de frais CHF 800.- versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 mai 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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