

FR_GERICHTE 608 2018 92 vom 29. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_92

FR: FR_GERICHTE 608 2018 92 du 29 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 92 del 29 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

octobre 2009, admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a en particulier retenu qu'aucun examen psychiatrique n'avait été fait sur la personne du recourant, l'avis du seul médecin du SMR ne sachant y suppléer. C. Suite à l'arrêt du Tribunal cantonal, l'OAI a mandaté C._____ pour expertise bi- disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Dans un premier rapport d'expertise médicale du 21 juin 2010, les experts ont conclu que l'assuré possédait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques, avec une diminution de rendement de 25% pour des motifs d'ordre psychique. Dans un complément du 24 septembre 2012, suite à un nouvel examen de l'assuré par l'expert-psychiatre, ce dernier a retenu une diminution de rendement due aux troubles psychiques de 25% depuis juin 2010 puis de 40% à compter de juin 2012. Par décision du 26 août 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 23% dès juin 2010 et de 38% à partir de juin 2012. L'assuré a contesté cette décision devant le Tribunal cantonal (605 2013 189). Par arrêt du 29 septembre 2015, celui-ci a partiellement admis le recours et lui a reconnu le droit à un quart de rente à compter du 1er juillet 2011, retenant l'existence d'un degré d'invalidité de 31.80% depuis le 1er juin 2010 et de 45.45% à compter du 1er juillet 2011. D. Le 4 avril 2016, l'assuré a déposé une "demande de révision" de son degré d'invalidité, soutenant que ses problèmes dorso-lombaires s'étaient sensiblement aggravés depuis 2013. Par la suite, une péjoration des troubles psychiques sera également alléguée. Avis pris auprès des médecins de l'assuré et du SMR, par décision du 27 février 2018, reprenant un projet du 27 septembre 2017, l'OAI a fait part de son "refus d'augmentation de la rente

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 d'invalidité" dès lors qu'"aucun élément objectif ne rend[ait] plausible une aggravation de [l']état de santé de nature à modifier [le] degré d'invalidité". E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 10 avril 2018, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire et, plus subsidiairement, au renvoi pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, il estime d'abord que l'OAI est entré en matière sur sa demande de révision, se référant à l'intitulé de la décision litigieuse. Il soutient ensuite que l'aggravation de son état de santé a été suffisamment démontrée par les rapports de ses médecins traitants, de sorte que l'OAI aurait dû diligenter une expertise bi-disciplinaire. A cet égard, il considère que les rapports du médecin du SMR sont dénués de valeur probante, celui-ci ne

l'ayant jamais examiné personnellement, faisant une erreur sur le point de départ temporel de la révision et interprétant de manière incomplète les rapports à sa disposition. Le 20 avril 2018, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 24 mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant au rapport du médecin du SMR qu'il estime entièrement convaincant. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Appelée en cause en qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, D._____ a indiqué qu'elle n'entendait pas émettre de commentaires spécifiques. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. En l'occurrence, l'OAI, bien qu'indiquant que l'aggravation n'avait pas été rendue plausible, ce qui pourrait faire référence à un refus d'entrer en matière, a bien rendu une décision de refus de révision. Il a en effet procédé à des investigations et a matériellement examiné la problématique de l'aggravation de l'état de santé. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du Tribunal cantonal TC Page 4 de 13

E. 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris en cas de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 – troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie compris – suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante 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). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit

être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 4.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V

264 consid. 3b et les références). 4.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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. Il importe, pour conférer 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). 4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante

aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet de d'indiquer

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 5. 5.1. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité du recourant, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. La décision du 26 août 2013 – qui s'est vue partiellement modifiée par arrêt du 29 septembre 2015 (605 2013 189) du Tribunal cantonal et le droit à un quart de rente à compter du 1er juillet 2011 reconnu – constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi initial du quart de rente avec ceux existant au moment de la décision attaquée plus de dix ans plus tard. En d'autres termes, il sied de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une augmentation de sa perte de gain. 5.2. Dans son arrêt du 29 septembre 2015 (605 2013 189), la Cour des assurances sociales s'était fondée sur les conclusions des experts de C._____, la Dresse E._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne (cf. dossier OAI, p. 404, 541 et 576). Sur le plan somatique, dans le rapport du 21 juin 2010, les experts faisaient état du diagnostic invalidant de "syndrome lombo-vertébral modéré sur discopathie L4-L5 évolutive après ostéosynthèse de stabilisation par Dynesis en février 2004, compliqué d'une surinfection à Propionibacterium acnes, ayant nécessité l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en novembre 2008 (M 51.9)". Ils estimaient que, si ce diagnostic empêchait le recourant d'exercer son ancienne activité, il demeurerait apte à exercer une activité adaptée "à un rendement de 75% après une période de reconditionnement au travail de l'ordre de 3 mois, où il faudrait admettre un rendement initial un peu plus bas, de l'ordre de 50 à 60%, pour arriver progressivement à 75%". Cette activité devait éviter les charges supérieures à 5 kg de manière répétitive et à 10 kg occasionnelles, éviter les activités en porte-à-faux et en position statique prolongée et favoriser une activité semi-sédentaire, avec alternance de positions (dossier OAI, p. 419). Sur le plan psychiatrique ensuite, dans le rapport du 21 juin 2010 et le complément du

E. 24

septembre 2012, l'expert-psychiatre diagnostiqua un "épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.11)" et une "anxiété généralisée (F41.1)", troubles étant devenus plus prononcés entre 2010 et 2012. C'est ce qui le conduisit à retenir une diminution de rendement de 25% depuis juin 2010 puis de 40% à compter de juin 2012 (dossier OAI, p.

419 et 569). S'écartant en cela marginalement des conclusions de l'expert, dans son arrêt du 29 septembre 2015, la Cour a fait remonter le début de la diminution de rendement de 40% au mois d'avril 2011, se rattachant en cela à la date retenue par la Dresse H._____, spécialiste en pédiatrie, en psychiatrie et psychothérapie et en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, sans pour autant suivre cette dernière dans ses autres conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 5.3. On rappellera qu'à l'époque, les médecins de l'assuré s'opposaient à l'avis des experts de C._____, dont les conclusions avaient quand même convaincu la Cour. Ainsi, sur le plan somatique, le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, estimait que le recourant n'était plus en mesure de travailler, y compris dans une activité adaptée (rapports du 6 août 2004 et du 22 janvier 2009; dossier OAI, p. 39 et 307; cf. ég. p. 44, 45, 52, 55, 71, 72, 73, 308, 341, 342, 343, 349). Pour sa part, le Dr J._____, généraliste, faisait état d'une incapacité totale de travailler en raison d'un "syndrome lombo-vertébral chronique avec discopathie L4-L5 - dysbalance musculaire – discrète scoliose stnistro-convexe" et d'une "suspicion d'état dépressif réactionnel et de syndrome d'amplification des douleurs". S'il estimait initialement qu'un changement de travail pouvait "être envisagé" dans une activité sans port de charges lourdes et permettant l'alternance des positions, il considérait que la reconversion serait difficile en raison du manque de formation de son patient (rapport du 7 octobre 2004; dossier OAI, p. 68; cf. ég. p. 46, 49, 50, 56). Quant à la Dresse K._____, spécialiste en anesthésiologie, elle proposait d'abord que l'assuré exerce une activité légère à un taux de 50% (rapport du 3 juillet 2008; dossier OAI, p. 274; cf. ég. p. 268 et 352). Puis, dès 2009, elle attestait d'une incapacité de travail totale en raison d'une discopathie L4-5, de douleurs lombo-iliaques chroniques et d'un syndrome douloureux somatoforme avec épisode dépressif. Seule une activité occupationnelle – sans rendement – pouvait selon elle être exigée (rapports du 6 mars et du 28 juillet 2009; dossier OAI, p. 321 et 331; cf. ég. p. 351). De même, sur le plan psychiatrique, la Dresse H._____ attestait – comme l'expert – d'une aggravation de l'état psychique qu'elle faisait par contre remonter à avril 2011. Elle retenait une incapacité de travail totale en raison d'un "trouble schizo-affectif, type dépressif" (F25.1) (rapport du 22 août 2011, dossier OAI, p. 508). Entre 2008 et 2012, le Dr L._____ et la Dresse M._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, retenaient les diagnostics de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère" et d'"anxiété généralisée", sans, pour autant, prescrire d'arrêt de travail. Cette dernière expliquait qu'il était difficile d'évaluer la capacité de travail, l'état clinique étant alors fluctuant, ce qu'elle mettait à la charge des médicaments prescrits (rapport du 5 février 2009 et entretien du 18 juin 2012; dossier OAI, p. 309 et 569; cf. ég. p. 486). 6. Reste à examiner si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis lors, comme il le prétend dans sa demande de révision du 4 avril 2016. 6.1. Sur le plan somatique, il se prévaut des rapports de ses médecins traitants, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr J._____ et le Dr P._____, spécialiste en neurochirurgie. 6.1.1. On précisera d'emblée que le généraliste traitant, le Dr J._____, indique ne voir son patient que de manière sporadique et renvoie à l'avis des "médecins spécialistes qui se sont occupés [du recourant] dans les 5 dernières années" (rapport du 22 novembre 2016, dossier OAI, p. 884). Les rapports d'un médecin consulté occasionnellement et renvoyant à l'avis de spécialistes ne permettent en l'occurrence pas d'attester une quelconque évolution de l'état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Cela étant, en mai 2012, le Dr O. _____ mentionnait l'existence d'un "syndrome lombo- vertébral chronique sur st a. spondylodèse L4-L5 et AMO" et faisait état de douleurs au niveau du pied gauche et au niveau des vertèbres lombaires (dossier OAI, p. 917; produit en novembre 2016). En décembre 2013, le Dr N. _____ a confirmé l'existence d'une "fortgeschrittene Disko- pathie auf Höhe L4/5" qui l'a conduit à pratiquer des opérations en mai 2013 et en janvier 2014 (dossier OAI, p. 667, 668 et 672). Le 23 avril 2014, il constate le succès de cette dernière opération, la claire diminution des douleurs et la baisse de l'usage des antidouleurs. Néanmoins, il relève "eine gürtelförmige Ausstrahlung im LWS-Bereich und vor allem weiterhin [...] Ameisen- laufen am linken dorsolateral Oberschenkel vom oberen Becken her abstrahlend sowie links am medialen Fussrand bis zur Grosszehe" (dossier OAI, p. 905). Pour sa part, le Dr O. _____ relève que son patient souffre d'une "irritation/compression importante au niveau du dernier espace intervertébral entre la 5ème vertèbre lombaire et le sacrum (L5/S1), du côté gauche", provoquant des douleurs et des contractions des muscles dans la jambe gauche (courriel du 1er avril 2016, dossier OAI, p. 763). Le neurologue interrogé par le Dr O. _____, le Dr P. _____ – lequel discute surtout de l'indication des opérations réalisées – confirme des plaintes en lien avec des "Beinschmerzen im Liegen am stärksten" qui conduisent à des problèmes de sommeil. Il conclut au diagnostic de "Failed-Back-Surgery-Syndrom" et propose différentes thérapies en vue d'en limiter les conséquences, notamment la pose d'un dispositif de neurostimulation (rapport du 8 septembre 2017; dossier OAI, p. 994). Il précise ensuite ce qui suit: "Statt eine Linderung der Rücken- schmerzen zu bewirken, traten postoperativ neu linksseitige Beinschmerzen von neuropathischem Charakter auf, die der Patient [...] als gleich stark wie die Rückenschmerzen taxierte. Diese bedurften einer ausgebauten analgetischen Behandlung [...]. Die chronischen Schmerzen führen zu einer verminderten Belastbarkeit im Arbeitsprozess. Insbesondere sind mittelschwere und schwere Arbeiten häufig nicht mehr möglich, ebenso Fliessbandarbeiten und Arbeiten in unphysio- logischen Positionen. Da sich die Schmerzen häufig wetterabhängig sind und sich auch ohne auslösendes Ereignis verstärken können, sind diese Patienten aus meiner Erfahrung auch in leichten Tätigkeiten oft nicht mehr einsetzbar. Zudem führt die hochdosierte Opiatmedikation zu Tagesschläfrigkeit und Konzentrationsstörungen" (rapport du 4 décembre 2017, dossier OAI, p. 1'017). 6.1.2. Force est de constater que, à les lire, le Dr N. _____, le Dr O. _____ et le Dr P. _____ n'affirment jamais que l'état de santé et la capacité de gain de leur patient se seraient péjorés depuis 2013. Au contraire, l'on constate que, en 2011 déjà, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevait l'existence de "douleurs chroniques en barre au niveau L4-L5 d'origine multifactorielle, d'une part musculaire et d'autre part très probablement facettaire", status post interventions en 2004 et 2008. Il évoquait des "douleurs irradiantes de la région lombaire vers le [membre inférieur gauche]", également investiguées par le Dr R. _____, spécialiste en neurologie (rapports du 6 janvier 2012, dossier OAI, p. 918 et 922; cf. ég. p. 919 et 920). Quant aux experts de C. _____, ils faisaient déjà aussi mention de douleurs dans "les territoires radiculaires concernés par le niveau segmentaire L4-L5", en lien avec une "discopathie L4-L5 qui a évolué depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et justifie que soient maintenues les limitations fonctionnelles établies", soit sans port de charges lourdes, sans port répété de charges moyennement lourdes, sans mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que les positions statiques prolongées. De même, ils relevaient que le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 sommeil était "perturbé par les douleurs, qui le réveill[ai]ent et l'oblig[ai]ent à changer de position plusieurs fois par nuit" (dossier OAI, p. 404). Les plaintes en lien avec les douleurs du dos et du membre inférieur gauche sont donc plus anciennes que le prétend le recourant. Bien que non diagnostiquées et non traitées à l'époque de l'expertise en 2010, ces douleurs, et les limitations qui en découlent, avaient déjà été prises en compte par les experts dans le cadre de leur examen. Au demeurant, on relèvera que le Dr N._____ et le Dr O._____ ne font pas état de limitations fonctionnelles particulières en lien avec leurs diagnostics. Seul le Dr P._____ mentionne des limitations concrètes, mais celles-ci sont proches de celles retenues par les experts, soit une restriction dans des activités avec des travaux moyens et lourds, imposant un travail à la chaîne et dans des positions non physiologiques. On le rappelle, les experts conseillaient d'éviter les charges supérieures à 5kg de manière répétitive et à 10kg occasionnelles, d'éviter les activités en porte-à-faux et en position statique prolongée et de favoriser une activité semi-sédentaire, avec alternance de positions. En tout état de cause, on constate que les trois médecins n'indiquent pas que les opérations survenues en 2013 et 2014 ainsi que le diagnostic posé au L5-S1 auraient un impact supplémentaire en termes de capacité de travail par une augmentation des limitations fonctionnelles. 6.1.3. Au vu de ce qui précède, les rapports médicaux dont se prévaut le recourant ne rendent pas vraisemblable l'aggravation de son état avec incidence sur la capacité de travail. L'affirmation du Dr P._____ selon laquelle les patients souffrant de telles douleurs ne seraient plus en mesure d'exercer des activités même légères ("Da sich die Schmerzen häufig wetterabhängig sind und sich auch ohne auslösendes Ereignis verstärken können, sind diese Patienten aus meiner Erfahrung auch in leichten Tätigkeiten oft nicht mehr einsetzbar") ne permet pas de modifier l'appréciation de la Cour. Cette simple affirmation ne fait en effet pas référence au cas concret mais à l'expérience générale du médecin. De même, il est pris note de l'impact allégué des médicaments ("Zudem führt die hochdosierte Opiatmedikation zu Tagesschläfrigkeit und Konzentrationsstörungen"). Cependant, alors que, en 2010, le recourant devait prendre quatre principes actifs pour traiter ses douleurs (Venlafaxine®, Oxycontin®, Lyrica®, Lodine®; cf. dossier OAI, p. 404) et ses troubles psychiques (Temesta® et Remeron®; cf. dossier OAI, p. 404), le nombre des antidouleurs a été réduit à deux (Venlafaxine® et Targin® [principe actif de l'Oxycontin®]; cf. dossier OAI, p. 884 et l'017), et le traitement de Temesta® abandonné (cf. dossier OAI, p. 884; 973 et l'017). Il apparaît ainsi que la médication du recourant a été substantiellement réduite depuis l'expertise de C._____, sans modification des concentrations ou des principes actifs. Dans la mesure où la consommation des substances a diminué depuis la dernière décision, la situation concernant les effets secondaires y relatifs n'a pu que s'améliorer. 6.2. Sur le plan psychique, le recourant se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse M._____. Le 22 juillet 2014, la psychiatre indique que "le patient susmentionné ne peut plus travailler pour des problèmes de santé qui se répercutent aussi sur son psychisme" et soutient que la situation se péjore depuis le 1er septembre 2010 (dossier OAI, p. 681). Les 18 mai 2016 et 21 novembre 2017,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 elle précise avoir diagnostiqué un "épisode dépressif sévère à moyen sans symptômes psychotiques" (F32.2), une "anxiété généralisée" (F41.1) et un "syndrome douloureux lié à une discopathie et spondylodèse L4-L5 avec sciatalgies chroniques". Elle atteste de l'incapacité totale de son patient en raison des "douleurs somatiques et vulnérabilité psychique" (dossier OAI, p. 813). Les diagnostics émis par la psychiatre traitante sont proches de ceux qu'elle émettait lors de l'entretien du 18 juin 2012

(dossier OAI, p. 569) – le recourant en convient dans son recours – et de ceux évoqués par son prédécesseur le Dr L. _____ (dossier OAI, p. 309). En particulier, les troubles dépressifs sont toujours considérés comme de gravité sévère à moyenne. Cela ne va pas dans le sens d'une péjoration de l'état de santé. En outre, il apparaît qu'elle rattache l'incapacité de travail essentiellement aux troubles d'ordre somatique, lorsqu'elle affirme que "les restrictions sont plutôt physiques" et renvoie, s'agissant des restrictions, à l'avis du médecin de famille. Selon elle, "les douleurs invalidantes ne lui permettraient pas de se déplacer aisément, porter du poids lourd, etc. Difficultés à accomplir des tâches professionnelles" (dossier OAI, p. 813). Au demeurant, la comparaison des constats de la psychiatre dans le rapport du 18 mai 2016 avec ceux figurant dans le complément d'expertise du 24 septembre 2012 (cf. dossier OAI, p. 569) va dans le sens d'une situation qui n'a que peu évolué. Par exemple, la Dresse M. _____ relève un "discours cohérent et chronologique centré sur ses douleurs et la chronicité de sa lombo- sciatalgie", constat que partageait entièrement l'expert lorsqu'il relevait que "l'expertisé est centré sur l'expression de ses douleurs et de sa souffrance morale" et "se perçoit comme victime de ses douleurs". De même, la psychiatre fait état d'une "thymie triste" lorsque l'expert parle de morosité, évoque l'"impossibilité de travailler comme une réelle blessure narcissique" lorsque l'expert mentionne que "l'expertisé met en rapport le manque de moral avec la persistance des douleurs au dos et ses conséquences" ou souligne que le "sommeil serait perturbé par les douleurs" lorsque l'expert précise que "l'expertisé dort mal, son sommeil n'est pas réparateur et cela la plupart du temps depuis des années". Au vu de ce qui précède, les rapports de la psychiatre ne rendent pas vraisemblable que les troubles psychiques du recourant se sont péjorés depuis 2013. 6.3. Quoi qu'il en soit, l'on doit souligner que l'état de santé du recourant apparaît être influencé par des facteurs extra-médicaux depuis de nombreuses années, facteurs dont la valeur invalidante ne peut pas être reconnue (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Ainsi, dans un rapport de 2003, le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, suspectait déjà une amplification des douleurs (dossier OAI, p. 80). Bien plus, deux ans plus tard, les observateurs de T. _____ affirmaient avoir "trouvé de manière incontestable de nombreux signes de surcharge psychogène. Il existe tout d'abord une discordance soutenue entre les propos du patient et les éléments objectivés, notamment lors de la réfection des examens cliniques. Plaignant et gémissant, [le recourant] a développé au fil du stage des signes cliniques de cet ordre, alors que dans les ateliers, son comportement gestuel diffère s'il est à son poste de travail ou s'il est en pause. De même, le score au PACT d'inconfort atteint 10 sur une échelle analogique de 10 alors qu'il n'a jamais été observé de signes de souffrances physiques, notamment dans sa mimique. La gestuelle est extrêmement ralentie, malgré l'absence de limitation objectivable d'un point de vue physique, si ce n'est des raideurs rachidiennes basses

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 en amplitude et aux changements de position, ainsi qu'un certain inconfort positionnel sur le long terme" (dossier OAI, p. 136). Dans leurs rapports, les experts de C. _____ relevaient que le recourant faisait état d'une zone douloureuse "très étendue de la région cervicale moyenne jusqu'à la région du coccyx" et d'une "totalgie au niveau des membres inférieurs". En même temps, ils constataient qu'il tenait "la position assise sans manifester de signe extérieur de souffrance", ôtait "son pantalon avec un mouvement de flexion du tronc et de flexion des hanches alternativement, sans difficulté", effectuait "l'appui monopodal alterné aisément en ôtant ses chaussettes alternativement", faisait une "flexion de hanche sur le tronc" aisée et non limitée et plaçait

"ses habits sur la chaise en mouvement de porte-à-faux, sans difficulté évidente". C'est ce qui les amenait à retenir qu'il "n'y a[vait] aucune contre-indication d'ordre rhumatologique ni sur le plan de la médecine interne générale à ce que [le recourant] se réentraîne progressivement à l'effort. Le problème principal résid[ait] dans le fait [qu'il] a[vait] une croyance différente et n'a[vait] aucune motivation pour se résoudre à une telle prise en charge. Il a[vait] déclaré préférer les mesures passives et médicamenteuses" (dossier OAI, p. 419; cf. ég. p. 569). Compte tenu de l'importance des facteurs extra-médicaux, notamment en lien avec l'exagération constatée des symptômes, il est nécessaire de prendre en considération avec une certaine réserve les avis des médecins traitants, ceux-ci se fondant, de manière non négligeable, sur les allégations douloureuses du recourant, et cela quand bien même ils les estimeraient crédibles. Cela va, au demeurant, dans le sens de la jurisprudence qui attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient (cf. arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3). 6.4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la capacité de gain du recourant ne s'est pas notablement péjorée depuis la première décision lui reconnaissant le droit à un quart de rente, soit depuis le 26 août 2013. Aucun élément au dossier ne permet de confirmer qu'une modification de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail soit réellement intervenue et aurait dû inciter l'autorité intimée à procéder à de nouvelles mesures d'instruction. La conclusion du Tribunal va en outre dans le sens du Dr U._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, bien que ce dernier se réfère à une date erronée en ce qui concerne le point de comparaison. En effet, il relève qu'"aucune pièce médicale au dossier n'atteste une aggravation sur le plan médical objectif, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, depuis le 17.03.2016. Les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale demeurent donc inchangées. Aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est requise" (cf. dossier OAI, p. 997 et 1'025). 7. De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. 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 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours 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 29 octobre 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur: