

# VD\_FINDINFO AI 349/11 ap. TF - 131/2014 vom 22. Mai 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_349\\_11\\_ap\\_TF\\_-\\_131\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_349_11_ap_TF_-_131_2014)

FR: VD\_FINDINFO AI 349/11 ap. TF - 131/2014 du 22 mai 2014

IT: VD\_FINDINFO AI 349/11 ap. TF - 131/2014 del 22 maggio 2014

## Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 4

Diagnostics :

#### E. 4.1

Diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail lombosciatique chronique récidivante avec : - discopathie dégénérative avancée L3/4, L4/5, L5/S1 de la colonne lombaire depuis 2001 avec: - hypercyphose de la colonne dorsale - contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire, principalement à gauche

#### E. 4.2

Diagnostics sans influence sur la capacité de travail - coxarthrose atypique débutante à gauche accompagnée d'une constellation de conflits avec couverture acétabulaire accrue et composants came - conflit sous-acromial de grade faible à gauche

### E. 5

Evaluation et pronostic : Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente des modifications dégénératives avancées de la colonne lombaire en tant que corrélat organique et ce, depuis 2001 au vu des présents actes et résultats d'examens radiologiques. Actuellement, la situation physique est invalidante pour le patient et les mesures thérapeutiques conservatrices sont épuisées. Le patient présente également une chronicisation des manifestations de douleurs justifiées de façon somatique, de sorte qu'entre-temps, des composants non organiques aggravent également l'ensemble des douleurs et réduisent la tolérance du patient à leur rencontre. Jusqu'à présent les options chirurgicales n'ont pas été évaluées avec précision, si bien qu'un diagnostic ciblé étape par étape devrait d'abord être proposé. D'un point de vue thérapeutique, on pourrait envisager la possibilité d'un procédé plurisegmentaire avec des éléments statistiques et dynamiques à discuter. Cependant, au jour d'aujourd'hui, il est impossible d'évaluer si oui ou non une intervention chirurgicale serait bénéfique pour l'évolution de la douleur et la capacité de travail du patient. Une reprise du travail physique reste toutefois improbable. B : Capacité de travail 1. Restrictions : - Physiques : Les restrictions du patient sont importantes et, en considération des examens cliniques et résultats radiologiques actuels, il n'est plus possible pour le patient de travailler dans l'activité exercée jusqu'à présent. - Psychiques : - - Sociales : - 2. Restrictions à l'activité professionnelle exercée jusqu'à présent : 2.1. Influence sur l'activité professionnelle exercée jusqu'à présent : Voir ci-dessus 2.2. Capacité de travail restante : Les informations de bonne foi émanant de Monsieur S.\_\_\_\_\_, l'état clinique et les résultats des examens

radiologiques font preuve d'une capacité de travail clairement réduite même dans le cadre d'une activité et d'un poste adaptés. 2.3. L'activité professionnelle exercée jusqu'à présent est-elle encore acceptable ? Non 2.4 Performance au travail : La performance au travail est très limitée. 2.5. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail supérieure à 20% ? Nous pouvons affirmer avec certitude qu'en 2001 déjà (au vu de l'IRM du 19.07.2001) le patient souffrait d'une discopathie lombaire multisegmentaire, en particulier avec des signes de réaction associée du corps vertébral L4 et des zones d'intensité élevée de l'anneau discal. 2.6. Comment l'incapacité de travail a-t-elle évolué depuis ? Diminution croissante de la capacité de travail. C : Influence sur la réinsertion professionnelle 1. Les tentatives de réinsertion professionnelle sont-elles indiquées ? Dans la situation actuelle, la réinsertion professionnelle n'est pas envisageable, l'invalidation du patient étant trop lourde. 2. Possibilités d'amélioration de l'environnement de travail actuel [...] 3. Autres tâches pouvant être raisonnablement proposées à l'assuré [...] 3.4. Pourquoi aucune autre activité ne peut-elle être demandée ? D'un point de vue orthopédique, Monsieur S.\_\_\_\_\_ ne peut plus exercer d'activité manuelle dans la situation actuelle. Le recours à une intervention chirurgicale pourrait permettre d'obtenir une éventuelle amélioration des douleurs, sans toutefois permettre une amélioration significative de la capacité de travail pour des tâches physiques. [...] Questions de l'avocat, Me Jean-Claude Perroud : 1. Les diagnostics figurant au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 08.01.2007 sont-ils exacts ? [...] - Uncarthrose C2-C5 Impossible à confirmer au vu des présents documents cliniques et radiologiques. - Contractures et myalgies dans la région cervicale et cervico-scapulaire principalement du côté gauche Ce diagnostic se confirme de façon clinique. - Conflit sous-acromial à gauche Les examens cliniques font état d'un conflit sous-acromial de grade faible à gauche sans corrélat radiologique (acromion de type I selon la classification de Bigliani). - Scoliose thoraco-lombaire en forme de « S » Aucun indice clinique ou radiologique. L'angle de Cobb a été mesuré au maximum à 8,8° dans la région lombaire, or on ne peut parler formellement de scoliose qu'à partir de 10°. - Discopathies L3/4, L4/5, L5/S1 Les résultats de la tomographie RMN de 2001 et 2003 et les images RMN actuelles confirment ce diagnostic. - Hernie discale médiane L4/5 sans compression neurologique Diagnostic correct. - Lombosciatiques intermittentes à gauche Se confirme de façon anamnestique. Egalement présence éventuelle de corrélats radiologiques. - Contractures et myalgies des muscles dorso-lombaires et paravertébraux Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente ces symptômes principalement du côté gauche. - Coxa profunda des deux côtés avec conflit sous-acromial à gauche Les résultats des examens radiologiques confirment formellement l'existence d'une coxa profunda des deux côtés avec des angles VCE supérieurs à 40°. L'angle alpha des deux fémurs est supérieur à la normale. Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente donc les conditions radiologiques d'un conflit par effet came et tenaille des deux côtés. Cliniquement, ces conditions ne sont toutefois pas symptomatiques. - Coxarthrose bilatérale débutante tirant vers la gauche Le patient présente sur le côté gauche une coxarthrose atypique débutante qui, du fait de l'obtention d'une bonne mobilité et de l'absence de douleurs, est asymptomatique au niveau inguinal. 2. Ces diagnostics concordent-ils avec les conclusions du rapport du COPAI du 11.10.2001 ? [...] - aucune activité statique, inhabituelle ou pénible (position à genou, accroupie, avec le haut du corps incliné vers l'avant) - impossibilité de porter des charges > 5 kg - impossibilité d'effectuer des mouvements répétitifs d'une intensité modérée pendant une période prolongée - mobilité du tronc réduite - autres restrictions physiques susceptibles d'influencer la capacité de concentration et de mémoire Nous pouvons affirmer que ces jugements sont corrects,

Cependant nous ne pensons pas que la capacité de concentration et de mémoire soit influencée de façon significative 3. L'assuré n'étant déjà pas considéré comme apte à bénéficier d'une reconversion, professionnelle pour des raisons intellectuelles (COPAI 11.10.2001), quel est le niveau de son incapacité de travail dans l'activité exercée actuellement? Pour l'activité exercée actuellement, l'assuré présente une incapacité de travail de 100%. Le pronostic professionnel concorde-t-il avec celui du COPAI, à savoir un travail occasionnel de quelques heures par semaine ? Le pronostic professionnel est plutôt mauvais et dans le cadre de l'activité professionnelle actuelle, il n'est pas envisageable d'effectuer ne serait-ce que quelques heures par semaine. 4. Autres remarques quant à la capacité de travail pour un métier manuel La condition physique de Monsieur S. \_\_\_\_\_ peut éventuellement être améliorée par une opération faisant suite à une série d'examen de la colonne lombaire. Toutefois, au vu de la chronicisation des douleurs observée, il ne faut pas compter sur une restitution ad integrum. En considération des sollicitations physiques relativement lourdes intervenant dans un métier manuel, nous recommandons plutôt une reconversion du patient vers une autre activité ." Par arrêt du 18 avril 2011 (AI 94/08 – 191/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, se fondant sur l'expertise des médecins de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, a admis le recours du 11 février 2008 et a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1998. Par arrêt du 15 novembre 2011 (9C\_562/2011), le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI, annulé l'arrêt du 18 avril 2011 et renvoyé la cause à la juridiction de première instance pour complément d'instruction sous forme d'une surexpertise au sens des considérants et nouvelle décision. Il exposait en substance ce qui suit : " [...] l'expertise [des médecins de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_] est peu claire, partiellement contradictoire et incomplète: en effet, si les médecins de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ affirment d'un côté que la réinsertion professionnelle de l'intimé n'est pas envisageable en raison d'une invalidation trop lourde (rapport, p. 11 point C 1), ils semblent admettre d'un autre côté qu'une activité adaptée légère est exigible. Ils déclarent ainsi que la reprise d'un travail physique est improbable (rapport, p. 10 point 5) et qu'en considération des sollicitations physiques relativement lourdes intervenant dans un métier manuel, une reconversion vers une autre activité est recommandée (rapport, p. 12 point 4). Ils ne se prononcent cependant ni sur le taux auquel celle-ci pourrait être exercée, ni sur les limitations fonctionnelles à respecter. Répondant aux questions soumises par le Tribunal cantonal, les médecins se sont exprimés ainsi: "La condition physique de Monsieur S. \_\_\_\_\_ peut éventuellement être améliorée par une opération faisant suite à une série d'examen de la colonne lombaire. Toutefois, au vu de la chronicisation des douleurs observée, il ne faut pas compter sur une restitution ad integrum. En considération des sollicitations physiques relativement lourdes intervenant dans un métier manuel, nous recommandons plutôt une reconversion du patient vers une autre activité." En allouant une rente d'invalidité entière sur cette base, la juridiction cantonale est tombée dans l'arbitraire. " Une nouvelle cause a dès lors été enregistrée sous le numéro AI 349/11 ap. TF. Après plusieurs échanges d'écritures, les parties ont été informées, le 12 juillet 2012, de l'intention du juge instructeur de désigner en tant qu'expert le Centre d'expertises médicales pluridisciplinaires de la Clinique E. \_\_\_\_\_. Aucune des parties ne s'est alors opposée à cette désignation. Le 15 août 2012, la Clinique E. \_\_\_\_\_ a accepté le mandat et communiqué les noms des médecins chargés de l'expertise ainsi que leurs spécialités. Le 21 août 2012, le juge instructeur a impartit un délai au 3 septembre 2012 aux parties pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des médecins désignés. Le 2 octobre 2012, le recourant n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre des médecins

désignés. Il a toutefois précisé que dans la mesure où la Clinique E. \_\_\_\_\_ était un Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI), elle était liée à l'assurance-invalidité et qu'il était dès lors préférable sous l'angle de l'indépendance de désigner les Hôpitaux R. \_\_\_\_\_ qui pouvaient s'adresser dans un second temps à la Clinique Q. \_\_\_\_\_ pour le volet de la réadaptation. Le 8 octobre 2012, le juge instructeur a rappelé que le Tribunal fédéral avait confirmé que les COMAI étaient indépendants de l'assurance-invalidité et qu'une requête de récusation, pour autant qu'il en s'agisse d'une, devait concerner les médecins directement. D. Le 24 janvier 2013, les Drs U. \_\_\_\_\_, psychiatre, Y. \_\_\_\_\_, neurologue spécialisé en pathologie neurovasculaire, et I. \_\_\_\_\_, rhumatologue, de la Clinique E. \_\_\_\_\_, ont rendu leur rapport, dont il ressort en substance ce qui suit : " Discussions et synthèse pluridisciplinaire Les experts se trouvent en face de Monsieur S. \_\_\_\_\_, âgé de 50 ans, engagé depuis 1997 en qualité de coffreur auprès de la société [...]. Le 20 mai 1997, il a été victime d'une lombo-sciatique aiguë S1 gauche hyperalgique, en clouant en position accroupie sur son lieu de travail. Une hernie discale L4-L5 gauche paramédiane a ainsi été retenue, mais sans indication chirurgicale en l'absence d'un conflit disco-radicaire net. La symptomatologie a occasionné un arrêt de travail de 100% pendant quelques mois, suivi d'une reprise à 50% de juin 1998 jusqu'en 2003 et une incapacité de travail à 100% depuis. Malgré le traitement médical intensif, puisque celui-ci a comporté très rapidement des infiltrations lombaires, les douleurs ont persisté dans le temps. Ensuite l'assuré a subi plusieurs évaluations de sa capacité de travail par le corps médical. Tous ces rapports s'accordent à reconnaître le caractère discret des lésions radiologiques et l'absence de signes cliniques objectifs d'un conflit disco-radicaire. Toutefois, les conclusions qu'ils tirent concernant la capacité de travail sont différentes. 1. Facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail [ ] âge [ ] problèmes au poste de travail [ x ] problèmes familiaux [ ] stupéfiants (troubles primaires) [ x ] difficultés financières [ ] accident [ x ] autres facteurs : Commentaire : De graves et sérieuses questions familiales inapparentes ont structuré l'organisation de la vie familiale depuis de nombreuses années. Les éléments de surdétermination psychogène issus de ces questions sont majeurs. Par ailleurs, les appréciations médicales divergentes ont pu renforcer l'intéressé dans l'idée qu'il était possible d'obtenir une indemnisation. 2. SYNTHÈSE a. Signes cliniques et paracliniques principaux Aucun diagnostic n'est retenu au niveau de la colonne cervicale, de l'épaule et de la hanche gauches. Les signes cliniques sont négatifs à ces niveaux, tandis qu'ils sont positifs mais majorés au niveau de la colonne lombaire et de la sciatalgie homolatérale. En effet, les discopathies L3-L4 et L5-S1 sont mineures et sans répercussion fonctionnelle. Au niveau L4-L5, il existe une petite hernie discale paramédiane gauche, n'entraînant que des limitations fonctionnelles théoriques, car ayant été stables de 1997 à 2010 et n'étant pas à l'origine d'une compression radicaire. Sur le plan paraclinique, on retiendra la normalité de l'IRM cervicale et l'existence d'une petite hernie discale paramédiane gauche L4-L5. La majoration des plaintes se traduit au niveau des auto-questionnaires de la douleur, avec une EVA à 7/10, un NDI très élevé, alors que l'exploré indique ne plus ressentir de symptôme à ce niveau, et un ODI lombaire également très élevé, lequel ne s'explique pas par les constatations radiologiques objectives. L'investigué fait encore l'objet d'une prescription d'un traitement médical lourd, avec du Lyrica®(prégabaline) 150 mg, 2x/j et des opiacés à 20 mg/j. Le dosage de ces médicaments indique une observation thérapeutique correcte aux opiacés, alors qu'ils sont inutiles, le Lyrica®(prégabaline) étant pris soit irrégulièrement, soit à une posologie inférieure à la prescription. Ici encore, le maintien du traitement n'est

pas nécessaire. Sur le plan neurologique, il existe une douleur de topographie typiquement S1 gauche, pérennisée 15 ans après le début des lombagos et des lombo-sciatiques initiaux, avec toujours la persistance d'un signe caractéristique d'un conflit disco-radicaire (lombalgies, impulsivité à la toux et aux efforts de poussée) alors que l'examen n'objective aucune abolition des réflexes ni aucun déficit moteur. Par ailleurs sont apparus plus de 13 ans après le début des symptômes des troubles de la sensibilité non systématisés du membre inférieur gauche, rendant cette pérennisation peu plausible. Au plan psychiatrique, en dehors de plaintes douloureuses, il y a une absence rigoureuse de plaintes psychiques de quelque ordre que ce soit. Néanmoins, l'analyse psychiatrique retrouve une organisation de la vie familiale structurée par la disparition brutale du père et du frère de l'examiné. Depuis lors et notamment depuis 1997, l'attitude de Monsieur S. \_\_\_\_\_ paraît correspondre à des modalités de protection de son existence vis-à-vis d'une éventuelle réitération accidentelle. Le diagnostic de troubles somatoformes antérieurement posé ne peut plus être retenu. L'ensemble des coordonnées biographiques, de structuration de vie de l'expertisé comme d'attitude et de comportement face au travail fait retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD 10, F68.0). Celui-ci élimine tout autre diagnostic issu du même registre des troubles de la personnalité, en l'occurrence la personnalité à traits caractériels passifs (ICD-10, F60.9) [Ndlr : dans ICD-10, ce code correspond plutôt à un trouble de la personnalité, sans précision] mentionné dans le dossier, bien que certaines descriptions de ce trouble aient pu être retrouvées au jour de la présente.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible Actuellement, l'assuré est dans une phase stable de plaintes douloureuses lombaires chroniques, avec un déconditionnement physique important. L'évolution de la discopathie L4-L5, avec hernie discale médiane et paramédiane gauche, et celle des discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1 sont en état stationnaire. Cependant, étant donné la nature dégénérative de ces affections, des changements interviendront lentement. Par contre, celle des plaintes n'est pas médicamenteusement prévisible en raison des discordances entre celles-ci et les constatations cliniques et paracliniques. En effet, la présence de 4/5 signes de WADDELL au niveau lombaire contraste avec le caractère discret des images IRM lombaire : tout ceci indique que les plaintes ne reposent sur aucun signe somatique visible. En revanche, les experts ne peuvent pas clairement écarter l'existence de douleurs, car celles-ci ont toujours une dimension personnelle et subjective. Par contre, il est possible de penser à l'existence d'un syndrome de majoration des plaintes. En effet, cette surcharge peut, par exemple, être retrouvée au vu de la discordance du discours actuel de l'intéressé, sans plaintes cervico-brachiales gauches durant l'expertise de rhumatologie, à l'inverse de douleurs cervicales latéralisées à gauche irradiant vers l'épaule et le membre supérieur du même côté, dans un trajet non systématisable verbalisées face à l'expert neurologue pourtant vu le même jour. Il n'y a pas d'explications objectivables à la pérennisation de la symptomatologie sciatalgique. Il existe des signes de discordance et une apparition tardive de troubles sensitifs non systématisables et discordants, signant une surcharge. [...] A l'issue de l'examen psychiatrique, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD 10, F68.0) est retenu, lequel est actuellement en phase de maintenance. L'état de santé de l'examiné est à la croisée de plusieurs logiques complémentaires : une épine irritative lombalgique, une organisation familiale structurée depuis les pertes de son père et de son frère à l'adolescence, l'inquiétude probablement inconsciente d'une réitération accidentelle sur un chantier comme son père associés aux signes d'amplification (compliance médiocre à certains antalgiques) et de recherches de bénéfices secondaires. Au regard de la société,

ces deux derniers aspects agissent comme garants symboliques des causes premières mais aussi comme agents propres à assurer sa présence constante auprès de sa famille. A signaler cependant l'absence d'une problématique éthylique ou de prises de substances illicites au vu de la valeur de la CDT à 1.55% (n<2.5%) et du dépistage négatif du cannabis d. [recte : c] Chances de succès d'une réadaptation L'évaluation du COPAI en 2001 et les nombreuses années d'inactivité depuis, conjuguées à l'âge de l'assuré et à son absence de formation reconnue par un diplôme tendent à penser qu'une réadaptation tendra vers un échec. Cependant, une telle mesure fait appel à la motivation de l'intéressé et celle-ci peut aboutir, si tant est que l'exploré s'y implique. Eu égard à la longue procédure judiciaire pour faire valider une invalidité totale, le pronostic est fortement réservé. Il est cependant rappelé que sur le plan somatique, la réadaptation est inutile en l'absence de limitations significatives contre-indiquant une activité professionnelle. Des mesures de soutien vers un retour à l'emploi paraissent plus adaptées à la situation, si l'investigué accepte d'y être actif. On extrait plus particulièrement ce qui suit de l'examen clinique psychiatrique pratiqué à la Clinique E.\_\_\_\_\_ : " 4. EXAMEN CLINIQUE LORS DE L'EXPERTISE Observations directes L'assuré est de contact simple, apparemment franc et chaleureux. A l'expertise, sa participation paraît acquise. Il n'y a pas de réticence, ou de remise question de l'expertise. Il y a une bonne présentation hygiéno-vestimentaire, voire soignée, l'intéressé ne présente aucun signe d'un grand trouble psychiatrique, de l'ordre de la psychose ou d'un grand trouble de la personnalité. Aucun trouble de la mémoire ni de désorientation temporo-spatiale n'est retrouvé. Il ne présente également aucun élément de confusion et aucune hallucination sensitive, verbale complexe, auditive ou visuelle n'est alléguée. Le sommeil, l'appétit et le plaisir à la vie sont décrits comme bons. L'exploré se plaint essentiellement d'être plus ou moins fatigué. La description de son quotidien est également sans affects particuliers. Il n'y a pas de grandes descriptions de plaisirs, ni de douleurs à l'existence, ni d'affection ou d'affliction morales. L'investigué ayant un abord psychologique particulier au sens de la plus grande normalité ou neutralité, l'absence de toute caractéristique faisant évoquer un trait de personnalité est le fait le plus saillant. Ceci s'illustre parfaitement lorsque l'examiné est requestionné sur le fait que ses enfants aient été laissés à la charge de leur grand-mère paternelle. Sur cette grande distance entre ses propres enfants et lui-même durant toutes ces années, il sera d'une sobriété exemplaire dans ses réponses, sans affect particulier. Une sorte d'équilibre semble être instauré entre lui et ses enfants, avec des entretiens téléphoniques hebdomadaires, ainsi que des visites fréquentes du couple en Espagne tous les 4 ou 5 mois pour voir les enfants. [...] [...] L'assuré soutient l'entretien sans réponses à côté, ni troubles de la compréhension, son adaptation à l'entretien d'expertise étant bonne. La personnalité peut ainsi être décrite comme insaisissable, ce qui est certainement le trait le plus saillant et le plus énigmatique avec une sorte d'anesthésie psychoaffective puisque s'il n'existe strictement aucun élément de douleur morale, psychique ou d'altération psychique, il n'y a également strictement aucune notification d'un quelconque plaisir, à part peut-être la pêche à la ligne. [...] Il faut néanmoins retenir, vu la valeur probante de ce point, que l'exploré insistera, à sa manière, douce et sans excès, sur l'absolue nécessité de recourir aux antalgiques opiacés, notamment le fait que la prise de 1cp/j d'Oxycontin®(oxycodone) est le plus souvent insuffisant. Examen clinique de la somatisation [...] Des plaintes somatiques sont formulées. En effet, l'investigué rapporte des douleurs localisées, atteignant électivement la région lombo-sacrée, irradiant en direction du membre inférieur gauche. Ces douleurs dorso-lombaires évoluent depuis de nombreuses années (avant 1997 selon le dossier) et

nécessitent le recours à des traitements antalgiques puissants tels l'Oxycontin®(oxycodone) ou le Lyrica®(prégabaline). [...] L'explication médicale des plaintes somatiques n'a été que très partiellement possible, les consultations des médecins de l'appareil locomoteur et neurologique, connexes de la présente expertise, ayant conclu à la présence de discopathies lombaires étagées et à l'anamnèse, une irradiation descendante des douleurs, de type sciatique. Toutefois, ces pathologies n'expliquent en rien le retentissement invalidant dans une activité professionnelle, comme le décrit l'examiné, alors même que le retentissement des plaintes dans la vie personnelle est tout à fait mineur et discordant. D'ailleurs, lors de l'examen clinique de l'appareil locomoteur, il a été constaté une tendance à la majoration, des signes de surcharge avec 4/5 signes de WADDELL, une douleur déclarée importante cotée à 7/10 à l'EVA malgré un traitement antalgique massif, ainsi qu'une compliance moyenne. A cela s'ajoutent les conclusions de l'examen de neurologie, sur une pérennisation non objectivable de la sciatalgie gauche et des éléments cliniques discordants et variables, permettant de remettre en cause l'organicité. Dans ce contexte de discordances, il n'y a donc pas de somatisation (ICD-10, F45.0) ni de troubles apparentés issus du registre des troubles somatoformes (ICD-10, F45). [...] [...] Un sentiment persistant de détresse en lien avec la douleur localisée est clairement exprimé [...]. Ce sentiment de détresse n'a pourtant pas conduit l'expertisé à demander des consultations ou investigations médicales répétées auprès de nombreux médecins généralistes ou spécialistes. En effet, depuis au moins 10 ans, il semble n'avoir été suivi que par le Dr H.\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède et compte tenu de sa personnalité; la présence d'un sentiment de détresse n'emporte pas l'entière conviction de l'expert. [...] Analyse jurisprudentielle [...] Selon les critères de gravité jurisprudentiels actuels, dès lors que l'on attribue une incapacité de travail à une fibromyalgie ou un trouble de la lignée ICD-10, F45, même si ces diagnostics ne sont pas retenus dans le cadre de cette expertise, il convient encore d'envisager : Présence d'une comorbidité psychiatrique interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs : Non. Comme le démontre[nt] les précédents rapports d'expertise ou médicaux, aucune comorbidité psychiatrique n'a été jusqu'à présent mentionnée et la présente expertise témoigne de l'absolue absence de tout trouble psychiatrique dûment constitué pour l'exploré. Affections corporelles chroniques importantes interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs : Non [...]. Une perte d'intégration sociales secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie : Non, comme l'anamnèse et la vie quotidienne de l'investigué le démontrent. Sa vie sociale, conjugale et familiale est d'une normalité pouvant être qualifiée d'exemplaire. L'état psychique cristallisé (bénéfique primaire) sans évolution possible au plan thérapeutique : L'examiné semblant montrer une nette obstination à ses allégations douloureuses et à son trouble depuis maintenant 10 ans, à la question de savoir si son état psychique peut pour autant être considéré comme cristallisé, la réponse de l'expert est que l'état psychique cristallisé n'est pas démontré. En effet, l'expertisé n'a jamais encore été soumis, semble-t-il, à une exigence d'abord psychologique et psychothérapique de ses douleurs, car il semble avoir été accompagné dans sa conviction de présenter une organicité douloureuse par son chirurgien orthopédiste traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel rapporte les diagnostics d'un substratum organique à ses douleurs et en apportent des explications physiopathologiques. [...] Les échecs des traitement selon les règles de l'art en dépit des efforts de l'assuré : Si, au plan de la prise en charge des allégations douloureuses, les traitements selon les règles de l'art ont été appliqués, il n'en va pas de même au plan de l'abord psychothérapique des douleurs, puisque celle-ci n'a encore jamais eu lieu. Par ailleurs, les dosages des antalgiques opiacés comme de la prégabaline

n'ont pas pu révéler un taux d'antalgiques circulants corroborant totalement les dires de l'assuré au sujet de son recours obligatoire à des fortes doses d'antalgiques. Ceci oblige une nette relativisation des allégations douloureuses. En conclusion, les algies alléguées ne remplissent pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiées d'invalidantes. [...]

## **E. 6**

arguments pour avoir retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD-10, F68.0) [...] Discussion [...] [...] la présente expertise retrouve des signes probants d'amplification et de compliance médiocre à certains traitements. En effet, dès l'expertise de septembre 2006, le Dr J. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'intéressé a tenu pour acquis son invalidité et que devant l'absence d'une pathologie somatique et en raison de la présence de signes de non organicité, il n'a pas écarté l'hypothèse d'un cas d'exagération manifeste des dorsalgies dans le but d'obtenir une rente d'invalidité. Le point qui se doit d'être souligné consiste en cette capacité d'adaptation aux activités simples, répétitives que l'exploré effectue consciencieusement pour une réalisation de qualité. Et ici se trouve le point central de l'histoire, l'investigué amenant à convaincre, par son attitude, d'algies qui en fait n'existent pas, comme le démontre de manière tout à fait sûre l'imagerie réalisée à distance du début de son histoire médicale, et remettant dès lors en cause l'ensemble de la lecture initiale de celle-ci. Que déduire de ces faits, sinon l'existence de paramètres de surdéterminations psychogènes massifs mis en place par les disparitions brutales, accidentelles, coup sur coup de son père et de son frère. Selon l'expert, il est possible d'affirmer, et ce n'est pas rare en psychiatrie ou en psychologie, que ces événements restent actifs et que la vie psychique de l'examiné, comme de sa famille, les divers couples (fils/mère, homme/femme, parents/enfants, grand-mère/petits-enfants) soient toujours organisés et/ou infiltrés de ces disparitions, que ce soit implicitement ou explicitement. En outre, il est probable que le « blocage » du dos permet à Monsieur S. \_\_\_\_\_ de ne pas être soumis à un risque mortel d'accident de chantier, lequel exposerait ses enfants et sa mère (les enfants de remplacement donnés à la mère), à la même dramatique disparition. La neutralité de la personnalité, ainsi que l'attitude digne et si normale, source de sollicitudes auprès des employeurs, des évaluateurs, ainsi que de certains membres du corps médical et du médecin traitant [...] peuvent alors être lues comme identiques à celles d'un homme en permanence sous les effets d'une sub-inquiétude muette au sujet de sa propre disparition et indéfiniment en deuil, comme en témoigne les tournures langagières et les propos évoquant une vie prise sous de nombreuses épées de Damocles (voir la description des algies avec des plaintes essentiellement localisées au niveau de la région lombaire, avec des phrases telles que : « Pour le moment, ça pourrait arriver d'un moment à l'autre ailleurs », ou encore, sur le plan de la santé, lorsque l'expertisé déclare : « Ça va pour le moment »). De cette petite phrase, on peut repérer que l'assuré attend qu'il y ait une dégradation, comme s'il était suspendu à la survenue d'une détérioration brutale. Un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD 10, F68.0) peut alors être prononcé devant cette association de surdéterminations psychogènes depuis la « fissuration discale » inaugurale de 1997. [...] [...]

## **E. 11**

limitations fonctionnelles propres A ce diagnostic [...] Conséquences des limitations dans le travail Absence de limitation dans le travail.

## E. 12

capacite de travail dans le dernier emploi [...] a. Antérieurement selon les dossiers : Pour ce diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD-10, F68.0), il n'y a pas eu une incapacité de travail, car il n'a été posé que lors de la présente expertise à la place d'un trouble douloureux somatoforme [...] c. Actuellement : Le taux de l'incapacité de travail est de 0% d. Dans le futur : Le taux de la capacité de travail pour ce diagnostic sera donc maintenu à un taux de 100%, horaire et rendement.

## E. 13

capacite de travail dans un emploi adapte [...] a. Antérieurement selon les dossiers : Pour ce diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD-10, F68.0), il n'y a pas eu une incapacité de travail, car il n'a été posé que lors de la présente expertise à la place d'un trouble douloureux somatoforme [...] c. Actuellement : Le taux de l'incapacité de travail est de 0% d. Dans le futur : Le taux de la capacité de travail pour ce diagnostic devrait être maintenu à ce e 100%, horaire et rendement. " Il apparaît en outre que les examens suivants ont été réalisés par les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ : " Neurocognitif Examen clinique : [...] Les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées. [...] Enfin, le niveau global moyen d'intelligence de l'expertisé est congruent à son niveau d'éducation, permettant une interaction convenable et une compréhension satisfaisante entre la personne examinée et l'expert, ce au moyen d'un vocabulaire usuel, sans qu'il y ait besoin de corrections ou de répétitions des propos. [...] Psychose Examen clinique : L'entretien d'expertise n'a pas repéré de signes cliniques de la lignée psychotique émergeant spontanément (hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage) et relevant d'un diagnostic de trouble schizophrénique au sens de l'OMS. Personnalité Examen clinique : [...] les divers critères généraux d'un trouble de la personnalité ne peuvent pas être validés. Critères spécifiques : La personnalité de Monsieur S.\_\_\_\_\_ n'est pour autant pas exempte de particularités dans cette ambiance de quasi absolue neutralité déjà rapportée. Divers points se doivent d'être rapprochés. Adolescent, l'expertisé perd coup sur coup son père puis son frère en 1979-1980, rencontre sa future épouse à cette même époque, 1980-1981, tout en se rapprochant de sa mère. La famille a été littéralement amputée. Il exerce les mêmes fonctions que son père, ouvrier en bâtiment sur les chantiers. Son mariage a lieu en 1984 et l'expatriation sur le territoire helvétique en 1987 alors que sa fille est née en 1984. Le couple laisse leur enfant à la garde de la grand-mère, ce qui suggère chez l'assuré pour le moins un lien fort avec celle-ci et sans doute la volonté partagée, y compris par son épouse, de ne pas la laisser, ce qui réactualiserait la perte subie auparavant. En 1989, naît le fils de l'intéressé, lequel n'est jamais venu en Suisse et dont il est alors possible de dire qu'il a été également donné à la grand-mère. Ce point est questionnant sur le fonctionnement de la famille, sur le rôle, la place et les relations entretenus avec sa mère et sur l'investigué lui-même, sa capacité éventuelle à convaincre son épouse de ne pas élever ses enfants, ce qui n'est pas une occurrence la plus courante à tout le moins. Toutefois, les relations avec les enfants seront entretenues tout au long de ces années, ce qui suppose une réelle attention, des voyages, une disponibilité, à tout le moins également une grande préoccupation et attention de la part de l'examiné. En 1997, sa fille ayant 13 ans et son fils 6 ans, le 20 mai, la maladie de Monsieur S.\_\_\_\_\_ (alors âgé de 35 ans) apparaît « ...laquelle l'a immobilisé au sol sur son lieu de travail » [...], tout comme son père est décédé d'un[e] chute au sol sur un chantier. A partir de cette date, l'expertisé ne

retravaillera plus jamais comme avant, les suites de ce lumbago sont longs à très longs, près d'un an d'arrêt de travail, puis de juillet 1998 à 2003, il retravaillera à 50% officiellement, mais a priori 25% environ en réalité si l'on suit le dossier et ses dires, jusqu'à la cessation définitive de 2003. Or, à cette époque-là, ses enfants ont quasiment l'âge que lui et son frère avait à la disparition de leur propre père (19 ans pour sa fille et 14 ans pour son fils). Ainsi, on retrouve chez l'assuré l'existence de paramètres de surdéterminations psychogènes massifs mis en place par les pertes affectives brutales et rapprochées, de telle sorte qu'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD-10, F68.0) a été retenu. " Enfin, les experts se sont déterminés comme suit sur les questions posées par les parties : " 5. QUESTIONS COMPLEMENTAIRES DES PARTIES Du recourant : 1) L'expert considère-t-il que les limitations fonctionnelles et contre-indications à observer dans le cadre d'une future activité professionnelle adaptée telles que mises en évidence dans le rapport du COPAI du 11 octobre 2001 correspondent à l'état médical de Monsieur S.\_\_\_\_\_ ? On rappelle que, selon ce rapport, les limitations mises en évidence sont les suivantes - Ne peut assumer les positions statiques de travail, ainsi que les positions inhabituelles et contraignantes (accroupie, à genoux, en porte-à-faux). - Ne peut déplacer ou porter des charges supérieures à 5kg. - Ne peut assurer la continuité de mouvements répétitifs moyennement intensifs. - Est limité dans les gestes en amplitude, en flexion, en extension et en rotation du torse. Y a-t-il lieu de relever d'autres limitations fonctionnelles ? Sur le plan de l'appareil locomoteur, l'expert considère que les limitations fonctionnelles et les contre-indications relevées dans le rapport du COPAI du 11 octobre 2001 sont excessives en ce qui concerne les positions de travail, le port de charges, les mouvements répétitifs et les mouvements en amplitudes de flexion-extension et rotation du torse. On ne retient que le porte-à-faux lombaire prolongé et le port de charges très lourdes. Sur le plan neurologique, il n'y a pas lieu de relever de limitations fonctionnelles, l'expert ne retenant pas de causes objectivables à la pérennité de la lombo-sciatique et ne pouvant valablement pas valider la position des limitations du COPAI le 11 octobre 2001. Sur le plan de la psychiatrie, l'expert ne peut pas se prononcer, car ces questions se trouvent en dehors de son champ de compétence. L'imagerie ultérieure confirme que les limitations de 2001 n'étaient pas valables. 2) L'expert considère-t-il que la capacité résiduelle de travail mentionnée par le COPAI dans son rapport du 11 octobre 2001 est conforme à l'état de santé de Monsieur S.\_\_\_\_\_ ? On rappelle ici que l'évaluation du COPAI dans son rapport est la suivante « A l'heure actuelle et compte tenu de l'état de santé de l'assuré, le taux de rendement raisonnablement exigible est inférieur à 40% (...). Au terme de l'examen, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de Monsieur S.\_\_\_\_\_ est trop faible pour pouvoir être exploitée dans le milieu économique. Pour l'heure, seule une activité occupationnelle de quelques heures par semaine est à sa portée. » Sur le plan de l'appareil locomoteur, la capacité de travail est complète. Sur le plan neurologique, en l'absence de causes neurologiques ou somatiques objectivables à la plainte neurologique de l'intéressé, l'expert ne retient pas d'incapacité de travail. Sur le plan de la psychiatrie, l'incapacité de travail est nulle. Comme débattu dans cette expertise, la position du COPAI a inclus des plaintes, lesquelles ne sont pas corroborées, ni à l'examen clinique, ni à l'imagerie. 3) L'assuré peut-il exercer un autre métier manuel que sa profession actuelle ou peut-il n'exercer qu'une activité non manuelle ? Sur le plan de l'appareil locomoteur, oui. L'exploré peut exercer un autre métier manuel que celui de coffreur. Sur le plan neurologique, oui, l'investigué peut exercer un autre métier manuel. Quant à la question s'il peut n'exercer qu'une activité non manuelle, celle-ci

tombe. Sur le plan de la psychiatrie, au vu de la conservation des facultés cognitives, il n'y a pas de motifs particuliers contre-indiquant l'exercice d'une activité non manuelle. Globalement, il n'existe pas de limitations significatives pouvant empêcher une activité manuelle, la réponse étant identique pour une activité non manuelle. De l'OAI : 1) Motiver les raisons pour lesquelles les experts s'éloignent ou se rapprochent des conclusions du rapport d'examen du SMR du 4 mars 2002, du Centre L. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2006 et de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2010. Sur le plan locomoteur, la présente expertise retrouve les discordances et la majoration des plaintes lombaires mentionnées lors de l'examen SMR du 4 mars 2002 et du Centre L. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2006, mais elle s'éloigne du rapport du SMR en ce qui concerne les limitations retenues lesquelles ne sont pas logiques puisque basées essentiellement sur des plaintes. Sur le plan neurologique, l'expert se rapproche des conclusions de l'examen SMR du 4 mars 2002 et du Centre L. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2006 en retrouvant les mêmes éléments de discordance, sur lesquels se surajoute l'apparition d'un trouble de la sensibilité, lequel n'était jusqu'alors jamais signalé. Cependant, il s'éloigne des conclusions du rapport de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, en ce sens que le diagnostic de sciatalgies dans ce rapport n'est retenu qu'anamnestiquement et qu'aucun élément de l'examen clinique réalisé lors de cette expertise ne permet de conforter l'organicité de la symptomatologie sciatalgique. Réalisé dans ce cadre, l'examen IRM n'avait retrouvé aucun élément de conflit disco-radiculaire à l'étage suspecté. Sur le plan de la psychiatrie, les conclusions de cette expertise se rapprochent de celles du SMR du 4 mars 2002 au sujet de la discordance entre l'importance majeure des plaintes annoncées et les constatations objectives très discrètes, avec des signes évocateurs d'une participation non organique. Par contre, elles diffèrent sur la question diagnostique, car actuellement, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD 10, F68.0), non incapacitant, est posé, versus un trouble somatoforme douloureux en mars 2002. Enfin, elles diffèrent sur les plaintes de fatigabilité, celles-ci paraissant plus importantes actuellement. Par rapport à l'examen du 28 septembre 2006, il existe une divergence de points de vue sur les diagnostics, le Centre L. \_\_\_\_\_ ayant retenu un diagnostic de personnalité à traits caractériels passifs (ICD-10, F60.9) [dans l'ICD-10, ce code correspond plutôt à un trouble de la personnalité, sans précision]. En revanche, les deux examens s'accordent sur la question de l'absence d'atteintes invalidantes. Les experts précisent que l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2010 a été assez peu débattue et intégrée en débat, le Tribunal fédéral ayant déjà été amené à se prononcer sur celle-ci. Le reste de la réponse à la question a été discutée dans l'étude des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail relative à chaque diagnostic antérieurement posé. 2) Préciser à partir de quelle date et en quoi il y a une aggravation de l'état de santé, avec ses conséquences sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas eu d'aggravations clinique et radiologique objectives de l'état de santé de l'assuré. Ainsi, il n'y a pas de conséquence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Pour l'expert neurologue, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé, ni de conséquences sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan de la psychiatrie, la question est sans objet. Globalement, sur la base des examens cliniques et de l'imagerie, l'état de l'intéressé est objectivement stable depuis janvier 1998. Aucune aggravation n'a pu être mise en évidence depuis cette date. " Dans ses déterminations du 16 avril 2013, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 15 avril 2013 se ralliant aux conclusions des experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_. Prenant position le 17 juin 2013, le recourant émet les critiques suivantes à l'encontre de

l'expertise de la Clinique E. \_\_\_\_\_ : - il soutient que le problème qui se pose dans la présente procédure a trait au fait que l'OAI considère que le handicap dont il souffre n'est pas objectivable médicalement et qu'il y a autrement dit une divergence sur le diagnostic. L'assuré relève toutefois que les médecins de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ ont mis en évidence qu'il présentait des modifications dégénératives avancées de la colonne lombaire, que cette situation était invalidante et que sa capacité de travail était clairement réduite y compris dans une activité adaptée. Or, le Tribunal fédéral, en cassant l'arrêt cantonal du 15 novembre 2011, n'a pas remis en cause le diagnostic médical posé par les spécialistes de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, ni le caractère invalidant de l'affection en cause. Le seul point qui a été critiqué par le Tribunal fédéral a trait au fait que les spécialistes excluaient la reprise d'une activité même dans un poste adapté, alors que dans un autre passage cette expertise n'excluait pas une reconversion vers une autre activité sans autre précision. C'est dans ce contexte que le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier au Tribunal cantonal, afin qu'il procède à une instruction complémentaire et non à une nouvelle expertise ; - il fait valoir que les médecins de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ne se sont pas préoccupés de déterminer son éventuelle capacité de travail résiduelle et que des médecins non spécialisés en orthopédie (un psychiatre, un rhumatologue et un neurologue) ont remis en cause le diagnostic posé par des spécialistes en orthopédie. Il allègue avoir soumis le rapport de la Clinique E. \_\_\_\_\_ à un spécialiste en orthopédie – dont il tait néanmoins l'identité – et que celui-ci n'y aurait trouvé aucun argument sérieux de nature à remettre en cause le diagnostic posé par l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ mais aurait notamment reproché à la Clinique E. \_\_\_\_\_ de confondre les diagnostics de coxa profunda et de protrusion ; - il estime qu'il n'existe dès lors aucun motif sérieux de nature à remettre en cause le diagnostic des spécialistes de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ et que, partant, le rapport de la Clinique E. \_\_\_\_\_ n'est d'aucune utilité pour la suite de la procédure. Ce constat enlève en même temps toute crédibilité à la partie psychologique du rapport de la Clinique E. \_\_\_\_\_ dont le but est de trouver une explication aux prétendues discordances entre les plaintes de l'assuré et son statut médical. Cela étant, le recourant relève qu'en cas de doute, il conviendrait de demander un complément d'expertise à Hôpital A. \_\_\_\_\_ et que dans l'hypothèse où ses spécialistes n'arrivaient pas à déterminer la capacité de travail résiduelle, il y aurait lieu de mettre en œuvre une évaluation dans un atelier d'observation, tel que celui dont dispose la Clinique Q. \_\_\_\_\_. E n d r o i t : 1. La présente cause procède du renvoi ordonné par le Tribunal fédéral à la juridiction de céans. 2. Le litige porte sur le droit de S. \_\_\_\_\_ à des prestations d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise judiciaire du 24 janvier 2013 et le bien-fondé de sa prise en compte dans le contexte de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Celui-ci soutient essentiellement qu'il présente une incapacité de travail totale dans toute activité et que son invalidité rend inutile toute nouvelle tentative de mesures de réinsertion professionnelle. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé

de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPG. 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 de l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux : ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura 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) (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). 4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) 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 la 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. 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 de l'expert 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 (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références). L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. TF 9C\_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impérieux des conclusions d'une expertise judiciaire. Toutefois, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). 5. a) En l'occurrence, il est constant que le recourant a souffert d'un blocage lombaire le 20 mai 1997. Il a présenté une incapacité de travail de 100% dès le 20 mai 1997 et, le 21 août 1998, les médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué

une discopathie L4-L5 avec protrusion discale, sans mise en évidence radiologique d'un conflit radiculaire. Le 25 octobre 1999, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% en tant que coffreur. L'assuré a par la suite bénéficié d'un stage auprès d'un COPAI du 3 au 28 septembre 2001. Il a également été vu par le médecin-conseil du centre, le Dr Z. \_\_\_\_\_, qui a constaté une contracture lombaire à la fin du stage et attesté des rendements qui atteignaient au mieux 40%. L'assuré a été ensuite examiné par les Drs O. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR qui ont posé le 7 mars 2002 les diagnostics de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires étagés et de trouble somatoforme douloureux. Ils ont constaté que les multiples examens radiologiques et neuro-radiologiques à disposition ne mettaient en évidence que des troubles dégénératifs mineurs au niveau cervical et au niveau lombaire et qu'il existait une importante discordance entre l'importance majeure des plaintes annoncées par l'assuré et les constatations objectives qui étaient très discrètes. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité de coffreur, mais de 100% dans une activité adaptée au plan bio-mécanique. Au mois de mai 2002, en opposition à l'examen du SMR, le chirurgien traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, a retenu une arthrose uncovertébrale C2-C4, des discopathies ébauchées C3-C5, L3-L5 et L5-S1, une hernie discale médiane L4-L5 sans compression radiculaire, une spondylarthrose lombaire basse, ainsi qu'une coxa profunda avec symptômes d'impingement bilatéral. Par arrêt du 7 novembre 2005, le Tribunal fédéral a exposé que, dans la mesure où l'appréciation médicale du SMR divergeait totalement de l'appréciation professionnelle du COPAI pourtant étayée par deux avis médicaux concordants, il n'était pas possible de statuer en l'état. Il convenait dès lors de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale et rende une nouvelle décision. L'OAI a mandaté le Centre L. \_\_\_\_\_ pour la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 28 septembre 2006, les Drs P. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant et une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Les experts somaticiens ont décrit un examen clinique rhumatologique normal, avec de nombreux signes de non-organicité. Par ailleurs, le bilan neurologique a mis en évidence une dissociation entre l'importance des plaintes et la discrétion des anomalies objectives. La revue des examens radiologiques et des IRM lombaires n'a objectivé que des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées de L3 à S1 avec une petite saillie discale médiane L3-L4, une protrusion discale médio-latérale gauche L4-L5 modérément sténosante et une petite protrusion discale médiane L5-S1. Ces anomalies étaient de nature à entraîner possiblement des douleurs lombaires modérées, mais n'expliquaient pas les sciatalgies ainsi que l'importance des troubles formulées par l'assuré et leur répercussion sur sa capacité de travail. Par ailleurs, le bilan neurologique confirmait l'impression des autres examinateurs à savoir celui d'une dissociation entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies objectives d'autre part. L'expert psychiatre, quant à lui, a évoqué une personnalité assez fruste avec des traits caractériels passifs ; de faibles capacités de résonance affective étaient décrites, sans mise en évidence de pathologies psychiatriques significatives. Au terme de l'expertise, il n'a été retenu que des lombalgies banales sur discopathie modérée, ainsi qu'une personnalité à traits caractériels passifs (ICD-10, F60.9). En réponse aux conclusions de l'expertise de septembre 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_ a repris, en janvier 2007, ses propres diagnostics, à savoir une arthrose uncovertébrale cervicale C2 à C5, des contractures et myalgies cervicales et

cervico-scapulaires, surtout gauches, un conflit sous-acromial gauche, une scoliose dorso-lombaire en S, des discopathies lombaires de L3 à S1, une hernie discale médiane gauche L4-L5, une douleur sciatique gauche changeante, des contractures et myalgies paraspinales dorso-lombaires, une coxa profunda bilatérale, un impingement de la hanche gauche peu prononcé et une coxarthrose bilatérale débutante à modérée, plus à gauche. Le 18 février 2010, l'assuré a été examiné par le Dr X. \_\_\_\_\_ de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_. Son rapport a été cosigné par le Dr V. \_\_\_\_\_, au nom du Dr M. \_\_\_\_\_. Les experts ont retenu comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail une lombosciatique chronique récidivante avec discopathies dégénératives avancées L3-L4, L4-L5, L5-S1 de la colonne lombaire depuis 2001, une hypercyphose de la colonne dorsale et une contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire, principalement à gauche. Une coxarthrose atypique débutante à gauche, ainsi qu'un conflit sous-acromial de grade faible à gauche étaient également évoqués, mais sans influence sur la capacité de travail. Les experts ont attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de coffreur à compter de 2001 et n'ont pas précisé la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Dans leurs conclusions, ils ont déclaré que depuis 2001, l'assuré présentait une modification dégénérative avancée de la colonne lombaire. Ils ont précisé que la situation physique était invalidante et les mesures thérapeutiques conservatrices épuisées, rendant donc une reprise de travail physique improbable. Cependant le bénéfice d'une intervention chirurgicale n'était pas tranché. Dans le cadre de l'activité professionnelle habituelle, le pronostic était mauvais et l'assuré présentait une incapacité de travail à 100%. En considération des sollicitations physiques relativement lourdes intervenant dans un métier manuel, une reconversion professionnelle était recommandée. Par contre, une réinsertion professionnelle n'était pas envisageable en raison d'une invalidation trop lourde. Sur le plan psychiatrique, cette expertise mentionnait que l'assuré se plaignait de douleurs et d'un sommeil non réparateur. Dans leurs conclusions, les experts ont évoqué une chronicisation des manifestations des douleurs somatiques avec une aggravation par des composants non organiques, aggravant les douleurs et réduisant la tolérance de l'assuré à leur rencontre. Par arrêt du 15 novembre 2011, le Tribunal fédéral a déclaré que l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ était peu claire, partiellement contradictoire et incomplète, de sorte que la juridiction de première instance ne pouvait lui reconnaître valeur probante sans tomber dans l'arbitraire. Il a renvoyé le dossier à la Cour de céans. b) Le juge n'a pas de raison de douter de la valeur probante d'une expertise judiciaire tant qu'aucun indice concret ne le lui permet (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Comme il sera exposé ci-dessous, les éléments évoqués par le recourant ne sauraient constituer des indices de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions des experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_. En effet, en plus d'avoir procédé à un examen complet de l'appareil locomoteur, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont également effectué une expertise neurologique et psychiatrique. Le mandat confié à la Clinique E. \_\_\_\_\_ était de réaliser une expertise de l'appareil moteur et de psychiatrie afin de procéder à un examen clinique exhaustif, de préciser les diagnostics évoqués, de statuer sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, de déterminer les éventuelles limitations fonctionnelles médicales, et, le cas échéant, d'orienter sur les possibilités thérapeutiques et de réadaptation professionnelle. Sur le plan de l'appareil locomoteur, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont exposé que le rapport d'expertise du 26 juillet 2010 des Drs M. \_\_\_\_\_/V. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ avait été peu débattu dans la mesure où le Tribunal fédéral lui avait nié toute valeur

probante. Force est toutefois de constater que les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_, nonobstant cette précision, ont parfaitement tenu compte de l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ dans leur examen, dont le rapport est repris et synthétisé dans l'anamnèse médicale. Ils ont de plus expliqué soigneusement les raisons pour lesquelles ils s'écartaient de ses conclusions, de même qu'ils ont exposé les raisons pour lesquelles ils s'écartaient ou retenaient les diagnostics posés par tous les précédents médecins. Ainsi, l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ a été analysée par les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ et discutée tant dans l'étude des diagnostics, des limitations fonctionnelles que de la capacité de travail relative à chaque diagnostic. En ce qui concerne le rapport d'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, on constate que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée n'a pas été évoquée – quoique les experts n'aient exclu aucune reprise dans une telle activité adaptée en particulier –, ni les limitations fonctionnelles. Les experts n'ont pas relaté de signes de Waddell, ni le comportement de l'assuré, ni la vie sociale, ni le déroulement d'une journée. En outre, aucun dosage sérique des médicaments n'a été réalisé, ce qui peut expliquer en partie la divergence d'opinions sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Les experts ont essentiellement tenu compte des plaintes de l'assuré et des limitations retenues par le Centre Orph, sans les discuter. Or, l'anamnèse et l'examen de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ sont superposables à ceux du Centre L. \_\_\_\_\_ et des experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_, sauf pour les contractures musculaires para-vertébrales lombaires qui peuvent être fluctuantes au fil du temps. Les experts de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ ont également précisé l'absence d'aggravation sur l'IRM lombaire de mai 2010 par rapport à celle de 2003 et l'absence de nouvelle affection ayant une influence sur la capacité de travail. En définitive, on constate que pratiquement tous les rapports s'accordent à reconnaître le caractère discret des lésions radiologiques et l'absence de signes cliniques objectifs d'un conflit disco-radicaire. Toutefois, les conclusions qu'ils en tirent concernant la capacité de travail du recourant sont différentes. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles et en particulier dans l'activité habituelle, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont soigneusement décrit les tâches principales de la dernière profession exercée par l'assuré. Celui-ci réalisait tous les travaux de montage et de démontage des coffrages de béton. Ils ont estimé que cette activité pouvait être considérée comme moyennement physique par les moyens actuels de manutention (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 24 s.) Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles le fait d'éviter la position en porte-à-faux lombaire prolongée et le port régulier de charges très lourdes (cf. ibid. p. 51 et 117). Ces limitations étaient compatibles avec l'activité de coffreur de l'assuré (cf. ibid. p. 54). Les experts ont analysés tous les diagnostics locomoteurs ainsi que les diagnostics différentiels posés par les précédents médecins en exposant clairement les raisons pour lesquelles ils les retenaient ou les écartaient. Ils ont à chaque fois pris en compte les plaintes de l'assuré, procédé à des examens cliniques physiques, à des imageries médicales le cas échéant et des examens biologiques. Ils ont examiné les limitations fonctionnelles provoqués par chaque diagnostic retenu. Ils ont déterminé la capacité de travail dans le dernier emploi et dans une activité adaptée pour chaque diagnostic et ont ensuite procédé à une synthèse qui a abouti à des conclusions claires et motivées. aa) Sur le plan lombaire, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail ceux de discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1 et discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche (cf. ibid. p. 39). Dans ce contexte, ils ont examiné les différents diagnostics posés par les praticiens précédents (cf. ibid., loc. cit.) : discrets troubles

statiques dégénératifs cervico-dorso-lombaires (Drs O. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR) ; discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1, hernie discale médiane L4-L5 sans compression radiculaire, spondylarthrose lombaire basse (Dr H. \_\_\_\_\_) ; lombalgies banales sur discopathie modérée (Drs P. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du Centre L. \_\_\_\_\_); lombo-sciatique chronique récidivante avec discopathie dégénérative avancée L3/4, L4/5, L5/S1 de la colonne lombaire avec hypercyphose de la colonne dorsale et contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire principalement à gauche (Hôpital A. \_\_\_\_\_). Cela étant, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont constaté que l'IRM lombaire du 28 mai 2010 montrait des discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1, sans aucune gravité. En L4-L5, la hernie discale était certaine, mais de petite taille, n'entraînant pas de conflit disco-radiculaire. Concernant les appréciations des autres médecins, les experts ont exposé qu'en 2001, l'appréciation du rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ se basait essentiellement sur les plaintes douloureuses de l'assuré, lesquelles n'avaient pas été retenues comme majorées. En 2002, dans son évaluation, le SMR n'avait retenu aucune lésion radiologique patente. Le Centre L. \_\_\_\_\_ avait quant à lui bien retenu l'existence d'une saillie discale paramédiane gauche L4-L5 sur l'IRM du 19 juillet 2001, avec un aspect superposable sur l'IRM lombaire du 3 novembre 2003. Néanmoins, il avait estimé que ces signes radiologiques ne pouvaient pas expliquer les plaintes. De leur côté, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont également constaté une tendance à la majoration. Ils ont relevé notamment qu'il n'existait pas de signe objectif pouvant attester d'un conflit disco-radiculaire, malgré les irradiations douloureuses alléguées au membre inférieur gauche à la face postérieure, avec paresthésies ; l'absence de conflit disco-radiculaire était confirmée sur l'IRM lombaire du 28 mai 2010 (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 47). Ils ont en outre signalé la présence de 4/5 signes de Waddell (cf. ibid. p. 44). Les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont ensuite expliqué les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas retenus certains diagnostics différentiels posés par les autres spécialistes. Ils ont relevé que la position du chirurgien traitant ne pouvait être suivie car les diagnostics de douleurs sciatiques changeantes, de contractures et de myalgies paraspinales dorso-lombaires étaient des plaintes et non des diagnostics médicaux. Les discrets troubles statiques dégénératifs cervico-dorso-lombaires mentionnés dans le rapport d'examen pluridisciplinaire du 7 mars 2002 des Drs O. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'étaient pas retenus car le seul trouble statique était une hypercyphose dorsale : l'indice de Schöber dorsal étant normal, il s'agissait là d'une constatation médicale sans répercussion clinique, mais pas d'un diagnostic. Par ailleurs, le diagnostic de lombalgies banales sur discopathie modérée évoqué dans le rapport d'expertise du 28 septembre 2006 des Drs P. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ était trop imprécis pour être retenu. Concernant la lombo-sciatique chronique récidivante et la contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire mentionnées dans le rapport d'expertise du 26 juillet 2010 des Drs X. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, ces éléments n'étaient pas retenus dans la mesure où une lombo-sciatique chronique était une plainte douloureuse et l'hypercyphose une constatation médicale et non un diagnostic. De plus, la contracture musculaire n'avait pas été objectivée au cours de l'examen réalisé à la Clinique E. \_\_\_\_\_ alors que les autres experts l'avaient retrouvée, ce qui était tout à fait possible puisqu'une contracture était un phénomène algique non persistant. De plus, la perception d'une contracture musculaire était subjective et sujette à interprétation différente selon les examinateurs (cf. ibid. p. 48). On notera par contre que les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont posé le même diagnostic que la plupart des spécialistes consultés dans ce

dossier, en particulier les experts de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, à savoir les discopathies ébauchées L3-L4, L4-L5, L5-S1. En ce qui concerne les limitations dans le travail induites par les discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1 et discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont constaté que les restrictions retenues par le Dr Z. \_\_\_\_\_ du COPAI – reprises sans être discutées par les médecins de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ – avaient été posées sur des critères de plaintes subjectives. Ils ont rappelé en particulier que des limitations lombaires importantes avaient été retenues malgré l'absence de signes objectifs cliniques et radiologiques. Ces limitations étaient les suivantes : ne peut assumer les positions statiques de travail, ainsi que les positions inhabituelles et contraignantes (accroupi, à genoux, en porte-à-faux) : ne peut déplacer ou porter des charges supérieures à 5kg : ne peut assurer la continuité des mouvements répétitifs moyennement intensifs : est limité dans les gestes en amplitude, en flexion, en extension et en rotation du torse. Or, selon les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_, les diagnostics de discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1 et de discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche ne pouvaient pas justifier de limitation dans les positions statiques prolongées, étant donné l'absence de syndrome radiculaire objectivable. Pour la même raison, le déplacement ou le port de charges ne pouvait pas être limité à 5 kg, aucune souffrance significative du rachis lombaire n'étant constatée, comme l'attestait l'absence de contractures musculaires paravertébrales. Les positions accroupies ou à genoux n'étaient pas non plus influencées par ces pathologies. Même en présence d'une discrète raideur lombaire et sous-pelvienne, la pathologie dégénérative lombaire permettait tout à fait les mouvements répétitifs moyennement intensifs, tant que ceux-ci n'étaient pas associés à un port de charges lourdes. Les gestes en amplitude, en flexion et en rotation du torse n'étaient pas non plus à proscrire en raison des discopathies, les niveaux atteints étant situés à distance de la charnière dorso-lombaire (D11-D12-L1) et ne participant pas directement dans la réalisation des mouvements. Par contre, les discopathies justifiaient une limitation pour le porte-à-faux lombaire. Cela étant, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont relevé que globalement, il était assez difficile de comprendre comment le rapport du COPAI pouvait retenir des limitations importantes – qu'il qualifiait lui-même de larges et généreuses – en l'absence d'éléments objectifs, et en même temps dire que ces limitations ne contre-indiquaient pas l'activité de coffreur même à 50%. Le seul élément objectivable lors de cet examen s'était avéré être une contracture musculaire plus importante en fin de stage qu'au début, laquelle ne contre-indiquait en rien une activité professionnelle. Certes, il existait des limitations fonctionnelles, mais elles avaient été surévaluées lors du stage d'observation professionnelle de 2001, dont les conclusions tenaient compte de plaintes non objectivables. En effet, les examens cliniques effectués à environ quatre semaines d'intervalle à l'époque avaient donné des résultats superposables relativement rassurants, notamment sur le plan neurologique. Enfin, l'absence d'amélioration possible sur le plan médical, tel qu'évoqué lors de cet examen, ne concordait pas avec le degré de l'atteinte radiologique constatée lors de l'expertise de la Clinique E. \_\_\_\_\_. Dans son activité habituelle, l'examiné avait déclaré s'acquitter péniblement de ses tâches, avec la nécessité de souvent se reposer et même de quitter le travail certains jours. Sachant que l'employeur avait adapté le travail sans tâches contraignantes (pas de port de charges, ne pas se baisser) selon les termes de l'assuré et lui permettait de se reposer quand il le voulait, au vu de l'absence de pathologie importante, la nécessité de repos rapportée par l'assuré ne pouvait être considérée dans les limitations. A cela s'ajoutait qu'une position accroupie n'était pas limitée par une discopathie, même en

présence de hernie, ne sollicitant pas le rachis. Quant au rapport du SMR de 2002, les limitations retenues ne pouvaient pas non plus être validées dès lors que ce compte-rendu se contredisait en ne retenant pas de lésion radiologique significative, alors qu'il retenait des limitations lombaires fondées elles aussi sur des plaintes. En définitive, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'il n'y avait pas de conséquences des limitations dans l'activité professionnelle de l'assuré, dans la mesure où le travail de coffreur s'effectuait avec des changements de position fréquents ; en outre, les manipulations de charges lourdes pouvaient être évitées par des moyens mécaniques et le porte-à-faux lombaire n'était jamais prolongé (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 51 ss). A l'aune de ces éléments, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont conclu qu'aucune limitation fonctionnelle en rapport avec l'état médical du recourant ne pouvait être retenue, ni dans l'activité de coffreur, ni dans une autre activité adaptée que ce soit en considérant l'atteinte au moment du premier blocage lombaire en 1997 ou actuellement (cf. ibid. p. 53). Ainsi, ils ont considéré que pour un diagnostic de discopathies ébauchées L3-L4 et L5-S1 et de discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche, aucune incapacité de travail prolongée dans l'activité habituelle de coffreur ne pouvait être admise, ni de mai 1997 à juin 1998, ni à 50% d'avril 1998 à septembre 2003, ni de 60% ou plus. Seule une incapacité d'un mois, soit de mai à juin 1997, pouvait être admise. La position du chirurgien traitant ne pouvait être à cet égard suivie, la discopathie L3-S1 et la hernie discale décrite en L4-L5 ne pouvant justifier une incapacité de travail, une scoliose dorso-lombaire non plus (cf. ibid., loc. cit.). bb) En ce qui concerne la colonne cervicale, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic. Dans le cadre de leur appréciation, ils ont examiné ceux posés par les différents médecins (cf. ibid. p. 55) : discrets troubles statiques dégénératifs cervico-dorso-lombaires (rapport d'examen pluridisciplinaire du 7 mars 2002, Drs O.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_); arthrose uncovertébrale C2-C4, discopathie ébauchée C3-C5 (courrier du 17 mai 2002, Dr H.\_\_\_\_\_). Les experts ont constaté que les plaintes actuelles étaient discordantes, puisque spontanément, l'exploré ne mentionnait pas de plaintes cervicales et n'en montrait pas non plus sur le schéma corporel dans l'auto-questionnaire de la douleur, alors qu'en remplissant l'auto-questionnaire spécifique au rachis cervical, il en était ressorti une incapacité fonctionnelle ressentie comme sévère, en lien avec des douleurs cervicales, aux bras et avant-bras (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 58). Ils ont relevé que l'IRM cervicale du 26 février 2010 était strictement normale. En outre, ils ont expliqué les raisons pour lesquelles ils écartaient les autres diagnostics différentiels évoqués par les précédents médecins. Ainsi, le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ mentionnait des plaintes douloureuses cervicales et non des constatations radiologiques. En effet, l'hypercyphose constatée lors de cet examen n'avait pas été confirmée par des bilans d'imagerie. Lors de l'examen du SMR en 2002, des radiographies de la colonne cervicale du 17 avril 1998 avaient été évoquées, indiquant des signes arthrosiques au niveau des articulations uncovertébrales C2-C3 et C3-C4 et dans une moindre mesure en C4-C5 ; de profil, un discret pincement postérieur des disques C3-C4 et C4-C5 avait été rapporté. Cependant l'IRM cervicale du 26 février 2010 ne mettait pas en évidence de telles lésions. Au niveau cervical, le chirurgien traitant retenait une arthrose uncovertébrale cervicale C2 et à C5. Or, l'arthrose était exclue sur la base de l'imagerie à disposition. Enfin, dans le rapport du Centre L.\_\_\_\_\_ de 2006, les douleurs cervicales ne faisaient pas partie des plaintes au moment de l'examen et il n'existait du reste pas de signes cliniques au niveau cervical ni de limitations de mobilité. En conclusion, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont considéré que les constatations radiologiques de 1998

semblaient avoir été interprétées de façon abusive, puisque la normalité de l'IRM du 26 février 2010 les contredisait. Dans ces conditions, aucun diagnostic n'était retenu au niveau cervical du fait de l'absence de troubles de la statique vertébrale sur l'IRM du 26 février 2010, ou de signes d'arthrose ou de discopathie cervicale sur ce même examen (cf. *ibid.* p. 59). En l'absence de diagnostic, les experts n'ont dès lors pas retenu de limitations fonctionnelles (cf. *ibid.* p. 62). cc) S'agissant de l'épaule gauche, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ n'ont pas non plus retenu de diagnostic. Dans leur analyse, ils ont fait mention des atteintes signalées par les précédents médecins, soit un conflit sous-acromial gauche (courrier du 8 janvier 2007, Dr H.\_\_\_\_\_), un conflit sous-acromial de grade faible à gauche (rapport d'expertise de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_) (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 63). Cela dit, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ n'ont pas constaté de signe de conflit sous-acromial ou de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et ont ajouté que l'épaule gauche est exempte de symptômes. Aussi, ils n'ont pas retenu le diagnostic de conflit sous-acromial, dès lors qu'il n'existait pas de plaintes spontanées ni de signes cliniques de conflit sous-acromial et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, depuis 2010, aucun examen d'imagerie n'avait été réalisé pour ce supposé diagnostic, ce qui confirmait l'absence de pathologies évolutives à ce niveau (cf. *ibid.* p. 68). Les experts ont ajouté que, selon le rapport d'observation professionnelle de 2001, il fallait éviter la continuité de mouvements répétitifs moyennement intensifs. Or, les constatations actuelles au niveau scapulaire gauche étaient dans la norme et ne permettaient pas d'évoquer de restriction physique au niveau scapulaire. Ceci ne permettait pas de justifier une limitation dans les mouvements répétitifs des membres supérieurs (cf. *ibid.* p. 70). dd) Les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ n'ont pas non plus retenu le diagnostic de coxa profunda avec symptômes d'impingement bilatéral (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ le 17 mai 2002), ni celui de coxarthrose bilatérale débutante à modérée, plus à gauche (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2007) (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 72). Ils ont relevé que les radiographies du bassin, vue de face, effectuées par leurs soins le 15 octobre 2012 ne montraient aucun signe de protrusion acétabulaire (coxa profunda), que la radiographie de la hanche gauche de profil du 15 octobre 2012 ne montrait qu'un épaississement du bord antéro-supérieur du col fémoral, lequel pouvait être en relation avec un conflit antérieur de la hanche, et que la radiographie de la hanche gauche, faux profil, du 15 octobre 2012, dénotait un aspect normal du faux profil et une absence de pincement coxo-fémoral supéro-externe (cf. *ibid.* p. 74 s.). Cela étant, les experts ont observé que les radiographies actuelles ne montraient aucun signe de coxa profunda ni de coxarthrose. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas de signes cliniques évocateurs d'une pathologie coxo-fémorale gauche. En outre, le rapport de stage d'observation d'octobre 2001 établi par le COPAI ne mentionnait pas le diagnostic de coxarthrose, ni de plaintes en rapport avec la hanche. Certes, le Dr H.\_\_\_\_\_ avait réfuté les conclusions de l'examen pluridisciplinaire du SMR de 2002 en invoquant notamment une coxa profunda avec symptômes d'impingement bilatéral et une coxarthrose bilatérale débutante à modérée, plus à gauche ; il avait alors précisé que les altérations pathologiques qu'il avait trouvées sur les examens de radiologie ne permettaient pas de préjuger de la sévérité des troubles (cf. rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 17 mai 2002). Les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont toutefois relevé que les radiographies effectuées en octobre 2012 ne montraient pas de signes en faveur d'une coxarthrose. Ainsi, d'après les clichés du 16 octobre 2012, le diagnostic de coxa profunda, ainsi que celui de la coxarthrose bilatérale débutante n'étaient retenus ni par l'expert, ni par le radiologue (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 76). En l'absence de diagnostic, il n'y avait par

conséquent aucune limitation (cf. *ibid.* p. 77). Au demeurant, on notera sur ce point que les spécialistes de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ n'avaient pas considéré cette atteinte comme invalidante, celle-ci n'étant pas symptomatique. ee) Les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ n'ont pas non plus retenu les diagnostics de douleurs chroniques, contractures et myalgies cervicales et cervico-scapulaires, douleurs sciatiques gauches changeantes, contractures et myalgies paraspinales dorso-lombaires, posés par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 8 janvier 2007 (cf. *ibid.* p. 78). Les experts ont expliqué que le rapport d'expertise du Centre L. \_\_\_\_\_ de septembre 2006 évoquait des douleurs lombaires et du membre inférieur gauche entraînant une boiterie, lesquelles contrastaient avec une musculature conservée. L'examen avait alors mis en évidence une certaine tendance à l'exagération, avec de nombreux signes de non-organicité, l'examen clinique pouvant être considéré comme normal. Quant aux examens radiologiques étudiés à l'époque, ils étaient également dans la norme, n'expliquant pas les plaintes. Les experts ont relevé qu'à l'heure actuelle, une légère boiterie était toujours présente du côté gauche et ne trouvait pas d'explications. Ils ont exclu une fibromyalgie dès lors qu'ils avaient répertorié 4/5 signes de Waddell et que des discordances relatives aux douleurs avaient été relevées entre les auto-questionnaires. Ils ont ajouté que s'il existait une explication médicale partielle à certaines plaintes, en présence d'un rachis lombaire dégénératif, l'intensité alléguée des algies n'était absolument pas explicable sur le plan rhumatologique (cf. *ibid.* p. 79). Concernant plus particulièrement les contractures et myalgies cervicales et cervico-scapulaires, les douleurs sciatiques gauches changeantes et les contractures et myalgies paraspinales dorso-lombaires évoquées par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 8 janvier 2007, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont exposé qu'il n'y avait pas lieu de retenir de tels diagnostics attendu que ces notions relevaient de données subjectives non reproductibles. Les plaintes douloureuses évoquées pouvaient être rattachées aux diagnostics précédemment étudiés, notamment ceux concernant la colonne cervicale et lombaire ainsi que l'épaule gauche, mais nombre de ces diagnostics envisagés étaient invalidés par l'imagerie (cf. *ibid.* p. 79 s.). ff) Sur le plan neurologique, les experts de la E. \_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic d'irradiation de type sciatique au membre inférieur gauche de topographie S1, se référant aux constatations formulées sur ce point par le Dr H. \_\_\_\_\_, l'expertise du Centre L. \_\_\_\_\_, le SMR et l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ (cf. *ibid.* p. 84). Ils ont relevé qu'actuellement, au niveau des plaintes, l'assuré signalait une lombalgie quotidienne, dont les caractéristiques ne s'étaient pas modifiées par rapport aux anamnèses précédentes, lesquelles s'accompagnaient d'une irradiation le long de la fesse, de la face postérieure de la cuisse, du mollet gauches jusqu'au talon et du bord externe du pied homolatéral. Cette douleur était décrite comme lancinante, augmentée à la toux, à la défécation, ainsi qu'aux efforts de poussée et à la marche. Elle était majorée par les positions assise et debout prolongées, nécessitant de fréquents changements de positions (cf. *ibid.* p. 85). Les experts ont observé que l'examen clinique neurologique du recourant montrait une intégrité complète des nerfs crâniens avec un champ visuel en confrontation, un fond d'oeil, des réflexes pupillaires et une oculomotricité normaux, ainsi qu'une motricité et une sensibilité de la face normales et symétriques, sans troubles de la déglutition. Ils ont ajouté qu'aux membres supérieurs, l'investigué était droitier, avec une musculature de trophicité normale et symétrique, sans déficit moteur au testing musculaire analytique. Par ailleurs, les réflexes ostéotendineux (bicipital, stylo-radial, cubito-pronateur, tricipital) étaient présents, symétriques, vifs et non diffusés. Les spécialistes de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont précisé qu'il n'y avait pas de signes de Hoffmann ou de Tinel, ni d'amyotrophie. Ils ont noté que le testing proximal aux biceps et aux deltoïdes provoquait

des lombalgies, ce qui ne s'expliquait pas anatomiquement. Ils ont indiqué qu'au niveau du tronc, les réflexes cutanés abdominaux étaient présents et qu'il n'y a pas de niveau sensitif sur le tronc, ni de troubles de la sensibilité. Ils ont signalé qu'au niveau des membres inférieurs, l'examen de la motricité était dans les limites de la normale, la recherche d'un déficit proximal étant perturbée par une forte réaction douloureuse mais ne paraissant pas anormale. Ils ont relevé que la motricité distale était parfaitement normale et symétrique, et que les muscles étaient de tonicité symétrique et normale. Par ailleurs, les réflexes rotuliens et achilléens étaient présents, vifs et non diffusés, tandis que les réflexes cutanés plantaires étaient en flexion des deux côtés. En outre, la pallesthésie était à 7/8 aux chevilles. En revanche, on notait un trouble de la sensibilité, touchant l'ensemble du membre inférieur gauche, mais ne concernant que la modalité de la piquûre tandis que l'effleurement et le tact grossier étaient ressentis de façon symétrique – étant précisé que ce trouble de la sensibilité recouvrait l'ensemble du membre inférieur, s'étendant largement au-delà de la racine douloureuse, le niveau supérieur du trouble étant le pli de l'aîne. La sensibilité périnéale était de surcroît normale et symétrique. La manoeuvre de Lasègue était, quant à elle, négative à droite (déclenche des lombalgies) et positive à gauche à 45° avec provocation d'une irradiation au membre inférieur. Quant au contre Lasègue, il était positif. Les spécialistes de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont ajouté que la coordination par les manoeuvres doigts-nez et talons-genoux était normale et symétrique, et que l'on ne notait pas un élargissement du polygone de sustentation en station debout, tandis que l'appui monopodal ainsi que la marche sur les talons et les pointes étaient normaux (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2013 p. 86 s.). Selon ces mêmes médecins, à la date de l'expertise, le diagnostic de lombo-sciatique S1 gauche initiale était au stade de status post ; en effet, les circonstances d'apparition et la description faites par l'expertisé plaident en faveur d'une authentique lombo-sciatique S1 gauche initialement mais la pérennisation des troubles posait problème, comme cela avait été d'emblée relevé lors de la première évaluation neurochirurgicale (cf. *ibid.* p. 88). Par ailleurs, les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont relevé qu'il existait une nette discordance entre l'importance majeure des plaintes et les – très discrètes – constatations objectives, ainsi qu'une dissociation entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies objectives d'autre part. Ils ont souligné que la découverte du trouble sensitif était survenue plus de treize ans après le début de la lombo-sciatique initiale et apportait un argument de poids en faveur d'une surcharge, permettant ainsi de remettre en cause l'objection du Dr H. \_\_\_\_\_ vis-à-vis des conclusions de l'expertise du Centre L. \_\_\_\_\_ : puisqu'il existait cette fois-ci un trouble de la sensibilité, l'argument de la séparation des fibres motrices, sensitives et douloureuses ne tenait plus. Les spécialistes de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont relevé que, du reste, les voies de la douleur, ainsi que de la sensibilité thermoalgique et protopathique étaient véhiculées par les mêmes fibres. Or, dans le cas particulier, le territoire des douleurs et celui des troubles sensitifs allégués n'étaient pas superposables. Ils ont ajouté que le trouble de la sensibilité était non systématisable et en contradiction avec la pérennisation des réflexes et du maintien de la sensibilité périnéale. Dès lors, les experts ont retenu une sciatalgie S1 gauche initiale, dont la pérennisation n'était pas objectivable avec des éléments cliniques discordants et variables permettant de remettre en cause l'organicité. Ils ont précisé qu'il n'y avait pas de diagnostics différentiels du point de vue neurologique, que le contrôle de l'adhésion au traitement médicamenteux durant l'expertise mettait en évidence une mauvaise compliance à la prescription de Lyrica® (prégabaline) et qu'une prise en charge de physiothérapie était refusée par l'exploré

(cf. ibid. p. 88 ss). Quant à la date de la rémission des signes cliniques, ils l'ont estimée à quelques mois après le début de la symptomatologie, à peu près au mois de janvier 1998, aucun examen d'imagerie réalisé par la suite n'ayant pu mettre en évidence un conflit au niveau de la racine S1 gauche (cf. ibid. p. 91). Concernant l'incapacité de travail, ils ont considéré qu'elle avait été totale du 5 mai au 31 décembre 1997 et que, vu l'absence de limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle, un emploi adapté n'était pas nécessaire (cf. ibid. p. 92). gg) Sur le plan psychiatrique, les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. S'agissant des éléments les ayant conduit à ouvrir ce chapitre, ils se sont référés au diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé dans le rapport d'examen pluridisciplinaire du 7 mars 2002 des Drs O.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Ils ont observé que leur examen clinique ne permettait toutefois pas de retenir un tel diagnostic dans la mesure où le tableau clinique était mieux expliqué par un autre diagnostic, en l'occurrence celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il s'agissait de la présence de symptômes initialement dus à un trouble, à une maladie ou à une incapacité physique mais qui, par la suite, étaient amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même (cf. ibid. p. 93). Concernant les plaintes, les experts ont indiqué que l'assuré signalait des douleurs : « J'ai mal, c'est plus ou moins fort, parfois moins, mais toujours là. Quand ça attaque vraiment fort, il faut que je me couche immédiatement, même dans la rue. Je m'appuie contre quelque chose et alors mes jambes commencent à trembler ». Ils ont précisé que les plaintes étaient essentiellement localisées au niveau de la région lombaire, mais « ...pour le moment, ça pourrait arriver d'un moment à l'autre ailleurs » (cf. ibid. p. 94). En outre, les experts ont exposé que, sur le plan neurocognitif, les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme étaient conservées (cf. ibid. p. 106). Ils ont également précisé que l'entretien n'avait pas révélé de signes cliniques de la lignée psychotique émergeant spontanément – tels des hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage – et relevant d'un diagnostic de trouble schizophrénique au sens de l'OMS (cf. ibid. p. 107). Ils ont de surcroît mentionné l'existence de paramètres de surdéterminations psychogènes massifs mis en place par les pertes affectives brutales et rapprochées vécues par le recourant, de telle sorte qu'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques avait été retenu (cf. ibid. p. 110). On relèvera enfin que les experts de la Clinique E.\_\_\_\_\_ ont souligné que l'explication médicale des plaintes somatiques n'avait été que très partiellement possible, les consultations des médecins de l'appareil locomoteur et neurologique ayant conclu à la présence de discopathies lombaires étagées et, à l'anamnèse, à une irradiation descendante des douleurs, de type sciatique. Toutefois, ces pathologies n'expliquaient en rien le retentissement invalidant dans une activité professionnelle, comme le décrivait l'examiné, alors même que le retentissement des plaintes dans la vie personnelle était tout à fait mineur et discordant. L'examen clinique de l'appareil locomoteur avait du reste mis en évidence une tendance à la majoration, des signes de surcharge avec 4/5 signes de Waddell, une douleur déclarée importante cotée à 7/10 à l'EVA malgré un traitement antalgique massif, ainsi qu'une compliance moyenne. A cela s'ajoutaient les conclusions de l'examen de neurologie, sur une pérennisation non objectivable de la sciatalgie gauche et des éléments cliniques discordants et variables, permettant de remettre en cause l'organicité (cf. ibid. p. 96). c) En ce qui concerne les critiques émises par le recourant quant à l'expertise de la Clinique E.\_\_\_\_\_, on notera premièrement que contrairement à ce que soutient

l'intéressé, les experts n'ont pas considéré qu'il ne souffrait d'aucune atteinte objectivable. Ils ont relevé, comme la plupart des expertises effectuées dans la présente cause, le caractère discret des lésions radiologiques et l'absence de signes cliniques objectifs d'un conflit disco-radulaire. A l'instar des spécialistes du service orthopédique de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, les experts ont toutefois posé le diagnostic de discopathies L3-L4, L5-S1 et L4-L5. Ils ont exposé en détails les raisons pour lesquelles ils excluaient certains diagnostics différentiels. Ce sont les appréciations de l'effet des discopathies sur la capacité de travail du recourant qui divergent. Partant le litige entre les compétences réciproques des spécialistes en rhumatologie ou en orthopédie n'a pas lieu d'être. A cet égard, on relèvera que les spécialisations des experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont été communiquées au recourant avec un délai de récusation et que celui-ci n'a fait valoir aucun grief à l'encontre des spécialistes chargés de l'expertise. Quant aux critiques soulevées par un spécialiste en orthopédie, dont le recourant ne mentionne pas le nom, on relèvera qu'elles ne sont pas de nature à remettre sérieusement en doute les conclusions des experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_. Le fait que les spécialistes de la Clinique E. \_\_\_\_\_ confondraient les diagnostics de coxa profunda et de protusion, ce qui n'est absolument pas démontré par le spécialiste auquel se réfère le recourant, n'a que peu d'importance dans la mesure où de toute façon les spécialistes de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ ont conclu que la coxa profunda n'avait aucune influence sur la capacité de travail et n'était pas symptomatologique. A cela s'ajoute que du fait des contradictions et imprécisions que comportait l'expertise de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, le Tribunal fédéral lui a nié toute valeur probante et a expressément demandé à la Cour de céans de mettre en œuvre une surexpertise et non un complément d'expertise auprès de cet expert, contrairement à ce que soutient le recourant. Finalement, on rappellera que la question de la capacité résiduelle de travail du recourant est essentiellement une question médicale qui ne relève pas de la compétence des spécialistes de la réadaptation. d) En conclusion, force est de conclure que les experts de la Clinique E. \_\_\_\_\_ ont motivé les raisons pour lesquelles ils s'éloignaient tant des appréciations du Dr H. \_\_\_\_\_ (quant aux diagnostics, à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles) que de celles des rapports du COPAI de 2001 et de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ de 2010. Les experts ont rapporté les divergences importantes entre les plaintes et les éléments objectifs tant cliniques que paracliniques, ce qui les a amené à la conclusion de l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dans son activité habituelle antérieure et dans toute activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998 ; en ce sens ils ont rejoint les conclusions des experts du Centre L. \_\_\_\_\_ de 2006. Ils ont retenu et démontré ensuite sur la base d'éléments objectifs (cliniques et imagerie) que l'état de santé du recourant était resté stable depuis 1998. A cet égard, chaque point a été détaillé, étayé et discuté. Par ailleurs, le rapport de la Clinique E. \_\_\_\_\_ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Cela étant, il convient donc de retenir avec les spécialistes de la Clinique E. \_\_\_\_\_ que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de coffreur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998. Il s'ensuit que le recourant ne présentant aucune incapacité de gain, il ne saurait prétendre à des prestations de l'AI. 6. a) Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 50 LPA-VD). Vu le sort de ses conclusions, le recourant ne peut prétendre à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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