

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 janvier 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

**Art. 6 s., 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 59 al. 2bis LAI ; 87
et 88a al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], divorcé et père de quatre enfants nés entre [...] et [...], est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de grutier. Titulaire d'une autorisation d'établissement C, il est arrivé en Suisse le [...]. Dès juillet 2008, il a travaillé pour l'entreprise E._____ SA, à [...].

En 2007 l'assuré a connu un traumatisme en traction de l'épaule droite en tentant de retirer une compacteuse enfoncée dans le sol, à la suite duquel une décompression C6-C7 avec spondylodèse a été effectuée en mars 2008. Il a pu reprendre le travail à 100 % en juillet 2008 mais l'assuré se plaignait toujours de cervico-brachialgies.

Le 3 février 2010, l'assuré a été victime d'un accident de travail en raison d'une chute d'une hauteur de quatre mètres environ, lors duquel il a subi des contusions multiples, sans présenter de lésions osseuses.

Le 15 décembre 2010, A._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs à l'épaule droite et dans la jambe droite.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au B._____ (ci-après : B._____) à [...]. Après avoir examiné l'assuré le 9 juin 2011, les Drs I._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont exposé ce qui suit, dans leur rapport du 28 octobre 2011 :

"5.2 ASPECT SOMATIQUE

[...]

Le bilan radiologique permet de confirmer un état post-spondylodèse cervicale, stable, des lésions modérées de spondylose au niveau dorso-lombaire avec de minimes séquelles d'ostéodystrophie de croissance. Il n'y a pas de lésion objective d'ordre post-traumatique sur l'imagerie IRM.

Tout comme le Dr [...] qui a examiné le patient de manière complète, je ne trouve pas de pathologie de médecine interne, ni aucune anomalie de l'appareil locomoteur justifiant l'état douloureux que nous relate le patient. La démonstration de sa gestuelle témoigne d'une force conservée, d'une absence d'épargne rachidienne. Les mouvements amples et caricaturaux qu'il adopte pour nous expliquer son handicap ne sont pas ceux que l'on observe habituellement lors de pathologie de l'appareil locomoteur ou de pathologie neurologique.

Tout comme le Dr [...] l'a suggéré, après avoir pu écarter de mon diagnostic différentiel une pathologie d'ordre somatique, je me suis adressée en travail de synthèse auprès du co-expert psychiatre, pour évaluer s'il y avait une co-morbidité d'ordre psychique justifiant le comportement que l'expertisé m'a permis d'observer.

Nous avons effectué un monitoring thérapeutique des médicaments que M. A. _____ a confirmé prendre aux 6 heures. Le paracétamol et la tramadol n'étaient pas détectables selon le laboratoire qui se situait à la limite de détection de la méthode.

Nous interprétons ce manque d'imprégnation médicamenteuse aux doses évoquées – qui auraient permis sinon d'atteindre un taux thérapeutique vu la demi-vie courte de ces substances, du moins un taux détectable – comme une absence de concordance entre les données alléguées et nos constatations. Il est intéressant de relever que les mouvements athlétiques observés ont été réalisés sans qu'il y ait au niveau sanguin un antalgique à un niveau significatif.

5.3 ASPECT PSYCHIATRIQUE

[...]

Monsieur A. _____ se plaint depuis l'accident de douleurs dorsales et dans l'hémicorps droit, intenses, constantes, qui le bloquent jusque dans la nuque. Ces douleurs s'accompagnent de fourmillements dans le bras droit et la jambe droite. Un tableau dépressif est rapporté par l'expertisé dans les mois qui ont suivi l'accident: il était très abattu, n'avait plus envie de sortir de chez lui, il pleurait; l'expertisé ne rapporte pas d'élément supplémentaire de la lignée dépressive en 2010, et il n'a en particulier pas eu d'idées noires ni d'idées suicidaires. L'expertisé ne présente plus aucune plainte de la lignée dépressive ces derniers mois, il se dit aidé par les antidépresseurs que son médecin traitant lui prescrit et confiant face à l'avenir. Ses douleurs restent cependant non améliorées, constantes et très handicapantes, elles empêchent selon lui toute activité professionnelle et limitent considérablement ses activités au quotidien.

Ces éléments dépressifs anamnestiques ne sont pas suffisamment graves et importants en nombre pour rendre compte du diagnostic

d'Etat dépressif profond retenu par le médecin généraliste dans son rapport du 21.02.2011, rapport qui par ailleurs ne précise pas les éléments objectifs compatibles avec un tel diagnostic. Aucun des symptômes rapportés ou détaillés dans les rapports à notre disposition ne sont de fait suffisamment graves et marqués pour justifier un diagnostic spécifique d'Episode dépressif.

Nous sommes donc en présence d'un tableau de plainte douloureuse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et résistant à tout traitement, qui s'est accompagné en 2010 de symptômes dépressifs que l'on peut considérer comme des sentiments de détresse d'accompagnement. Nous reprenons en ce sens l'hypothèse émise par notre collègue la Dresse [...] dans son rapport de juin 2010 d'un trouble de l'adaptation présent dans les suites de l'accident pendant quelques semaines, non incapacitant, en rémission.

Un tel tableau où la douleur est la préoccupation essentielle et permanente pourrait évoquer un Syndrome douloureux somatoforme persistant, soit une plainte essentielle qui concerne une douleur intense et persistante, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, avec sentiment de détresse d'accompagnement. Ce diagnostic n'est cependant pas valide compte tenu de l'absence actuelle de détresse ainsi que de l'absence d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux qui seraient suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Une Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas davantage un diagnostic à envisager, faute d'une maladie physique initiale clairement définie. Enfin, les quelques éléments dissociatifs relevés (plaintes sensitivo-motrices latéralisées de fourmillement et de paralysie, peut-être les antécédents de bégaiement après traumatisme), sont insuffisants et trop à l'arrière-plan des plaintes douloureuses pour poser un diagnostic de trouble de conversion.

Force est de constater que cette présentation clinique n'entre pas dans une entité diagnostique psychiatrique de référence. Nous nous retrouvons face à un assuré adoptant un comportement de malade qui nous paraît sortir du champ médical, avec notamment une nette disproportion entre les douleurs alléguées et les capacités observées à l'examen clinique physique, des douleurs décrites comme très intenses mais demeurant vagues, et des revendications basées davantage sur une compensation financière que sur des soins. Le monitoring thérapeutique a montré une inobservance importante.

Nous mettons en évidence également de nombreux éléments paramédicaux qui influencent défavorablement la situation (personnalité fruste, scolarisation rudimentaire, faible intégration sociale, faible motivation, besoins familiaux).

La prise en charge offerte paraît adéquate dans ce contexte, dans le sens d'un soutien psychosocial. En l'absence de pathologie psychiatrique avérée, le traitement anti-dépresseur n'est actuellement pas nécessaire.

En l'absence de trouble psychiatrique significatif, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique.

L'expertisé ne présente par ailleurs pas de trouble psychiatrique avéré qui limiterait ses capacités d'adaptation.

Le pronostic reste réservé dans cette situation où l'assuré se place en position d'invalidé depuis plusieurs années maintenant, et où les bénéfices secondaires à la maladie sont très importants.

6. CONCLUSION CONSENSUELLE ENTRE LES DEUX EXPERTS

La présente expertise n'a pas permis de mettre en évidence une affection malade ou post-traumatique justifiant un arrêt de travail prolongé pour raison médicale. Nous considérons qu'à partir d'août 2010 l'exigibilité au travail était restituée."

Au terme de leur rapport, les experts précisait que la spondylodèse était stable et n'avait jamais empêché l'assuré de travailler. S'agissant des autres diagnostics - excès pondéral, spondylodiscarthrose modérée prédominant en C5-C6 sans myélopathie ni radiculopathie, séquelles très modérées d'ostéodystrophie de croissance et status après cure de hernie inguinale droite -, ils n'atteignaient pas le seuil d'une incapacité durable de travailler selon l'expérience de ces atteintes dégénératives radiologiques banales et fréquentes dans l'ensemble de la population et l'observation de la gestuelle en cours d'examen permettait de confirmer qu'elles ne donnaient lieu à aucune limitation fonctionnelle.

Examinant les pièces médicales dans un rapport du 2 novembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques non spécifiques et de status après cure de hernie discale C6-C7 et spondylodèse en mars 2008. Il a reconnu qu'une activité adaptée (permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans porte-à-faux ni travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale) ainsi que l'activité habituelle de grutier étaient exigibles à un taux de 100 %, depuis le mois d'août 2010.

Par décision du 19 décembre 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. Il exposait que si l'atteinte à la santé contre-indiquait, depuis le mois de février 2010, la poursuite de son activité habituelle, son état de santé lui permettait, dès le mois d'août 2010, de reprendre cette activité ainsi que d'autres activités adaptées, au taux de 100 %. De surcroît, son

degré d'invalidité était fixé à 22 % dès le mois d'août 2010, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales qui l'a rejeté par arrêt rendu le 29 avril 2013 (CASSO AI 6/12 - 94/2013). La Cour a constaté que les diagnostics posés lors de l'expertise étaient un excès pondéral, un status après spondylodèse antérieure C6-C7, une spondylodiscarthrose modérée prédominant en C5-C6 sans myélopathie ni radiculopathie, des séquelles très modérées d'ostéodystrophie de croissance et un status après cure de hernie inguinale droite, diagnostics reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail et que les experts concluaient à l'absence d'affection malade ou post-traumatique justifiant un arrêt de travail prolongé pour raison médicale et à la restitution de l'exigibilité au travail dès le mois d'août 2010.

La Cour a observé que, lors de l'expertise rhumatologique, la Dre I. _____ n'avait pas constaté de pathologie de médecine interne, ni aucune anomalie de l'appareil locomoteur justifiant l'état douloureux relaté par l'assuré. Les mouvements adoptés pour expliquer le handicap ne correspondaient pas à ceux observés habituellement lors de pathologie de l'appareil locomoteur ou de pathologie neurologique. La démonstration de la gestuelle témoignait d'une force conservée et d'une absence d'épargne rachidienne. L'IRM n'avait au demeurant pas révélé de lésion objective d'ordre post traumatique. Il avait ainsi été constaté une nette disproportion entre les douleurs alléguées et les capacités observées à l'examen clinique physique, des douleurs décrites comme très intenses - empêchant, selon le recourant, toute activité professionnelle et limitant considérablement ses activités quotidiennes - mais demeurant vagues. Il avait en outre été relevé un manque d'imprégnation médicamenteuse lors du monitoring thérapeutique, interprété comme une absence de concordance entre les données alléguées et leurs constatations. Ainsi, les experts avaient constaté la présence d'un tableau de plainte douloureuse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et résistant à tout traitement. Ils avaient dès lors examiné s'il

existait une co-morbidité d'ordre psychique justifiant le comportement de l'expertisé.

La Cour a noté que les experts du B. _____ avaient reconnu la présence de symptômes dépressifs considérés comme des sentiments de détresse d'accompagnement, dans les mois qui avaient suivi l'accident du 3 février 2010. Le recourant avait expliqué avoir été déprimé pendant quelques mois après l'accident, avoir été très abattu, ne plus avoir eu envie de sortir de chez lui et avoir pleuré ; il n'avait cependant pas eu d'idées noires ni d'idées suicidaires. Lors de l'expertise, il n'avait pas été relevé de sentiment de tristesse, de désespoir, d'impuissance ou de dévalorisation. Il n'y avait pas d'anxiété face à l'avenir, pas de peur ou d'appréhension particulière, ni d'idées noires ou suicidaires. L'expertisé ne se plaignait pas de nervosité, d'irritabilité, d'agitation ou de colère. Les experts avaient dès lors considéré que le recourant ne présentait plus aucune plainte de la lignée dépressive au cours des derniers mois et estimé que le diagnostic d'état dépressif profond ne se justifiait pas. Ils avaient également écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, eu égard à l'absence actuelle de détresse, d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était pas davantage à envisager, en l'absence d'une maladie physique initiale clairement définie. Finalement, les experts avaient considéré que les éléments dissociatifs relevés (plaintes sensitivo-motrices latéralisées de fourmillement et de paralysie) étaient insuffisants et trop à l'arrière-plan des plaintes douloureuses pour que fut posé le diagnostic de trouble de conversion.

La Cour a relevé qu'au terme de leur rapport, les Drs I. _____ et J. _____ avaient ainsi nié la présence d'une pathologie d'ordre somatique et d'un trouble psychiatrique significatif. L'observation de la gestuelle en cours d'examen permettait de confirmer que les atteintes ne donnaient lieu à aucune limitation fonctionnelle et il n'existait pas de trouble psychiatrique avéré limitant sa capacité de travail et ses capacités

d'adaptation. En l'absence d'affection malade ou post-traumatique, la Cour a considéré, suivant les conclusions des experts, qu'il n'y avait dès lors plus lieu de retenir d'incapacité de travail dans l'activité habituelle ou toute autre activité, dès le mois d'août 2010.

B. Le 8 juin 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sur laquelle l'Office AI a refusé d'entrer en matière selon décision du 14 février 2017.

C. Le 16 mars 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI se prévalant d'une incapacité de travail totale dès le 3 février 2010.

A l'appui de sa demande, il a produit un rapport d'examen neuropsychologique établi le 22 février 2018 par la psychologue O. _____ dont il ressort que l'assuré présente des difficultés attentionnelles modérées, exécutives modérées à sévères et des difficultés en mémoire épisodique verbale, qui sont à mettre en lien avec l'important état anxiodépressif et le syndrome douloureux complexe dont souffre l'assuré.

Par rapport du 4 septembre 2018, le Dr U. _____, médecin chef de clinique adjoint de la Consultation [...], a relevé les plaintes de l'assuré et s'est référé au rapport d'examen neuropsychologique précité avant de poser les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), anxiété généralisée (F41.1), état de stress post traumatique (F43.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), tic moteur ou vocal chronique (F95.1), bégaiement (F98.5), difficultés liées à certaines situations psychosociales (Z64) et difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59). Il a ajouté que l'assuré souffrirait du trouble dépressif et d'anxiété généralisée depuis l'accident de 2010 et fait remonter les difficultés de l'assuré et l'aggravation de son état de santé à cette époque.

Le cas a été soumis à la Dre C. _____, médecin auprès du SMR, qui a constaté que le rapport psychiatrique justifiait une entrée en

matière mais ne permettait pas de constater l'existence d'atteintes invalidantes. Sur le plan physique, elle s'est informée auprès de la Dre D._____, médecin traitant de l'assuré, qui a indiqué qu'il s'agissait d'une aggravation des douleurs ostéoarticulaires déjà connues mais qu'aucune investigation nouvelle n'avait été effectuée récemment. Il est lieu de relever que cette médecin avait appuyé la demande AI par bref courrier du 23 mars 2018 en se référant uniquement au rapport d'examen neuropsychologique pour justifier d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. La Dre C._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, neurologique et rhumatologique (avis du 18 septembre 2018).

L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise auprès de la R._____. Les Drs F._____, spécialiste en médecine interne, V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, M._____, spécialiste en neurologie, et D._____, spécialiste en rhumatologie, ont déposé leur rapport le 17 septembre 2019. Ils ont posé les diagnostics de status après décompression C6-C7 avec spondylodèse le 17 mars 2008 (M50.2), bégaiement (F98.5), tics faciaux (F95.1), dysthymie (F34.1) et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) avec rachialgies cervico-dorso-lombaires et douleurs des 4 extrémités, surchargées de troubles sensitivomoteurs hémi-corporels droits, sans substrat neurologique objectivable, et troubles attentionnels, dysexécutifs et mnésiques vraisemblablement sans substrat somatique.

L'évaluation consensuelle interdisciplinaire a abouti aux constatations suivantes :

"Monsieur A._____ a subi le 08.06.2007 un traumatisme en traction de l'épaule droite. Dans les suites, il se plaint de douleurs diffuses de l'épaule droite sans lésion retrouvée sur l'IRM qui est effectuée et non améliorées par les infiltrations, les anti-inflammatoires et la physiothérapie. Secondairement sont apparus des fourmillements dans le membre supérieur droit faisant évoquer des cervicobrachialgies. Une atteinte irritative de C7 n'a pu être écartée par le neurologue consulté. L'IRM cervicale a objectivé des troubles dégénératifs avec une protrusion discale C6-C7. Le traitement médical s'avérant un échec, une décompression C6-C7 droite avec spondylodèse est effectuée le 17.03.2008. Cette

intervention améliore significativement les plaintes jusqu'au 03.02.2010, date à laquelle Monsieur A. _____ est tombé d'une échelle avec réception sur le dos. Cet accident occasionne des douleurs cervico-dorsales et du membre inférieur droit. Amené aux urgences de l'hôpital de [...], il n'y a pas été constaté de lésion traumatique (les imageries postérieures montreront cependant des fractures des plateaux supérieurs de D6 et D7). L'évolution est défavorable avec persistance de douleurs de l'ensemble du rachis, de douleurs des 4 membres avec description de troubles sensitifs des membres supérieurs, en dépit d'une prise en charge au centre d'antalgie du [...] puis celui de [...]. L'expertise médicale effectuée à la B. _____ en 2011 ne retrouvait pas de substrat anatomique prépondérant au syndrome douloureux rapporté par l'assuré. A ce tableau qui se poursuit s'ajoute depuis 2018 la description de troubles cognitifs. L'IRM cérébrale ne révèle que de discrètes lésions de leucoaraïose. Les tests neuropsychologiques effectués concluent à une atteinte cognitive modérée dans un contexte d'état anxiodépressif et d'un traitement analgésique.

Du point de vue neurologique, Monsieur A. _____ exprime toujours des cervico-dorso-lombalgies avec des douleurs et un manque de force des 4 membres et des troubles sensitifs des membres supérieurs. Notre examen clinique parasité par un comportement douloureux et une collaboration parfois insuffisante est caractérisé par un hémisyndrome sensitivomoteur droit atypique. La relecture de la documentation radiologique n'objective que des troubles dégénératifs cervicaux modérés. Nous avons également revu le rapport d'examen neuropsychologique effectué en 2018 et pensons que les troubles cognitifs modérés relevés trouvent leur explication dans le contexte douloureux global.

L'examen clinique rhumatologique est pauvre, également marqué par une verbalisation et un comportement douloureux, sans élément orientant vers une pathologie ostéoarticulaire. Les rapports des IRM cervicales de 2011 et 2014 font état de fractures des plateaux supérieurs de D6 et D7 non objectivées en 2010, mais l'IRM du 10.06.2010 est décrite comme sub-optimale avec artefacts en raison des mouvements du patient pendant l'examen. Ces fractures sont possiblement en lien avec l'accident du 03.02.2010. Au vu de leur localisation, il n'y a aucun risque de complication neurologique. Ces fractures ont pu expliquer le syndrome douloureux initial, mais ne peuvent pas expliquer la persistance et la diffusion de celui-ci à l'heure actuelle. Nous concluons pour notre part à des douleurs de l'appareil locomoteur d'origine indéterminée.

Sur le plan psychiatrique, chez cet assuré sans antécédent, la Dre [...] lors du séjour à la CRR en juin 2010 retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation. Le médecin traitant mentionne en 2011 un état dépressif profond alors qu'aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu par les experts de la B. _____ en 2011. Depuis décembre 2017, l'assuré est suivi par le Dr U. _____, psychiatre, qui retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, d'anxiété généralisée, d'état de stress post-traumatique et de trouble somatoforme douloureux persistant.

A l'issue de notre entretien, nous concluons pour notre part à une dysthymie au vu de la dépression chronique de l'humeur dont la

sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif même léger (pas de tristesse constante, idées noires occasionnelles mais sans désir imminent de passage à l'acte, pas de diminution marquée de l'intérêt, fatigabilité mais dans un contexte de syndrome douloureux chronique, pas de ralentissement psychique, pas de sentiment d'insuffisance ni de culpabilité, pas de trouble de la concentration, score MADRS à 15/60). Nous nous distançons ainsi de l'avis du psychiatre traitant, en soulignant par ailleurs qu'en l'absence d'antécédent d'épisode dépressif le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être retenu.

Nous retenons ensuite une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques devant le syndrome douloureux initialement expliqué par la chute mais qui persiste et diffuse bien au décours en raison d'une fixation pathologique favorisée par la personnalité fruste de l'assuré qui adopte une attitude régressive et histrionique. Nous retenons enfin les diagnostics de bégaiement et de tics faciaux.

Nous écartons le diagnostic d'anxiété généralisée en l'absence de description par l'assuré d'anxiété flottante et de signes neurovégétatifs. Nous ne retenons pas non plus le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui n'est évoqué que plus de 8 ans après l'accident, car si Monsieur A. _____ parle de cauchemars occasionnels concernant sa chute, il ne décrit pas de flashback, il n'a pas de conduite d'évitement ni d'émoussement affectif, avec un score PCL-S à 32 inférieur au score seuil de 44 concernant cette pathologie.

Concernant les troubles cognitifs mentionnés par l'examen neuropsychologique du 22.02.2018 attribués à un état anxio-dépressif ou à la médication antalgique, nous soulignons que lors de notre entretien seul un trouble léger de fixation est noté et qu'il n'est pas retrouvé d'état anxio-dépressif pouvant impacter les performances cognitives. Nous relevons que dans ce rapport, des tests de validation des symptômes ne sont pas mentionnés, alors que dans le cadre d'une majoration des symptômes, l'implication dans la passation des tests peut être diminuée. Par ailleurs, l'assuré semble peu limité par d'éventuels troubles cognitifs dans sa vie quotidienne. A noter que le co-expert neurologue ne retient pas d'étiologie somatique aux troubles allégués."

Les experts ont en outre examiné les points suivants :

"4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du fait de la spondylodèse, l'activité ne doit pas être contraignante pour le rachis cervical (pas de flexion/extension ou mouvement latéral de la tête répété ou soutenu). L'activité habituelle de grutier, hormis la montée et la descente de la grue, ne nécessite pas de mouvement du rachis cervical. La montée et descente de la grue ne s'effectue habituellement qu'une fois durant la journée de travail et ne peut ainsi être considérée comme

une activité contraignante pour le rachis cervical. L'activité habituelle est ainsi considérée comme toujours adaptée.

Sur le plan psychique, une baisse de l'endurance est à attendre du fait de la dysthymie et il faut tenir compte d'un potentiel intellectuel limité.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité de l'assuré est fruste et il dispose de ressources intellectuelles limitées.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Le parcours de Monsieur A. _____ montre qu'il dispose de bonnes ressources adaptatives (a surmonté le départ de sa première épouse, a obtenu la garde des enfants, a surmonté également les difficultés en lien avec sa deuxième union). Le réseau amical est décrit comme restreint, mais de bonne qualité et l'assuré est très entouré par ses enfants.

4.6. Contrôle de cohérence

L'attitude de l'assuré est très démonstrative, mais il ne s'agit pas d'une simulation volontaire, mais plus d'une majoration de symptômes.

Les dosages des médicaments psychotropes qui ont été réalisés montrent des taux bas correspondant soit à une compliance insuffisante soit à un métabolisme rapide du médicament.

Concernant l'analyse des indicateurs, on note que l'assuré se montre peu limité dans les différents domaines de la vie.

L'assuré dispose de ressources et d'aptitudes pour d'éventuelles mesures professionnelles. Nous notons que la précédente mesure s'est interrompue après un malaise de l'assuré qui n'a pas trouvé de justificatif médical.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est entière avec au maximum une baisse de rendement de 20%.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est entière avec une baisse de rendement attendue de 20%.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Depuis la prise en charge psychiatrique fin 2017, nous considérons qu'en raison de la dysthymie qui occasionne

une fatigabilité et une diminution de l'endurance, il existe une baisse de rendement dans toute activité de 20%.

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les dosages médicamenteux réalisés au cours de cette expertise sont, comme en 2011, en dessous des valeurs thérapeutiques. Un monitoring est suggéré avec recherche d'un métabolisme rapide si le dosage est à nouveau bas afin de faire la part entre un défaut de compliance et un patient avec métabolisme rapide.”

Par avis du 1^{er} novembre 2019, la Dre C. _____ a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis fin 2017 sur la base de l'expertise, à savoir une capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de 80 % depuis le début de la prise en charge psychiatrique fin 2017 en raison d'une fatigabilité et diminution de l'endurance.

Le 15 novembre 2019, l'OAI a établi un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Le calcul du salaire exigible prend en compte un revenu sans invalidité de 75'705 fr., soit une moyenne des revenus résultant du compte individuel (CI) sur la base du calcul du 9 novembre 2011, et un revenu d'invalidité de 51'228 fr. 53, correspondant au salaire statistique ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2016, indexé à 2018, pour un emploi de compétence 1 pour une activité légère, simple et répétitive, avec une diminution de rendement de 20 % et un abattement de 5 % en raison de l'âge de l'assuré. Le degré d'invalidité est ainsi de 32.33 %, soit insuffisant à ouvrir le droit à une rente à l'échéance du délai de carence.

L'assuré a contesté ce projet. La Dre D. _____ a certifié le 21 janvier 2020 que l'intéressé avait développé des douleurs céphaliques, cervicales, dorsales et lombaires avec irradiation radiculaire depuis l'accident de 2010 et que malgré une prise en charge aux centres d'antalgies du [...] et de [...], ainsi que différents traitements, les douleurs étaient en augmentation et empêchaient l'assuré de mener une vie normale ; il avait des difficultés à se déplacer en raison de ses douleurs et souffrait d'insomnies chroniques. Elle a ajouté que d'après le Dr [...],

médecin adjoint du département d'anesthésie et centre d'antalgie, les douleurs faisaient évoquer un tableau neurogène et mécanique avec une composante inflammatoire.

Le Dr Q._____, médecin chef de clinique adjoint de la Consultation [...], a établi un rapport daté du 23 janvier 2020 qui développe son appréciation relative aux diagnostics de trouble dépressif récurrent actuel moyen à sévère, anxiété généralisée, état de stress post traumatique et syndrome douloureux somatoforme persistant et émet des critiques sur le rapport de l'expert V._____. Il indique notamment avoir fait passer le test de Beck à l'assuré le 21 janvier 2020 qui a révélé un score de 44 points correspondant à une dépression sévère et soutient une aggravation de l'état depuis le dernier rapport de septembre 2019. Il retient ce diagnostic de trouble dépressif récurrent depuis l'accident de 2010 mais l'épisode actuel est, selon lui, clairement sévère (F33.2). Selon le Dr Q._____, le test de Beck a mis en évidence une perte de confiance en soi et un sentiment de dévalorisation, une perte d'appétit, des troubles du sommeil, des aspects qui n'ont pas été attestés par l'expert V._____, ainsi que la tristesse. Il ajoute que le diagnostic de trouble dépressif n'implique pas l'existence d'une tristesse tous les jours comme l'expert le défend ; il faut déterminer le nombre et la sévérité des symptômes. Chez un patient dissocié, ayant développé un trouble somatoforme douloureux, comme il estime être le cas de l'assuré, il y a lieu de comprendre qu'il s'agit là d'un fonctionnement particulier mis en place : par les douleurs ce patient met des émotions difficiles à distance. Il est donc possible d'avoir un cadre de dépression sévère chez un patient qui ne se sent pas triste tous les jours, s'agissant d'un cadre clinique où il existe aussi un trouble somatoforme douloureux. Certains aspects du fonctionnement du patient ont amené ce médecin à aller dans le sens de la présence de dissociation, de passage par le corps pour exprimer des émotions difficiles qui ne pouvaient pas être conscientisées et donc de la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Il a relevé un score de 71 points au Somatoform Dissociation Questionnaire, le risque de la présence d'une symptomatologie dissociative sous forme de trouble somatoforme existant depuis un score de 30.

Puis le Dr Q. _____ confirme le diagnostic de stress post traumatique compte tenu de la fréquence des cauchemars et des reviviscences qui, selon lui, peuvent surgir plusieurs années après l'épisode traumatique. Il note que la dissociation présente chez l'assuré rend possible les constatations des experts, soit le fait d'avoir des parties de soi qui fonctionnent au quotidien pour certains aspects liés notamment à la survie de l'espèce, comme le fait de s'occuper de sa fille ou de se présenter à ses rendez-vous médicaux ou d'être capable de répondre de manière souriante et contenue dans un contexte émotionnellement difficile comme celui d'une expertise.

Concernant le diagnostic d'anxiété généralisée, contrairement à l'expert, le Dr Q. _____ a constaté divers symptômes neurovégétatifs (nervosité fréquente, tension musculaire, transpiration, troubles sexuels, palpitations, constipation, reflux gastrique, anticipations anxieuses). L'échelle de Hamilton a par ailleurs révélé un score de 41 points démontrant un degré d'anxiété très élevé.

Le Dr Q. _____ a en outre posé le diagnostic de phobie sociale en se référant au Mini Mental Neuropsychiatric Interview qui serait présente depuis l'accident et les pertes qui s'en sont suivies (travail, estime de soi, autonomie financière). L'assuré a déclaré éviter les contacts sociaux, que le contact avec ses enfants n'était pas toujours facile, ces derniers se plaignant de son irritabilité notamment. Le Dr Q. _____ a déduit des déclarations de l'assuré qu'il avait une perte de l'estime de soi.

S'agissant des bénéfices à retirer de la situation, le Dr Q. _____ a exclu une manipulation dès lors que l'assuré était au Revenu d'insertion (RI) et sans emploi et qu'il risquait une expulsion, en laissant ses quatre enfants en Suisse. Il a relevé les difficultés psychosociales de l'assuré en les intégrant dans le status clinique. Il a en outre expliqué l'attitude contenue de l'assuré pendant l'expertise par une certaine gêne face à des interlocuteurs inconnus. Il a établi une longue liste de limitations fonctionnelles, qui sont en substance des difficultés dans les

contacts, dans certaines tâches, dans les déplacements, dans son sommeil, d'organisation du temps et dans la gestion de ses émotions (difficulté qui est péjorée par la situation socio-administrative difficile), ainsi qu'un apragmatisme, une hypersensibilité au stress, des phases de décompensation, une diminution de la capacité de concentration, d'attention, de compréhension, de sa capacité d'adaptation, un manque d'autonomie compte tenu de la faible estime de soi et son bas niveau de français, des activités de précision vu ses douleurs. Le Dr Q. _____ en a déduit qu'aucune activité même adaptée et même à temps partiel n'était exigible.

Par avis du 25 août 2020, la Dre C. _____ a considéré que l'avis du Dr Q. _____ consistait en une opinion différente de la même situation clinique et a suggéré une évaluation des limitations fonctionnelles par le service de réadaptation.

En réponse à une interpellation de l'OAI, le Dr Q. _____ a précisé par courrier du 14 octobre 2020 les éléments suivants :

"- Dans votre rapport médical du 23.01.2020, vous expliquez que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé sur le plan dépressif depuis le dernier rapport médical de septembre 2019. Pouvez-vous préciser en quoi (quels changements dans les constats et diagnostics) l'état de santé de l'assuré est modifié par rapport à la situation médicale décrite dans les rapports médicaux antérieurs ?

Nous avons pu constater une aggravation au niveau du syndrome douloureux somatoforme, le patient n'a, par exemple, pas été parfois en mesure de se présenter aux séances décrivant de fortes douleurs qui l'empêcheraient de se déplacer. Le patient décrit qu'il y a eu une aggravation des douleurs qui l'amènent parfois à ne plus être en mesure même de marcher. Il nous a fait part d'avoir du récemment faire appel à sa fille afin de venir le chercher dans la rue car il avait été pris de fortes douleurs et n'était plus en mesure de rejoindre son domicile. M. A. _____ décrit aussi plus de périodes où il doit rester allongé la plupart de la journée du aux douleurs intenses ressenties.

Nous constatons également une péjoration au niveau donc de l'anxiété, nous observons, par exemple, que le patient bégaye et cligne d'avantage des yeux. Il lui arrive plus souvent également d'arriver en avance aux séances, quand il est en mesure de venir.

Nous avons également constaté un plus grand isolement au niveau social, le patient se sentant plus diminué physiquement (de par les

douleurs), il se sent aussi plus méfiant à l'égard des autres. Il ne continue d'avoir de liens sociaux qu'avec ses enfants, mais de manière plus espacée qu'auparavant (à part avec sa fille cadette de 13 ans dont il [a] aussi la garde).

Depuis la réception du dernier projet de décision de l'AI daté du 15.11.19, le patient s'est montré plus anxieux, avec une thymie plus basse, plus irritable. Il décrit aussi une aggravation des douleurs et des troubles du sommeil. M. A. _____ pleure un peu plus souvent en séance, notamment en mentionnant sa crainte de voir son permis de séjour non renouvelé de par le fait qu'il est depuis des années dépendant du revenu d'insertion pour vivre. Le risque d'être expulsé de Suisse et de ce fait éloigné de ses enfants, notamment de sa fille de 13 ans, sont également des facteurs qui ont pu contribuer à une péjoration de la symptomatologie dépressive et anxieuse.

Nous avons fait aussi le constat d'une aggravation des capacités cognitives, nous devons, par exemple, répéter une information déjà transmise auparavant ou il arrive que le patient nous répète un contenu déjà mentionné à un autre moment par lui-même.

Au niveau du sommeil, le patient a également décrit une péjoration, les cauchemars sont plus récurrents et il a plus de réveils nocturnes de par les cauchemars et les douleurs. Sa fille cadette lui ayant aussi fait remarquer des ronflements, il a décidé de consulter afin de faire une polyso[m]nographie et le 02.04.20 il a été vu par le Dr [...] (Boulevard de [...], [...]) pour faire cet examen. Selon rapport du Dr [...], daté du 7 avril dernier, il a constaté la présence de parasomnie respiratoire à caractère obstructif et le syndrome des jambes sans repos. Le patient porte une CPAP depuis septembre dernier.

M. A. _____ se dit aussi impacté moralement par la nouvelle qu'il a reçu en juin dernier. En effet, une IRM aurait montré des problèmes au niveau du genou droit : "aspect légèrement dégénératif du compartiment fémoro-tibial interne et de la rotule. Possible épanchement a minima." Depuis le 12.06.20 le patient prend du Condrosulf 800 gr, Sportusal gel le soir, Flectoparin tissugel et utilise des patch pour tenter d'apaiser la douleur. Le patient relate aussi une péjoration au niveau de la tension artérielle. Depuis cette année, pour la tension, il prendrait du co-candesartan sandoz 1 cp 12,5 mg par jour (cf médecin généraliste pour plus d'informations, Dr D. _____, [...]).

Au niveau du suivi au centre algique de [...], le Dr [...] a rédigé un rapport daté du 17 janvier dernier sur lequel il explique que le suivi a été interrompu car les traitements prescrits et tentés n'auraient amené que de faibles résultats au niveau de l'apaisement des douleurs. Au niveau de la médication, le Dr [...] avait augmenté le Gabapentine 300, il prend 4 cp par jour depuis 30.04.19 (avant il prenait 900 mg, maintenant il en prendrait 1200 mg).

Nous constatons chez ce patient une capacité très affaiblie à faire appel à des mécanismes d'adaptation et une gestion du stress et face à des difficultés diverses. Il s'agit d'un patient qui a peu progressé au niveau de la capacité à élaborer sur ce qu'il vit et

ressent. C'est surtout par son corps (vécu douloureux) qu'il continue d'exprimer ce qu'il n'est pas en mesure de verbaliser,

[Ê]tre en lien avec des émotions, avec son monde interne est difficile pour ce patient au point qu'on a décidé d'espacer parfois plus les séances, à part à des moments de crise pendant lesquels le patient peut avoir notamment des idées suicidaires. A ces périodes de crise, nous tentons de le voir plus régulièrement."

Le cas a à nouveau été soumis au SMR. La Dre C. _____ a relevé dans un avis du 23 novembre 2020 que le rapport du Dr Q. _____ n'amenait pas d'élément objectif permettant de constater une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré depuis l'expertise. Elle a conclu à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée ou dans l'activité habituelle (qui est adaptée) en raison de la dysthymie et des limitations fonctionnelles retenues pour le rachis depuis 2011.

Considérant que les avis des médecins traitants relevaient d'une appréciation différente de celle des experts et qu'aucune aggravation n'avait été objectivée depuis l'expertise, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 2 décembre 2020, conforme à son projet préalable.

D. Par acte du 4 janvier 2021, A. _____, par le biais de son conseil l'avocat Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2018, voire à des mesures professionnelles, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction, avec suite de frais et dépens. Il a requis des mesures d'instruction, ainsi que l'assistance judiciaire. Cette dernière lui a été accordée par décision du 18 février 2021.

Par réponse du 22 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 15 avril 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et requis en outre que les frais de l'expertise privée du Dr Q. _____ soient mis à la charge de l'intimé.

Par duplique du 6 mai 2021 et déterminations spontanées sur la duplique, le recourant et l'intimé ont confirmé leurs conclusions.

Par courrier du 29 novembre 2021, le recourant a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics et à la production du dossier de la CNA. Il a en outre répété les arguments de ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 décembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 (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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample

examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

c) A cet égard, l'art. 88a al. 2 RAI précise que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est applicable par analogie.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (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 bien 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Le rapport du SMR établi au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

6. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré

de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'espèce, le recourant tente dans un premier temps de revenir en vain sur les conclusions de l'expertise rendue par le B. _____ en 2011. Or, le bienfondé de cette expertise a été examiné par la Cour de céans dans son arrêt du 29 avril 2013 (CASSO AI 6/12 - 94/2013) et ne saurait être revu en l'état. Il ne fait d'ailleurs valoir aucun motif de reconsidération ni ne prend de conclusions tendant à la reconsidération de la décision rendue en 2011 puis confirmée en 2013. On relève en outre que le recourant reprend dans sa réplique un argument tendant à discréditer les expertises du B. _____ qui a toutefois été balayé par le Tribunal fédéral dans un arrêt sur lequel il n'y a pas lieu de se pencher plus avant (TF 9C_241/2021 du 18 novembre 2021 consid. 6).

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant se fonde sur le rapport du Dr Q. _____ qui aurait mis en évidence des faits nouveaux,

soit une perte de confiance en soi et un sentiment de dévalorisation, une perte d'appétit, des troubles du sommeil et de la tristesse, qui justifieraient selon lui un complément d'expertise. Puis il reproche à l'expert V._____ de ne pas avoir pris en compte la symptomatologie dissociative relevée par le Dr Q._____, ni le fait que le recourant devenait très rouge, qu'il transpirait et ressentait une augmentation des douleurs lorsque des sujets difficiles étaient abordés comme l'accident de 2010. Le recourant relève que, selon le Dr Q._____, l'absence de symptômes du diagnostic de stress post traumatique pendant plusieurs années ne suffit pas à jeter le doute sur ce diagnostic, étant précisé que cet aspect différé pouvait s'expliquer par le phénomène de dissociation. S'agissant du diagnostic d'anxiété généralisée, il se réfère aux constatations du Dr Q._____ et relève que le Dr V._____ n'a pas été en mesure de faire les mêmes examens et lui reproche d'avoir retenu de manière surprenante qu'il n'avait pas de soucis divers alors qu'il est à l'aide sociale et risque de ce fait de perdre son permis de séjour alors qu'il est en Suisse depuis dix-huit ans. Le recourant soutient le diagnostic de phobie sociale toujours en se basant sur les constats du Dr Q._____ et fait grief au Dr V._____ de ne pas avoir suffisamment investigué cet aspect.

aa) Dans son rapport, l'expert V._____ a étudié l'intégralité des pièces médicales psychiatriques, complété l'anamnèse et procédé à un examen clinique. Il a relevé les plaintes de l'assuré qui sont les suivantes :

“Interrogé de façon ouverte sur son état de santé, l'expertisé indique « qu'il a beaucoup de problèmes, des douleurs, avec des moments où il n'a envie de voir personne, à s'enfermer dans le noir ». Il ne formule pas d'autre plainte spontanée.

Sur questions psychiatriques dirigées, l'expertisé précise qu'il se sent en général de bonne humeur, bien qu'il mentionne certains jours où « il a envie de pleurer, parfois une fois par semaine, parfois plusieurs fois ».

Il déclare qu'il se sent actuellement calme, et qu'il conserve du plaisir à rencontrer ses enfants et de rares amis.

Interrogé sur son sommeil, l'expertisé mentionne des difficultés : il se réveillerait après 2 à 3 heures de sommeil en raison de ses

douleurs. Il resterait ensuite plusieurs heures éveillé. Le réveil au petit matin se situerait entre 5 et 7h00. L'expertisé décrit des rêves pénibles, il explique « qu'il voit parfois des gens morts, des gens qui se bagarrent », tout en précisant ensuite « qu'il rêve aussi de son accident ».

Interrogé sur la concentration et la mémoire, l'expertisé indique « qu'il lui arrive d'aller dans sa chambre et d'oublier ce qu'il était en train de chercher ».

Il mentionne « qu'il n'a pas beaucoup d'énergie, pas beaucoup de force ».

Il ne se préparerait que rarement ses repas, il mangerait fréquemment chez son fils, sa fille ou se préparerait des mets rudimentaires (sandwichs).

Interrogé sur l'image de soi, l'expertisé indique « qu'il pense être une bonne personne, qu'on lui dit qu'il a de la valeur ». Il n'exprime aucune idée de culpabilité.

Interrogé sur d'éventuelles idées noires, il indique « que parfois, il pense à partir, à en finir, comme se mettre une corde au cou ou se jeter d'un balcon ».

Interrogé sur son accident, l'expertisé décrit en détail le déroulement de ce dernier. Il déclare qu'il y repense « de temps en temps ». Il n'exprime pas qu'il est difficile d'évoquer ce sujet. Il ne décrit pas de reviviscence, d'hyperactivité neurovégétative ou d'autre symptôme anxieux à l'évocation de son accident.”

Le Dr V. _____ a observé que l'expertisé entrait en relation de façon polie et souriante. Il se mobilisait avec une lenteur importante, il s'appuyait sur le mur, et grimaçait souvent. En fin d'entretien, il avait verbalisé qu'il souffrait d'intenses douleurs. Il s'était levé de façon laborieuse et avait quitté la salle d'entretien en soupirant. Durant la discussion, il s'était montré ouvert, avec une humeur légèrement labile (à plusieurs reprises, l'expertisé s'était animé et avait souri lorsqu'il avait parlé de son parcours de vie, de sa famille, alors qu'à d'autres moments, il avait contenu ses larmes). L'expert n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur. Les propos de l'assuré restaient cohérents et structurés. Le discours nécessitait d'être parfois recadré, en présence d'une légère tendance à la dispersion des propos. Il n'y avait pas de bizarrerie dans le contact, d'attitude méfiante, hostile ou revendicatrice.

Lors de l'examen clinique, le Dr V. _____ a fait les constatations suivantes :

“Lors de l'entretien, l'expertisé ne manifeste pas de trouble de la conscience ou de l'orientation.

En ce qui concerne les troubles de l'attention et de la mémoire, on n'observe pas de trouble de la concentration majeur l'expertisé récite les mois de l'année à l'envers sans erreur et rapidement. Il effectue une série de soustractions simples sans erreur et de façon rapide. Des troubles de la fixation légers sont observés : seul un mot sur trois est rappelé de façon spontanée, mais les 2 mots suivants sont retrouvés avec des indices de rappel. On n'objective pas de trouble de l'évocation : l'expertisé se montre précis concernant les dates de son anamnèse personnelle. Il n'y a pas de confabulation, de symptôme paramnésique ou hypermnésique.

En ce qui concerne les troubles formels de la pensée, on ne constate pas d'inhibition ou de ralentissement. La pensée est légèrement circonscrite, sans être rétrécie. L'expertisé décrit des ruminations liées à son état de santé, à ses douleurs et à son accident. Il n'y a pas d'idée envahissante, de fuite des idées, de réponse à côté, de barrage de la pensée, d'incohérence ou de néologisme.

A la rubrique craintes et obsessions, l'expertisé n'est pas méfiant. On n'objective pas de symptôme hypocondriaque, phobique, obsessionnel ou compulsif.

Il n'y a pas de symptôme délirant.

Il n'y a pas de trouble des perceptions (dans toutes les modalités).

Il n'y a pas de trouble du Moi (dans toutes les modalités).

Sur le plan affectif, l'expertisé n'est pas perplexe. Il signale une humeur fluctuante. A l'observation, l'humeur est légèrement labile et l'expertisé n'est pas dysphorique, euphorique ou irritable. La propension à formuler les plaintes est élevée. L'expertisé n'affiche pas de sentiment d'insuffisance ou de culpabilité. Il n'y a pas d'incontinence ou de monotonie affective.

En ce qui concerne les troubles du dynamisme et de la psychomotricité, l'expertisé rapporte une diminution et une inhibition moyennes du dynamisme. Il n'est pas agité sur le plan moteur. On relève des tics faciaux. L'expertisé affiche une hyper-expressivité émotionnelle, particulièrement présente en fin d'entretien. Ses propos ne sont pas laconiques ou logorrhéiques.

Il n'y a pas de particularité nyctémérale.

Dans les autres troubles, l'expertisé décrit une sociabilité légèrement abaissée. Il exprime des idées noires (parfois avec des scénarios) sans désir imminent de passage à l'acte. Il n'y a pas de comportement d'automutilation.

Examens complémentaires

Echelle de dépression MADRS du 04.06.2019 :

Score 15/60 au seuil limite de la dépression légère.

Echelle d'évaluation structurée PCL-S de l'état de stress post-traumatique :

Sur cet instrument psychométrique, l'expertisé obtient un score de 32 (pour la version française, le seuil de l'état de stress post-traumatique est fixé à 44).”

Il a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), bégaiement (F98.5) et tics faciaux (F95.1). Il a motivé ses conclusions de la manière suivante :

“Signalons en préambule que la présente discussion des diagnostics ne peut qu'intégrer des éléments liés à la cohérence. Plusieurs points interrogent sur la cohérence des diagnostics psychiatriques posés par mes Confrères du centre [...] à [...].

En 1^{er} lieu, mes Confrères retiennent un diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen à sévère. Pour retenir formellement un trouble dépressif récurrent, on devrait mettre en évidence plusieurs épisodes dépressifs constitués, entrecoupés de phases de rémission symptomatique. Dans les rapports médicaux, on ne retrouve pas ce caractère cyclique du trouble dépressif. L'expertisé ne mentionne pa[r] ailleurs aucun antécédent dépressif avant son accident de 2010. On ne comprend donc pas les raisons pour lesquelles mes Confrères retiennent une pathologie cyclique de l'humeur. En outre, plusieurs incohérences cliniques sont présentes en ce qui concerne le tableau dépressif. L'expertisé exprime certes des idées noires, voire des idées suicidaires scénarisées, mais on ne retrouve pas le cortège habituel des symptômes dépressifs.

Dans les critères majeurs de dépression, la tristesse est habituellement ressentie de façon quotidienne (ou durant la majorité des jours de la semaine), alors que l'expertisé précise que la tristesse n'est pas présente tous les jours (elle peut l'être une fois par semaine ou 3 fois par semaine). Si l'expertisé affiche une humeur labile durant l'entretien, on n'observe pas de tristesse constante sur son visage, ni de ralentissement psychomoteur, tel que ce devrait être le cas dans le cadre des dépressions moyennes à sévères. Toujours dans les critères majeurs de dépression, on ne retrouve pas strictement la diminution de l'intérêt et du plaisir. L'expertisé précise qu'il conserve du plaisir à rencontrer ses enfants, et que son humeur est modulée par les relations interpersonnelles. Si l'expertisé rapporte une réduction de l'énergie, avec une augmentation de la fatigabilité, il s'agirait donc du seul critère majeur de dépression, qui reste d'interprétation délicate en présence de douleurs chroniques.

Dans les critères mineurs, l'expertisé affiche des plaintes cognitives, sous la forme d'une diminution de la concentration et de la mémoire. Au status psychiatrique actuel, on observe un assuré cohérent, qui ne manifeste pas de ralentissement psychique. Mes Confrères du centre [...] relèvent des difficultés à situer les dates de l'anamnèse (Cf. rapport du 04.09.2018), ce qui n'est pas retrouvé lors de la présente expertise. L'assuré est parvenu à situer correctement les différentes dates de son parcours de vie, de ses emplois, de ses unions conjugales ou encore du décès de ses parents. On ne retrouve pas non plus au status psychiatrique de trouble majeur de la concentration. De légers troubles de la fixation sont présents mais le status cognitif de l'expertisé paraît en net décalage par rapport à l'examen neuropsychologique réalisé le 22.02.2018.

Au sujet de cet examen neuropsychologique, on peut donc difficilement en suivre les conclusions. Ce rapport relie les difficultés cognitives de l'assuré à un état anxiodépressif jugé important, ce qui n'est pas constaté à l'heure actuelle. De même, les troubles cognitifs sont rattachés au syndrome douloureux complexe et possiblement à sa médication. On ne doit pas perdre de vue qu'un examen neuropsychologique peut comporter des biais, correspondant au niveau d'implication de l'assuré dans les tâches proposées. Ce rapport d'examen neuropsychologique ne précise pas si des tests de validation de symptômes ont été réalisés. Les conclusions de cet examen doivent donc être considérées avec des réserves. Si une baisse de rendement psychique de l'expertisé est présente, elle n'est pas de nature à entraver la gestion des activités de la vie quotidienne et de la reprise professionnelle, comme formulé dans ce rapport.

Toujours pour exclure un épisode dépressif constitué, l'expertisé n'affiche pas formellement de diminution de l'estime de soi, ni des idées de dévalorisation ou de culpabilité. Il ne rapporte pas de baisse d'appétit et de perte pondérale (au contraire, il décrit un appétit augmenté). Les troubles du sommeil sont reliés aux douleurs plus qu'à la symptomatologie thymique.

En complément, une échelle psychométrique de dépression MADRS, avec un score de 15/60 n'est pas compatible avec une dépression moyenne ou sévère. On se trouve au seuil de l'épisode dépressif léger. Toutefois, en absence des critères majeurs selon la CIM-10 décrits plus haut, on doit plus orienter le diagnostic dans le sens de la dysthymie que de l'épisode dépressif.

On retrouve donc chez l'assuré une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Ceci n'empêche pas que l'expertisé puisse présenter des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquels il se sent bien, mais la plupart du temps, il peut se sentir fatigué et déprimé. Dans la dysthymie, les sujets ressentent que tout leur coûte, que rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. En définitif, le tableau thymique actuel constaté est compatible avec cette description. Le fait que l'expertisé soit passablement inactif et régressé n'est pas expliqué par une

symptomatologie dépressive moyenne ou sévère. Comme le relevaient déjà les experts en 2011, des facteurs extra-médicaux interviennent dans cette situation.

On s'étonne ensuite des diagnostics d'anxiété généralisée et d'état de stress post-traumatique posés par mes Confrères. Au sujet de l'état de stress post-traumatique, l'expertisé rapporte, il est vrai, des cauchemars en lien avec son accident. La fréquence des cauchemars n'est toutefois pas élevée, et on s'étonne de constater cette symptomatologie de façon très différée par rapport à l'accident initial. Si l'on reprend le consilium psychiatrique du 29.06.2010, ma Consœur indiquait « on ne relève pas d'élément orientant vers un état de stress post-traumatique ni vers un trouble psychotique ». Déjà à cette époque, ma Consœur relevait « il se montre plutôt souriant et manifeste un bon sens de l'humour », ce qui est loin d'être la présentation habituelle des sujets qui souffrent d'un état de stress post-traumatique. Les états de stress post-traumatiques nécessitent une phase préalable de stress aigu, avec une symptomatologie neurovégétative, des reviviscences et des cauchemars. Cette symptomatologie est ensuite relayée par l'état de stress post-traumatique. L'absence de symptomatologie constatée en 2010 permet d'émettre d'importantes réserves sur ce diagnostic.

Un autre facteur d'incohérence concernant l'état de stress post-traumatique est le fait que l'expertisé décrive de façon précise son accident, sans manifester d'activation émotionnelle. De plus, les sujets qui souffrent d'un état de stress post-traumatique s'enferment dans l'évitement, qui n'est pas constaté chez l'expertisé. A aucun moment, lorsque l'expertisé a évoqué le déroulement de son accident, je n'ai observé d'accélération de son discours, des pleurs, ou encore une anxiété palpable. Si mes Confrères décrivent des flash-backs, ils ne décrivent pas strictement des phénomènes de reviviscence. Un flash-back doit être constitué par une impression de reviviscence immédiate, associée la plupart du temps à des symptômes dissociatifs. L'expertisé ne décrit pas ce type de symptomatologie. Il mentionne plus des ruminations liées à son accident que de réels flash-backs.

Comme autre facteur d'incohérence, on ne retrouve pas l'émoussement affectif, le détachement émotionnel que l'on rencontre dans les états de stress post-traumatique. L'expertisé précise qu'il conserve une pleine capacité à éprouver de l'affection et de l'amour pour ses enfants. Il ne rapporte pas de perte d'intérêt pour ses amis, en dépit d'une raréfaction de son réseau.

Afin d'affiner la description des symptômes affichés par l'expertisé, une échelle psychométrique spécifique complémentaire PCL-S a été administrée, qui donne un score inférieur au seuil de l'état de stress post-traumatique.

Pour ces raisons, on ne peut donc retenir un tableau clinique valide et cohérent d'état de stress post-traumatique.

Il en est de même pour l'anxiété généralisée. Ce diagnostic suppose la présence d'une anxiété flottante et permanente, qui n'est pas décrite par l'expertisé. Le trouble anxieux généralisé est caractérisé

par des soucis divers, qui concernent de nombreux domaines de la vie, ce que ne décrit pas l'expertisé. Les soucis ne sont pas excessifs, irrationnels et incontrôlables, comme cela devrait être le cas dans l'anxiété généralisée. On ne retrouve par ailleurs pas de symptomatologie neurovégétative importante, qui est également nécessaire pour poser un diagnostic d'anxiété généralisée.

La question se pose ensuite au sujet des douleurs chroniques de l'expertisé. L'expertise de 2011 écartait un syndrome douloureux somatoforme persistant sur la base de l'absence de sentiment de détresse et de conflit émotionnel et psychosocial suffisamment important pour être considérés à l'origine du trouble.

Mes Confrères du centre [...] d[...] retiennent un syndrome douloureux somatoforme persistant, en rapportant certaines caractéristiques, notamment une mise à distance des émotions à travers le vécu douloureux, avec un corps qui exprimerait ce que l'assuré ne serait pas en mesure d'élaborer, d'extérioriser et de ressentir. Si ces caractéristiques sont effectivement présentes dans les syndromes douloureux somatoforme persistants, elles le sont également chez les sujets qui manifestent une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans son ouvrage *Douleur Somatoforme* (éditions Médecine et Hygiène de 2007), le Dr Pierre-André Fauchère décrit les éléments suivants en ce qui concerne les dynamiques de majoration de symptômes. Chez les sujets qui adoptent ce type de comportement, on peut relever *« pour des raisons liées à leur personnalité et à leur histoire, certains patients acquièrent la conviction que ce qui leur arrive échappe à toute maîtrise personnelle. Lors d'une atteinte à la santé, cette croyance est renforcée par les pertes qui échappent objectivement à leur contrôle, même si la situation n'est que transitoire. Il s'agit de pertes de fonction (handicap) et d'autonomie, de la perte d'emploi et des pertes de rôles sociaux qui surviennent à cette occasion. Cette croyance est aussi renforcée par le sentiment général d'une perte d'efficacité personnelle et sociale (self-efficacy). Pour certains sujets, les conséquences d'un trouble de la santé tendent finalement à devenir complètement indépendantes de ce qu'ils pourraient produire comme stratégie ou comportement adaptatif. C'est ce type de position psychologique que décrit le concept d'impuissance apprise »*. Dans le cas précis de l'assuré, on retrouve ces caractéristiques, avec un accident initial qui a été mal vécu sur le plan subjectif, bien que les différents bilans somatiques n'expliquent pas l'ampleur du tableau et sa chronicité. Plusieurs éléments dans le sens de la majoration sont rapportés dans le dossier, notamment la démonstrativité, des éléments orientant vers une kinésiophobie, un catastrophique et des mécanismes de déconditionnement. Toujours dans son ouvrage, le Dr Fauchère ajoute *« ce sont des situations de personnalité fruste, de scolarisation rudimentaire, de manque de formation professionnelle, de manque de connaissance linguistique, de précarité économique, de problématique familiale ou conjugale et de conséquences négatives de l'immigration qui toutes peuvent contribuer à l'adoption d'un statut d'invalidé. En l'absence d'autres troubles, il est généralement admis que la seule amplification de symptôme exclut la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail »*. Dans le cas de l'assuré, on retrouve de nombreuses caractéristiques décrites ci-dessus, notamment l'aspect fruste de la personnalité (et dans ce sens, on peut rejoindre les observations des

thérapeutes du centre [...]), la scolarisation rudimentaire, la précarité du maniement du français, les aléas de la vie familiale et conjugale (2 séparations).

Au vu de ce qui précède, tant les thérapeutes de l'expertisé que l'expert psychiatre de 2011 écartent de façon trop rapide la problématique de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Pour l'expert psychiatre de 2011, il n'y avait pas de maladie physique initiale clairement définie. Cette argumentation ne peut être suivie : on recense très souvent un accident initial, sur lequel la personne se fixe de façon pathologique, en adoptant des comportements de régression et un déconditionnement. Le trouble est amplifié ou entretenu par l'état psychique, avec une attitude histrionique que l'on constate également dans la relation (expertisé qui grimace, se mobilise avec une extrême lenteur, se tient au mur).

Dans le même sens, interrogé sur la période précédant son accident de 2010, l'expertisé ne décrit aucun conflit dans sa vie professionnelle, sociale ou affective. Les aspects liés à la personnalité fruste associés à l'attitude histrionique sont donc prépondérants, plus que des conflits émotionnels à l'origine du tableau douloureux.

On peut constater ensuite des tics faciaux, associés à un bégaiement, ce dernier étant survenu durant l'enfance suite à un événement jugé traumatisant. Ce bégaiement (et ces tics) n'ont jamais empêché l'expertisé de s'insérer sur le plan socio-professionnel. Ils n'ont pas d'impact direct sur la capacité de travail."

L'expert V. _____ a conclu que son investigation ne permettait pas de valider une atteinte psychiatrique sévère, telle que rapportée dans son dossier. Les facteurs extra-médicaux, avec la recherche de bénéfices secondaires étaient prépondérants par rapport à l'atteinte à la santé. Si aucun diagnostic sévère n'était retenu en 2011, l'investigation actuelle en était proche : seule une dysthymie était constatée, insuffisante pour justifier d'importantes limitations fonctionnelles. Comme mentionné plus haut dans la discussion, la dynamique de majoration des plaintes n'entraîne pas dans le cadre d'une affection psychiatrique incapacitante, tout comme les tics et le bégaiement.

Le Dr V. _____ a ajouté que l'expertisé était certes un homme peu scolarisé et fruste, mais qui décrivait toutefois des capacités d'adaptation. Interrogé sur son premier mariage, en dépit du départ de son épouse dans une secte et de l'éloignement de ses enfants, le

recourant avait géré cette situation sans manifester de grave trouble psychique. Il avait expliqué qu'il avait ensuite obtenu la garde de ses enfants. Si des difficultés étaient apparues dans sa deuxième union (avec des violences rapportées de la part de sa compagne), le recourant avait décrit qu'il avait pu surmonter ces difficultés en sollicitant la justice et le service de protection de la jeunesse. Il n'était donc pas incapable de réagir et de faire face à des situations. Sa capacité à tenir compte de la réalité était préservée. L'intentionnalité n'était pas sévèrement abaissée par des symptômes thymiques moyens ou sévères, ou encore par une anxiété paralysante. La capacité de l'expertisé à gérer les émotions et les impulsions n'était pas abaissée par l'impulsivité ou d'autres caractéristiques pathologiques de personnalité. Si les ressources intellectuelles de l'assuré étaient vraisemblablement limitées, on devait considérer que les fonctions complexes du Moi étaient suffisantes pour répondre au cahier des charges d'une activité professionnelle simple et cadrée.

En ce qui concerne le traitement, l'expert psychiatre a constaté que l'expertisé bénéficiait d'un suivi psychologique (suivi psychologique délégué, accompagné d'une médication antidépressive). Si en 2011 les dosages plasmatiques d'antidépresseurs étaient évocateurs d'une mauvaise compliance, le dosage actuel se trouvait également en-dessous des valeurs attendues. Des conclusions définitives ne pouvaient toutefois être formulées, vu qu'un métabolisme rapide ne pouvait être formellement exclu. En absence de symptomatologie dépressive moyenne ou sévère, il n'y avait pas de proposition concrète à formuler sur le plan médicamenteux. Le Dr V._____ a remarqué que, sur le plan psychothérapeutique, les sujets qui adoptaient un processus de majoration des plaintes se trouvaient fréquemment insérés dans des suivis psychologiques et psychiatriques. S'ils recherchaient du soutien, ce qui était légitime, ils recherchaient aussi la validation de leurs revendications. De tels suivis étaient souvent à double tranchant, vu qu'ils pouvaient légitimer l'expertisé dans ses plaintes et sa quête de reconnaissance, ce qui renforçait l'enkystement dans un statut de malade. En absence de symptomatologie psychiatrique sévère, l'expert ne pouvait expliquer les

échecs de réinsertion ou de stage. Sur le plan médico-théorique, l'expertisé disposait des ressources et des aptitudes pour s'insérer dans d'éventuelles mesures professionnelles. Si de telles mesures devaient échouer, les facteurs contextuels seraient à considérer plus que l'atteinte médicale au sens strict.

Après avoir rappelé les incohérences relevées plus haut, l'expert a noté que, si une légère baisse de rendement pouvait être retenue sur le plan psychiatrique, on devait relativiser les avis qui renaient des limitations plus importantes. Il ne pouvait expliquer de façon valide et cohérente une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Dans ce sens, le poids des souffrances verbalisées par l'expertisé méritait d'être pondéré.

Suivant le canevas du Mini-CIF-APP, l'expert psychiatre a mis en évidence que, dans tous les postes de travail décrits par l'expertisé, on ne constatait pas de difficulté à s'adapter à des règles et à des routines. L'expertisé était capable de respecter les règles, de venir au rendez-vous, de s'intégrer dans des processus d'organisation, d'accomplir les tâches avec respect des accords. La capacité de planification et de structuration des tâches (si elles restaient simples et compatibles avec le faible bagage socio-culturel de l'expertisé) était préservée. En outre, l'assuré était parvenu à faire face à différents facteurs de stress (plusieurs unions et séparations), et à s'intégrer dans différents emplois, sans manifester de difficulté d'adaptation. Si la flexibilité était légèrement abaissée par le vécu chronique de la douleur, l'expertisé restait en mesure de s'adapter à différents changements (de locaux, de nouveaux partenaires, de nouvelles tâches). Le recourant ne disposait pas d'un fort potentiel intellectuel ; toutefois, il était parvenu à exercer des tâches d'exécutant, sans manifester de difficulté de compréhension des consignes, ni de trouble du comportement. En outre, il s'était acquitté d'un certificat de grutier qui démontrait une capacité d'apprentissage. Ne souffrant pas de graves troubles de la pensée, la capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement, dans une activité simple et cadrée, était conservée. En revanche, l'endurance était légèrement abaissée par les troubles du

sommeil, la médication, et une fatigabilité légère qui découlait de la dysthymie. Les capacités d'affirmation étaient présentes, l'expertisé ne verbalisant pas d'idée marquée de culpabilité ou de dévalorisation. Le sens du contact envers des tiers était présent. L'intéressé disposait d'une personnalité certes fruste, mais il n'était pas une personne conflictuelle, méfiante, hostile ou revendicatrice. Dans les postes de travail occupés, aucun trouble relationnel ou du comportement n'était signalé. Les capacités d'évoluer au sein d'un groupe étaient préservées. L'expertisé restait en mesure de discerner les règles explicites ou informelles d'un groupe et de s'y adapter. Son comportement en société n'était pas caractérisé par la bizarrerie, la conflictualité ou d'autre trouble relationnel majeur. En ce qui concernait les relations proches, l'expertisé décrivait une raréfaction de son réseau social et amical, sans qu'il ne fut totalement aboli. Les enfants de l'expertisé étaient très investis et constituaient une ressource significative. Les activités spontanées décrites étaient peu nombreuses, mais il y avait lieu de tenir compte de facteurs de pondération, liés à la dynamique de majoration qui poussait l'assuré à se déconditionner, sans que cela ne fut expliqué par un trouble psychiatrique sévère. L'hygiène et les soins corporels ne posaient pas de problème. Les capacités de déplacement n'étaient pas abaissées par des facteurs psychiatriques (par exemple par une agoraphobie sévère).

En définitive, l'expert a conclu que son évaluation mettait en évidence la prédominance des ressources sur les limitations fonctionnelles. Il a indiqué qu'en tenant compte d'une légère baisse de rendement liée avant tout à la dysthymie, une capacité de travail de 80 % pouvait être retenue dans toute activité simple. Il s'agit en fait d'une pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20 % depuis le début de la prise en charge psychiatrique (ce qui ressort clairement des conclusions formulées dans le rapport).

bb) Ces constatations sont complètes et claires. Elles tiennent compte de l'ensemble du dossier médical, des plaintes et de l'examen clinique. L'appréciation du Dr V._____ est conforme aux réquisits jurisprudentiels, la situation étant examinée sous l'angle des divers

indicateurs et en tenant compte aussi de l'étendue de l'exagération. Les avis médicaux des autres médecins du recourant sont rigoureusement examinés et les diagnostics retenus sont posés dans les règles de l'art, avec une explication de chaque appréciation. Ses conclusions sont motivées de manière convaincante.

On relèvera en outre, pour répondre au grief du recourant, que la seule durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TFA I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; TFA I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Le rôle d'un expert, consiste justement à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Ainsi, une consultation même de courte durée, pour autant que ce fut le cas en l'espèce, n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas. En l'espèce, le recourant ne prétend pas ne pas avoir été entendu sur certains points relevant de l'expertise ; il a bénéficié de l'assistance d'un interprète et le contenu du rapport paraît complet. Ce grief doit être rejeté.

cc) Les rapports médicaux des médecins traitants ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique.

Le Dr U._____ a posé des diagnostics différents dans son rapport du 4 septembre 2018 qu'il n'a toutefois pas motivés. Il s'est référé à l'examen neuropsychologique du 22 février 2018, au sujet duquel l'expert a émis des réserves qu'il a justifiées. Ses simples conclusions basées sur les seules plaintes de l'assuré ne sauraient suffire pour jeter le doute sur les conclusions étayées de l'expertise. En outre, ce médecin a indiqué que le recourant souffrirait du trouble dépressif et de l'anxiété

généralisée depuis l'accident de 2010 et fait remonter les difficultés et l'aggravation de l'état de santé de l'assuré à cette époque. Or une expertise avait été diligentée à l'occasion de la première demande de prestations et avait conclu notamment à l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante. Ces conclusions avaient été suivies par l'OAI, puis par la Cour de céans, qui avait ainsi dénié tout droit à des prestations au recourant. Ceci démontre que le Dr U._____ ne fait qu'émettre un avis divergent sur les mêmes circonstances d'ores et déjà définitivement tranchées. Le Dr U._____ n'apporte pas d'élément permettant d'objectiver une péjoration de l'état de santé du recourant depuis lors.

Pour ce qui concerne la Dre D._____, on rappelle qu'elle a, dans un premier temps, appuyé la nouvelle demande AI en se référant uniquement au rapport d'examen neuropsychologique pour justifier une aggravation de l'état de santé de son patient. Son avis n'est pas suffisamment étayé.

Quant au Dr Q._____ il a posé dans son rapport du 23 janvier 2020, complété le 14 octobre 2020, les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuel moyen à sévère, anxiété généralisée, état de stress post traumatique et syndrome douloureux somatoforme persistant, lesquels existeraient depuis l'accident de 2010. Or, l'expert V._____ a examiné ces diagnostics et les a écartés de manière motivée. On relève que l'expert psychiatre J._____, qui avait évalué la situation du recourant en 2011 et avait également examiné ces diagnostics, ne les avait pas retenus non plus.

Le Dr Q._____ s'est fondé sur un test de Beck pour argumenter l'aggravation de l'état du recourant entre septembre 2019 et janvier 2020, en particulier pour porter le degré de gravité du trouble dépressif récurrent moyen à sévère au niveau sévère. Or cette atteinte n'a pas été retenue par les experts, ni en 2011 ni en 2019. Le Dr Q._____ reproche au Dr V._____ de ne pas avoir pris en compte la tristesse, la perte de confiance, les troubles du sommeil, le sentiment de dévalorisation et la perte d'appétit mis en évidence par ce test.

Cependant, le Dr V._____ a examiné ces critères mais ne les a pas retenus car il ne les a pas constatés. On relève en outre que le Dr Q._____ a fait ce test et ces constats juste après que le recourant a connu les résultats de l'instruction de l'Office AI qui ne lui étaient pas favorables ; d'ailleurs le Dr Q._____ indique que le recourant s'est montré plus anxieux avec une thymie plus basse, plus irritable et a décrit une aggravation des douleurs et des troubles du sommeil depuis la réception du projet de décision de l'office AI. Le Dr V._____ a relevé à cet égard que la recherche de bénéfices secondaires étaient prépondérants par rapport à l'atteinte à la santé, ce qui rend cohérente la grande déception du recourant à réception du projet de refus de rente. Cette circonstance, qui explique ainsi l'état relevé par le Dr Q._____, consiste en une réaction temporaire au projet de refus de rente et ne saurait être considérée comme une aggravation durable de l'état de santé. Aucune nouvelle atteinte n'a été décelée par le Dr Q._____. Ce dernier tente de remettre en cause l'appréciation du Dr V._____, notamment en affirmant que le diagnostic de trouble dépressif n'implique pas l'existence d'une tristesse tous les jours. Or, comme on l'a vu plus haut, le Dr V._____ a examiné la question du trouble dépressif récurrent sous plusieurs angles qui l'ont à chaque fois écarté de ce diagnostic.

Le Dr Q._____ évoque un état dissociatif chez un patient ayant développé un trouble somatoforme douloureux pour expliquer l'absence de certains symptômes au quotidien, notamment la tristesse, du trouble dépressif sévère. Or, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas non plus été retenu par l'expert V._____, ni d'ailleurs, à l'époque, par l'expert J._____. Comme vu plus haut, les explications du Dr Q._____ ont été discutées par le Dr V._____ qui a étayé de manière convaincante son appréciation. Ce dernier a notamment relevé que la mise à distance des émotions étaient des caractéristiques qui se retrouvaient également dans la majoration de symptômes physiques. Les considérations du Dr Q._____ relatives à l'aggravation du syndrome somatoforme douloureux reposent en outre sur les déclarations du recourant, qui se serait plaint de fortes douleurs l'empêchant de se déplacer pour venir à des consultations, et sur un score de 71 points au

Somatoform Dissociation Questionnaire, qui n'était pas joint au rapport mais qui consiste en des questions posées au patient sur l'existence de symptômes et sur son évaluation de la mesure dans laquelle chaque symptôme est apparu durant l'année écoulée. Le score maximal étant de 100 et le score à partir duquel un éventuel trouble dissociatif devrait être investigué étant de 30, on relève que ses résultats certes élevés sont fondés sur l'appréciation du patient. Compte tenu du diagnostic de majoration des symptômes physiques retenu par l'expert, les résultats de ce questionnaire ne sauraient avoir une force probante particulière. Il est lieu de rappeler que le Dr V. _____ a noté que plusieurs éléments du dossier allaient dans le sens d'une majoration des symptômes, soit une démonstrativité, des éléments orientant vers une kinésiophobie, un catastrophisme et des mécanismes de déconditionnement. Ces éléments qui ressortent pourtant du dossier n'ont pas été pris en compte dans l'appréciation du Dr Q. _____ qui n'est ainsi pas complète. L'appréciation du Dr Q. _____, qui ne prend pas en compte l'exagération du recourant et qui constate que son comportement est influencé par la procédure en cours sans en tirer de conclusions au sens de la jurisprudence, n'est pas suffisante.

Le Dr Q. _____ reconnaît l'existence de difficultés psychosociales mais les intègre dans le status clinique. A cet égard, on ne comprend pas l'argument qui consiste à nier les bénéfices que le recourant peut retirer de sa situation en indiquant qu'il est au Revenu d'insertion (RI) et que sa situation financière et sociale s'est détériorée depuis l'accident et sa perte d'emploi. Les bénéfices existent bel et bien si le recourant attend de cette procédure la reconnaissance de son statut d'invalidé aux yeux des tiers qui comprendraient son inactivité professionnelle et sur le plan asséculoologique qui permettrait la perception d'une rente d'invalidité. L'approche du Dr Q. _____ sur ce point ne convainc pas, ce d'autant plus que l'attitude démonstrative du recourant a été relevée à plusieurs reprises, étant noté que les experts rhumatologique et en médecine interne ont également relevé que son comportement algique manquait de cohérence.

Quant à l'anxiété généralisée retenue par le Dr Q._____, ce diagnostic a été dûment examiné et écarté par l'expert de manière motivée. Le Dr Q._____ fait état d'un score de 41 sur l'échelle de Hamilton ; or, ce test est basé sur les déclarations du patient de sorte qu'il ne saurait à lui seul être probant, ce d'autant plus en présence d'un diagnostic de majoration des symptômes. Le score maximal étant de 56, on note que les points atteints par le recourant sont très élevés et correspondent à une anxiété grave à sévère, ce qui ne correspond pas au tableau clinique décrit par les experts. Or, comme déjà relevé, dans les mois qui se sont écoulés entre l'expertise pluridisciplinaire et l'examen médical du Dr Q._____, le recourant a reçu le projet de refus de rente AI, ce qui est susceptible d'avoir influencé sa perception et ses déclarations, voire d'avoir augmenté temporairement ses symptômes comme l'a constaté le Dr Q._____, ce qui n'est toutefois pas suffisant pour admettre l'existence d'une telle atteinte durablement invalidante. Le Dr Q._____ étaye une péjoration de l'anxiété aux motifs que le patient bégaye et cligne davantage des yeux et car il lui arrive plus souvent d'être en avance aux séances quand il est en mesure de venir. Ces éléments peu contributifs ne sont toutefois pas de nature à accréditer la présence d'une anxiété invalidante, compte tenu des observations faites à cet égard par l'expert et étant précisé que le bégaiement et les tics faciaux ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise.

Le Dr Q._____ a posé le diagnostic de phobie sociale en se fondant sur les déclarations du recourant selon lesquelles il évitait les contacts sociaux. Or le recourant avait déjà décrit la raréfaction de son réseau social et amical au Dr V._____ qui en a tenu compte dans son appréciation sans conclure à une phobie sociale. Quant à la gêne que le recourant ressentirait au contact des inconnus et qui expliquerait son attitude contenue face aux experts, il est noté que le Dr V._____ n'a pas perçu d'inhibition chez l'assuré mais a au contraire relevé sa propension élevée à formuler des plaintes.

Enfin, le Dr Q._____ ne se prononce pas sur les problèmes de cohérence, notamment des diagnostics déjà évoqués et examinés, soulevés par l'expert.

Pour ce qui concerne la capacité de travail, celle-ci est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En l'espèce, outre le fait que le Dr Q._____ a retenu des atteintes qui n'ont pas été constatées par le Dr V._____, on observe que le psychiatre traitant ne tient pas compte des ressources, ni de l'incidence des bénéfices secondaires attendus par le recourant, ni des autres facteurs extra-médicaux (psycho-sociaux) dans son appréciation. Il établit une longue liste de limitations fonctionnelles en partant de l'idée que les atteintes qu'il a diagnostiquées sont invalidantes. Confronté à la description de ressources, il a expliqué que, compte tenu de son état dissociatif, le recourant pouvait trouver les ressources suffisantes pour des actes en cas de situation de survie de l'espèce, comme le fait de s'occuper de sa fille, de consulter ses médecins et de répondre à l'expert avec un sourire. Toute son argumentation ne repose ainsi que sur l'admission des diagnostics qu'il a posés et qui avaient été écartés par l'expert V._____. Il n'y a pas d'élément nouveau si ce n'est une réaction passagère du recourant après la réception du projet de décision de refus de rente. Son appréciation ne convainc pas, tant elle ne tient pas compte de l'ensemble des éléments en présence. Le Dr Q._____ entend ainsi substituer ses propres constatations et conclusions à celles de l'expert ; or ce dernier a examiné la question de la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies induisent une incapacité de travail totale mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel, en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assuré et son comportement dans ses différentes activités et en excluant

les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assuré de reprendre une activité professionnelle.

Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), on relève que le Dr Q._____ s'est essentiellement fondé sur les déclarations du recourant et n'a pas mis en évidence un élément objectif nouveau probant par rapport à l'examen de l'expert (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3).

On relève encore que le recourant a également décrit à l'experte F._____ sa journée en indiquant qu'il sortait deux à trois fois par jour pour aller marcher, qu'il se rendait à ses rendez-vous médicaux en voiture, en bus ou en train, qu'il allait discuter avec des gens dans des parcs, qu'il regardait la télévision, le sport ou les nouvelles, lisait le 20 minutes, écoutait de la musique, recevait sa fille et son fils qui l'aidaient pour le ménage et les courses et qu'il allait manger au Mc Do ou chez son fils avec sa petite fille. La Dre F._____ a en outre relevé que la thymie était bonne durant tout l'examen. Ainsi les observations de l'experte en médecine interne sur les ressources du recourant concordent avec celles de l'expert psychiatre. L'appréciation du médecin traitant paraît largement influencée par la relation thérapeutique qu'il a instaurée avec le recourant, dont les déclarations sont prises en compte sans véritable examen objectif et sans que les éléments retenus par les experts en faveur de l'absence d'atteinte invalidante ne soient remis en cause de manière convaincante. Enfin, le Dr Q._____ dit lui-même que « l'aggravation » de l'état de santé est consécutive à la réception du projet de décision de refus de rente daté du 15 novembre 2019, ce qui ne saurait être pris en considération comme péjoration durable de l'atteinte.

Il s'ensuit que les rapports médicaux au dossier, bien que détaillés, ne remettent pas en cause les conclusions de l'expert V._____ et la force probante de son appréciation.

c) Sur le plan physique, le recourant fait grief aux experts de ne pas avoir analysé la présence d'une discarthrose avec pincement discal C5-C6 et les hernies de Schmorl D8-D9-D12 (protubérances du disque intervertébral qui pénètrent dans les corps vertébraux), ni la fracture tassement vertébral mentionnée dans le rapport du Dr Q._____. Il soutient qu'une expertise n'a pas été entreprise sur le plan somatique et que seule une expertise monodisciplinaire a été confiée au Dr V._____, ce qui est d'emblée erroné puisque l'expertise pluridisciplinaire couvre notamment la médecine interne, la rhumatologie et la neurologie, ce qui lui a été rappelé par l'intimé dans sa réponse du 22 mars 2021 mais qui, de manière totalement incompréhensible, a été nié par le recourant encore dans ses dernières observations déposées le 29 novembre 2021. Il est en outre d'emblée précisé que les griefs liés à l'expertise de 2011, dont les conclusions ont été validées par une décision définitive et pour lesquels aucun argument objectif de reconsidération n'est invoqué, ne sont pas recevables.

aa) Du point de vue de la médecine interne, la Dre F._____ a constaté dans son rapport du 17 septembre 2019 que le recourant verbalisait des douleurs lorsqu'il était assis et s'était levé à une occasion après une heure d'entretien. Elle n'a cependant noté aucune épargne du dos lorsqu'il se mobilisait pour se déshabiller puis pour s'asseoir sur la table d'examen. Elle a indiqué que la déambulation se faisait en boitant et en tenant les murs de la salle d'examen jusqu'à la salle de consultation. Elle a procédé à un examen clinique et noté les plaintes du recourant. Pour les diagnostics, elle s'est référée à l'évaluation consensuelle, reproduite en partie plus haut (lettre C).

Du point de vue de la médecine interne, aucun rapport médical au dossier ne vient jeter le doute sur ces constatations.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr D._____ a procédé à un examen clinique, après avoir relevé les plaintes de l'intéressé, et a examiné soigneusement l'anamnèse, y compris l'intervention pratiquée en

2008 (décompression C6-C7 avec spondylodèse) dont il a développé les conséquences.

Il a indiqué que l'étude des documents radiologiques ne montrait pas d'imagerie suspecte d'une pathologie ostéoarticulaire spécifique et confirmait la présence d'une spondylodèse C6-C7 avec vis et plaque, ainsi que d'une prothèse discale, sans signe d'incompétence du matériel d'ostéosynthèse. Il a relevé que sur un rapport de radiologie d'IRM cervicale du 14 mars 2014, il était décrit des images compatibles avec une ancienne fracture des plateaux supérieurs de D6 et D7 consolidée. Il est précisé qu'avant d'arriver à ces conclusions, l'expert avait notamment indiqué qu'il disposait de l'IRM de l'épaule du 12 novembre 2007 concluant à une discarthrose C5-C6, C6-C7, avec description d'une sténose du trou de conjugaison C6-C7 droite, une uncarthorse et une protrusion discale susceptible d'engendrer un conflit radiculaire C7 droit.

Le Dr D. _____ a en outre observé que le recourant se levait de la chaise de la salle d'attente sans prendre appui sur les accoudoirs ni sur ses cuisses et marchait avec une boiterie d'appui à droite allant en s'accroissant cependant sans latéralisation ou se tenir aux meubles ou aux murs. Tout au cours de l'entretien et de l'examen clinique, la verbalisation douloureuse s'était intensifiée, tout comme le comportement douloureux. Le déshabillage s'était fait avec verbalisation douloureuse mais sans limitation fonctionnelle significative, avec notamment des rotations de la colonne cervicale normales. Son examen clinique a mis en évidence ce qui suit :

“Droitier, bon état général, déshabillage avec verbalisation douloureuse mais sans limitation fonctionnelle significative, avec notamment des rotations de la colonne cervicale normales. 77kg, 167 cm, IMC [indice de masse corporelle] 27kg/m², soit un excès pondéral, périmètre abdominal mesuré à 99 cm, dans les limites de la norme, discret relâchement de la musculature abdominale, absence d'amyotrophie focale ou de fasciculation musculaire visible. La marche en salle d'examen s'effectue avec une pseudo boiterie à droite, et surtout une verbalisation douloureuse, elle est possible sur les talons et la pointe des pieds, sans lâchage, mais avec verbalisation douloureuse, les douleurs étant localisées diffusément

au bas du dos, à la face postérieure des cuisses, à la colonne cervicale.

Colonne cervico-dorsolombaire : distance mur-occiput 0 cm, pas de déviation significative dans le plan frontal. Distance menton-sternum en flexion extension maximale : 0/17 cm avec limitation algique, flexion latérale, rotation : limitée d'un tiers de l'amplitude normale en raison de douleurs, sans irradiation selon une topographie radiculaire.

Distance doigts-sol en flexion antérieure 40 cm, en flexion latérale 50 cm, avec annonce de douleurs lombaires basses, sans irradiation radiculaire, avec également annonce de douleurs cervicales alors que la colonne cervicale n'est pas sollicitée lors de ce mouvement.

Schober lombaire : 10/14 cm, modifié selon Mac Rae 6 cm, normal.

Épaules : bonne trophicité de la musculature scapulaire qui paraît bien développée, distance main-bouche, main-épaule controlatérale: 0 cm ddc [des deux côtés], pouce-C7 20/43 cm à gauche contre 20/70 cm à droite, limitation algique, les douleurs étant localisées de manière très diffuse à la région cervicale, dorsale, lombaire basse, avec contre-pulsions lors de mouvements passifs lors de l'examen des épaules.

Coudes, poignets, mains : sp [sans particularité].

Hanches : distance intermalléolaire en abduction maximale : 82 cm, distance intercondylienne en flexion abduction rotation externe maximale : 45 cm, FARE : 30 cm ddc. Douleurs annoncées à la région lombaire basse, dorsale, également aux épaules lors de l'examen clinique des hanches.

Les rotations internes externes des hanches sont symétriques, non limitées.

Les genoux sont secs, avec une distance talon-fesses en flexion maximale de 26 cm et une extension complète.

En fin d'examen, l'expertisé se relève de la table d'examen sans épargne lombaire, les mouvements de la colonne cervicale sont quasi normaux lorsqu'il se rhabille, de même, il n'y a pas de limitation fonctionnelle visible des membres supérieurs lorsqu'il se rhabille. L'expertisé mentionne en fin d'examen qu'il voit maintenant tout obscur, et qu'il a très mal."

Le Dr D. _____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques diffuses de l'appareil locomoteur d'étiologie indéterminée (R522) et a conclu que, sur le plan rhumatologique strict, considérant l'activité de grutier, il ne pouvait justifier d'une incapacité de travail de longue durée compte tenu de l'absence de maladie ostéo-articulaire spécifique, mais qu'il pouvait tout au plus admettre une limitation fonctionnelle pour tous les mouvements de flexion-extension de la colonne cervicale, compte tenu de la spondylodèse, et une baisse de rendement de 20 %. Il a motivé ses conclusions en ces termes :

"Monsieur A. _____ est un expertisé âgé de 55 ans, ayant travaillé comme grutier, sans formation professionnelle certifiée avec faible niveau de scolarisation, dont l'anamnèse ostéo-

articulaire fait état d'un 1^{er} traumatisme entre traction de l'épaule droite en juin 2017 [recte : 2007], sans mise en évidence de lésion ostéo-articulaire spécifique, hormis des troubles dégénératifs « banaux » de la colonne cervicale C5-C6, C6-C7, dont l'évolution a été défavorable avec notamment persistance d'une symptomatologie douloureuse, médicalement mal expliquée, avec échec des traitements interventionnels de la douleur et antalgiques conventionnels, raison pour laquelle il a été finalement décidé de procéder à une décompression C6-C7, et à une spondylodèse C6-C7, sans qu'il n'ait été objectivé de déficit neurologique avant ladite intervention.

Une 1^{ère} discordance apparaît ici concernant l'évolution, l'expertisé mentionnant avoir repris le travail après une année, avec un amendement de la symptomatologie douloureuse, alors que dans l'extrait du dossier, figure la persistance des plaintes, alors que l'expertisé a repris son activité professionnelle.

Cette dernière sera à nouveau interrompue suite à une chute le 03.02.2010 d'une échelle d'une hauteur d'environ 4 mètres, avec à nouveau une discordance entre les déclarations variables de l'expertisé qui tout d'abord décrit qu'il n'y a pas eu de perte de connaissance puis que cette perte de connaissance a été brève, et qu'il a été transporté à l'hôpital, alors que dans l'extrait du dossier, il est mentionné qu'il s'est relevé tout seul.

Les investigations suite à ce nouvel accident n'ont pas permis d'objectiver de lésion fracturaire, neuro-compressive ou autre lésion anatomique structurelle ou maladie susceptible d'expliquer la persistance des plaintes et leur intensité.

Pour ma part, je n'ai actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, auto-immune, fracturaire, neuro-compressive, sous réserve de l'examen neurologique spécialisé dans le cadre de la présente expertise multidisciplinaire.

L'examen clinique est pauvre, il est marqué par une verbalisation et un comportement douloureux allant en augmentant, des contre-pulsions, et hormis les douleurs, il n'y a pas d'élément permettant d'orienter vers une éventuelle pathologie ostéo-articulaire.

Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable qui constituent la plainte essentielle et motive pour l'expertisé une impossibilité de retour à une activité professionnelle quelconque.

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes.

Dans le cas présent, il n'y a pas de lésion tissulaire ou maladie ostéo-articulaire objectivable.

La douleur n'est pas mesurable, elle ne peut être ni prouvée ni réfutée médicalement. Dans le cas de la douleur chronique, comme c'est le cas ici, il est admis des interactions entre cognition, émotion, comportement, réaction corporelle, facteurs sociaux, croyances. La douleur est comparable à une émotion et est un symptôme et non une maladie.

Le traitement de la douleur en cas d'origine méconnue comme c'est le cas ici, est palliatif. Les limitations fonctionnelles sévères rapportées par la personne contraste[nt] avec l'absence de raideur importante et d'amyotrophie.

Je ne puis expliquer sur le plan somatique le contraste entre les plaintes majeures et l'examen clinique relativement pauvre hormis les multiples douleurs.

L'absence d'explication organique probante aux plaintes ne met cependant pas en doute l'authenticité de ces dernières.”

Les constatations de l'expert sont complètes, fondées sur un examen des éléments subjectifs et objectifs et confirmées par un ensemble d'éléments au dossier. Les conclusions sont dûment motivées et emportent la conviction. Aucun rapport médical au dossier ne vient jeter le doute sur ces constatations. En particulier, le rapport du Dr Q._____, psychiatre, qui évoque des diagnostics d'atteintes physiques à la suite de l'accident de 2010 qui n'ont été retenus ni par l'experte rhumatologue I._____ en 2011 ni par le présent expert D._____ ne saurait jeter le moindre doute sur les conclusions du spécialiste en rhumatologie.

cc) Sur le plan neurologique, l'expert M._____ a observé dans son rapport du 20 juin 2019 que le déplacement du recourant de la salle d'attente au bureau du médecin se faisait de façon très démonstrative, en boitant et en se tenant aux murs de la salle d'attente jusqu'au bureau, puis du bureau à la salle de consultation. Le discours restait très flou, le patient affirmant présenter des troubles de la mémoire, l'empêchant de se rappeler précisément les différentes investigations et traitements. Tout au long de l'entretien et de l'examen, l'assuré se présentait comme partiellement collaborant, apparemment très algique, démonstratif et majorant. Son examen clinique est le suivant :

“A l'examen de la nuque, on note une nuque de mobilité fortement limitée par un blocage immédiat en raison de la provocation apparente d'importantes douleurs locales. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze sont bilatéralement fortement sensibles mais non contracturés.

A l'examen du rachis dorso-lombaire, on relève des troubles statiques vertébraux modérés chez un patient se tenant aux murs en raison des douleurs. La percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires est diffusément sensible. Il n'y a pas de contracture de la musculature paravertébrale. Le tonus fessier est bon. Les points de Valleix fessiers droits sont apparemment sensibles. La flexion latérale et antérieure lombaire est inappréciable en raison d'une réaction antalgique.

En station debout et à la marche, la marche spontanée se fait avec une boiterie démonstrative. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est néanmoins normalement possible. La station pieds joints et l'épreuve de Romberg sont stables.

L'auscultation des carotides est physiologique.

A l'examen des paires crâniennes, l'acuité et les champs visuels sont préservés. Il n'y a pas de troubles de l'oculomotricité. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite alors que les réflexes cornéens sont présents, vifs et symétriques. La motricité faciale est préservée. Les dernières paires crâniennes sont sans particularité.

A l'examen des membres supérieurs, l'épreuve des bras tendus est sans chute. Les mouvements rapides sont fortement ralentis à droite et normalement effectués à gauche. La trophicité musculaire est préservée. Les réflexes tendineux sont présents, normovifs et symétriques. Le testing de la force musculaire est caractérisé par une apparente faiblesse distale du membre supérieur droit (lâchages) alors qu'il n'y a pas de déficit moteur au niveau du membre supérieur gauche. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées ddc [des deux côtés]. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit. La sensibilité posturale est préservée. La pallesthésie est à 8/8 ddc, subjectivement moins bien perçue à droite. La recherche du signe de Tinel sur le nerf médian au niveau du canal carpien et la manœuvre de Phalen sont négatives ddc. L'examen du nerf ulnaire au passage du coude et du poignet est sans particularité bilatéralement.

Au niveau du tronc, les réflexes cutanés-abdominaux sont inobtenables ddc. Le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'hémitrunc droit.

A l'examen des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est positive dès 25-30° ddc, avec blocage. L'épreuve des jambes fléchies est caractérisée par des lâchages ddc. Les mouvements rapides sont ralentis à droite et plus ou moins normalement effectués à gauche. La trophicité musculaire paraît intacte. Les réflexes tendineux sont présents, normovifs et symétriques. Le cutané plantaire est en flexion ddc. Le testing de la force musculaire est caractérisé à nouveau par des phénomènes de lâchages à l'extrémité distale du membre inférieur droit alors qu'il n'y a pas de déficit moteur à gauche. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées ddc. A l'examen de la sensibilité, le patient signale à nouveau une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit. La sensibilité posturale est intacte ddc. La pallesthésie est à 6-7/8 bilatéralement."

Il a constaté qu'à l'examen clinique, on se trouvait en face d'un sujet apparaissant très algique, se déplaçant avec une boiterie démonstrative, en se tenant aux murs et aux meubles. L'examen de la nuque révélait une limitation apparemment majeure de la mobilité de la nuque, avec provocation immédiate de douleurs locales importantes. L'examen du rachis dorso-lombaire mettait en évidence des troubles statiques vertébraux modérés, une percussion des apophyses épineuses

dorso-lombaires diffusément sensible mais pas de contracture paravertébrale significative. La mobilité du rachis dorso-lombaire était inappréciable en raison de l'absence de collaboration suffisante. Bien que le patient se déplaçât spontanément avec une boiterie, le status sur la pointe des pieds et sur les talons était normalement possible, de même que la station pieds joints et l'épreuve de Romberg. A l'examen des paires crâniennes, il notait une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite, avec des réflexes cornéens vifs et symétriques. Au niveau des membres supérieurs, il observait des phénomènes de lâchages distaux du membre supérieur droit où il existait également une hypoesthésie tactile et douloureuse globale, les éléments précités contrastant avec une épreuve des bras tendus encore tenue correctement, une bonne préservation de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux. Le Dr M. _____ a relevé l'absence d'atteinte radiculaire et tronculaire objectivable susceptible d'expliquer les troubles sensitifs distaux rapportés par le sujet. A l'examen du tronc, il notait une hypoesthésie tactile et douloureuse de l'hémitrunc droit. Au niveau des membres inférieurs, il observait une manœuvre de Lasègue bloquée dès 20-30° des deux côtés, des lâchages à l'épreuve des jambes fléchies, un ralentissement marqué des mouvements rapides à droite, des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre inférieur droit au testing de la force musculaire et il retrouvait une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit. En revanche, les réflexes tendineux étaient bien présents et le cutané plantaire était en flexion des deux côtés. Il a constaté en bref un examen clinique caractérisé par un héli-syndrome sensitivo-moteur droit atypique, sans substrat somatique neurologique clairement objectivable.

En outre, il a revu les documents radiologiques qui avaient révélé des troubles dégénératifs disco-vertébraux cervicaux modérés. Il n'y avait pas d'évidence de fracture récente majeure. Il a également revu le rapport d'examen neuropsychologique qui avait montré des troubles cognitifs modérés, portant très classiquement dans ce type de situation sur l'attention, les fonctions exécutives et, à moindre degré, les fonctions mnésiques. Dans le contexte, il a considéré que les constatations neuropsychologiques trouvaient effectivement leur explication dans l'état

psychique du sujet, le syndrome douloureux global, plutôt que dans une éventuelle cause « somatique ».

En conclusion, sur le plan neurologique, la lecture des différents documents à disposition, l'entretien avec le patient et le résultat de l'examen neurologique n'apportaient pas d'arguments déterminants en faveur d'une atteinte neurologique centrale ou périphérique jouant un rôle significatif dans les troubles. Il n'y avait notamment pas d'explication neurologique somatique aux troubles neuropsychologiques, aux douleurs, à l'hémi-syndrome sensitivo-moteur droit. Au vu des éléments susmentionnés, sur le plan strictement neurologique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail tant dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité adaptée potentiellement exigible.

Il est précisé que l'expert neurologue a étudié les examens radiologiques, dont l'IRM du 12 novembre 2007 mettant en évidence une discarthrose C5-C6 et C6-C7 et une protrusion discale, notamment, ainsi que les radiographies de la colonne dorso-lombaire du 15 juin 2010 ne montrant pas de fracture-tassement, mais de simples troubles statiques vertébraux.

Il a posé les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires et douleurs des quatre extrémités, surchargées de troubles sensitivo-moteurs hémi-corporels droits, sans substrat neurologique objectivable, de troubles attentionnels, dysexécutifs et mnésiques, vraisemblablement sans substrat somatique et de status après décompression C6-C7 avec spondylodèse (17 mars 2008).

L'expert neurologue a relevé qu'il y avait clairement une incohérence entre l'importance des plaintes d'une part et l'absence d'anomalies objectivables d'autre part. Cette incohérence/discordance s'expliquait par les éléments psychiques et peut-être psychosociaux. Il a ajouté que sur le plan strictement neurologique, théoriquement, les capacités restaient bonnes, de même que les ressources. Les difficultés étaient liées à des facteurs psychologiques et extra-somatiques.

L'appréciation du Dr M. _____ est convaincante ; elle se base sur un examen minutieux des éléments en présence et abouti à des conclusions claires et motivées. Ces constatations rejoignent par ailleurs celles de ses co-experts au sujet de la cohérence des plaintes et du comportement démonstratif et des ressources du recourant. Aucun rapport médical au dossier ne vient jeter le doute sur ces constatations.

d) En définitive, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant, leurs examens ayant fait l'objet de rapports détaillés en matière psychiatrique, rhumatologique, médecine interne et neurologique. Ils se sont ensuite concertés et ont rendu un rapport de synthèse contenant une évaluation consensuelle de la situation.

Ils ont examiné le dossier médical complet du recourant, prenant notamment en compte le dossier d'imageries fourni par celui-ci. Ils sont revenus sur son historique familial, personnel et professionnel, ainsi que sur le contexte social dans lequel il évoluait, et se sont également renseignés sur ses loisirs, ainsi que sur ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps.

Les experts ont ensuite fait état de manière circonstanciée des plaintes de l'expertisé. Le rapport d'expertise est par ailleurs structuré et ses conclusions quant aux diagnostics et à la capacité de travail sont motivées et fondées sur des constatations objectives. S'agissant plus particulièrement de l'expertise psychiatrique, le Dr V. _____ a procédé à un examen des différents indicateurs posés par la jurisprudence, en étudiant la personnalité du recourant, en évaluant les traitements, les mesures de réadaptation mises en œuvre et les chances de guérison, en examinant la cohérence et la plausibilité des troubles et en appréciant les limitations, les ressources et les difficultés de l'expertisé.

Puis, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr Q. _____ a été soumis au médecin du SMR le 25 août 2020 ainsi que le 23 novembre 2020 et a ainsi été pris en considération dans

l'appréciation médicale finale. La Dre C._____ a conclu que le Dr Q._____ faisait état d'une appréciation différente de la même situation clinique et qu'il n'amenait pas de nouvel élément objectif confirmant une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'expertise qui était probante. En l'absence d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise, les conclusions de cette dernière doivent être suivies.

En conclusion l'OAI était fondé à suivre l'appréciation des experts de la R._____.

8. Le calcul du degré d'invalidité n'a pas été remis en cause par le recourant et peut être confirmé.

9. Le dossier contient suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale requise par l'assuré et de sa propre audition apparaît dès lors inutile (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

10. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise être confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 18 février 2021 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). Il n'y a pas non plus lieu de mettre à charge de l'OAI les frais du rapport du Dr Q._____. Selon la jurisprudence en effet, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.3 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1). Tel n'était pas le cas en l'espèce. D'ailleurs, bien que se réservant le droit de produire la note d'honoraires du Dr Q._____, le recourant ne l'a jamais produite.

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, à compter du 4 janvier 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant le 29 novembre 2021. Il a fait état de 18 heures et 30 minutes consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations ne peut être approuvée en l'état. En effet, Me Duc indique avoir consacré 15 heures et 5 minutes pour les écritures, soit un recours, une réplique, une sur-réplique spontanée et des observations. Or, ces écritures sont non seulement répétitives, mais encore soulèvent certains griefs qui ne sont pas pertinents comme la mise en cause de l'expertise du B._____ alors que le grief lié à l'indépendance de ce centre d'expertises a déjà été tranchée par le Tribunal fédéral dans un arrêt qui lui a d'ailleurs été notifié et alors que les conclusions de cette expertise ont déjà été validées par une décision confirmée par la Cour de céans. Sur le plan somatique, les griefs ont trait essentiellement à l'expertise de 2011 et sont donc irrelevants ; les critiques de l'appréciation de l'OAI sur ce plan n'ont pas été émises à la lumière de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2019 dont le recourant a de façon très surprenante nié l'existence, en fondant son argumentation sur la nécessité d'une telle expertise et sollicitant sa mise en œuvre. Il en découle que les opérations utiles et nécessaires résultant des écritures de Me Duc concernent essentiellement

l'aspect psychique de l'état de santé du recourant, pour lequel une argumentation nécessitant une dizaine d'heures de travail, toujours pour les écritures, paraît suffisante et justifiée. Finalement, les opérations utiles et nécessaires au traitement du présent recours seront admises à concurrence de 13 heures et 30 minutes.

En définitive, il convient d'octroyer à Me Duc un montant total de 2'747 fr. 95 (2'430 fr. d'honoraires, 121 fr. 50 de débours forfaitaires à 5 % et 196 fr. 45 de TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités.

d) Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de A. _____, est arrêtée à 2'747 fr. 95 (deux mille sept cent quarante-sept francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :