



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 90

Arrêt du 24 mai 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Dominique Gross, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Bernhard Schaaf

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – Refus de prestations, révision

Recours du 22 mars 2018 contre la décision du 26 février 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1969, ressortissant turc, arrivé en Suisse en août 1994, marié, père de deux enfants (nés en 1998 et 2004), domicilié à B. _____, sans formation professionnelle, a travaillé en dernier lieu depuis le 1^{er} octobre 1999 en qualité d'ouvrier emballage à plein temps auprès de C. _____ SA. A partir de 2008, il a souffert de cervicalgies et au final il a ressenti des douleurs diffuses dans toutes les articulations. Depuis le 12 novembre 2012 une incapacité de travail tantôt totale, tantôt partielle est attestée médicalement.

Le 1^{er} mai 2013, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI), alléguant souffrir de douleurs diffuses depuis environ 2008. Sur la base d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de D. _____, ordonnée par l'assureur perte de gain, la Swica Assurances SA, l'OAI a, par décision formelle du 28 mars 2014, nié le droit à des prestations. Selon les experts, même dans l'activité habituelle la capacité de travail était entière.

B. Le 4 juillet 2016, il a déposé une nouvelle demande de prestations en alléguant une aggravation de son état de santé.

Sur la base d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) établie à E. _____, encore demandée par l'assureur perte de gain, l'OAI, par décision formelle du 26 février 2018, a à nouveau nié le droit à des prestations. De l'avis des experts, aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail n'a pu être retenu.

C. Le 22 mars 2018, A. _____, représenté par Me Charles Guerry, interjette recours contre cette décision, conclut à son annulation et à ce que la Cour de céans mette sur pied une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique), subsidiairement au renvoi à l'OAI pour investigations médicales complémentaires et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir une constatation inexacte des faits pertinents. L'expertise de E. _____, ne respectant pas les exigences du Tribunal fédéral, n'aurait pas de valeur probante.

Le 9 avril 2018, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 2 mai 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que l'expertise de E. _____ a pleine valeur probante et renonce à déposer une motivation détaillée.

Le 26 juin 2018, l'assureur LPP concerné est appelé en cause. Il ne réagit cependant pas.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2).

2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt TF 8C_300/2017 du 1^{er} février 2018).

2.3. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, 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 (cf. art. 87 al. 3 en lien avec al. 2 de l'ordonnance du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 71). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Le point de savoir si un changement important des circonstances est survenu doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale d'allocation de rente avec les circonstances à l'époque de la décision administrative litigieuse. Il en va également ainsi lorsqu'une première procédure de révision a été menée entre-temps, sans toutefois aboutir à une modification du droit à la rente ou encore lorsqu'après un premier refus de rente l'Office AI entre en matière sur une nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3.1).

2.4. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 114 V 314, 105 V 158).

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

2.5. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.6. Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

3.

Est litigieux dans le cadre d'une nouvelle demande le droit du recourant à une rente.

Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé. Il fait valoir que le rapport d'expertise de E. _____ sur lequel se fonde exclusivement la décision attaquée serait très loin de respecter les exigences jurisprudentielles. En premier lieu, l'expertise n'aurait pas été effectuée en pleine connaissance de l'anamnèse, ni sur la base d'un dossier médical complet, vu que le plus ancien rapport mentionné remonte au 29 mai 2015. En second lieu, les experts n'auraient pas procédé à des examens médicaux complets et approfondis. En troisième et dernier lieu, le volet psychiatrique serait loin de satisfaire à la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'évaluation de l'incapacité de travail en cas de troubles psychiques.

Il s'agit dès lors de déterminer l'évaluation de la situation entre les deux refus de rente.

3.1. Pour la décision initiale de refus de rente du 28 mars 2014 (dossier OAI, p. 160ss), décision qui est entrée en force, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise de D. _____ du 24 octobre 2013 (dossier OAI, p. 61ss). Sont retenus seulement deux diagnostics, les deux sans influence sur la capacité de travail : hernies discales C5/C6 bilatérale et C6/C7 droite, en phase de rémission retardée et une discopathie protrusive L5-S1, en phase stabilisée, sans phénomènes douloureux en lien avec la discopathie. Par contre, les experts ne retiennent ni le diagnostic d'une fibromyalgie (seuls 3/18 point de fibromyalgie sont retrouvés) ni un diagnostic psychique. Selon les experts, du point de vue des plaintes algiques, l'état actuel est inchangé depuis de nombreuses années. Les douleurs multiples rapportées ne trouvent pas d'explication clinique ou biologique. S'il existe d'authentiques pathologies discales, en l'occurrence une hernie C5/C6, une hernie C6/C7 et une discopathie L5/S1, la symptomatologie clinique est disproportionnée dans sa description par rapport à l'intensité des douleurs. De plus, 3/5 signes de Waddell témoignent d'une surcharge psychogène des plaintes. Même dans son dernier emploi, la capacité de travail est jugé entière.

3.2. Le 4 juillet 2016, le recourant fait une nouvelle demande de prestation sur laquelle l'OAI est entré en matière. Dans sa décision litigieuse du 26 février 2018, il s'est basé principalement sur le rapport d'expertise de E. _____ du 18 juillet 2017 (dossier OAI, p. 406ss), ordonné par l'assureur perte de gain. Le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, déclare qu'un examen neurologique effectué dans des conditions de collaboration totalement insuffisantes, dominé par une démonstrativité majeure, ne permet pas d'objectiver d'éventuelles atteintes somatiques, notamment pour ce qui est de la polyneuropathie des petites fibres évoquée préalablement et des conséquences éventuelles des troubles dégénératifs disco-vertébraux cervicaux et lombaires. L'expert mentionne d'avoir pris note du fait que la biopsie cutanée a montré une rareté des petites fibres ayant fait évoquer une neuropathie à petites fibres, mais relève néanmoins que le tableau actuel (plaintes et constatations cliniques) est totalement atypique pour ce diagnostic. S'agissant d'éventuelles douleurs d'origine disco-vertébrales, tant cervicales que lombaires, la description des troubles, l'examen clinique et la relecture des documents radiologiques ne permettent pas d'attribuer les plaintes à une telle étiologie même si, évidemment, une discrète irritation sous-jacente ne peut être écartée totalement. Du point de vue de la capacité de travail, au vu de l'impossibilité de mettre clairement en évidence une pathologie somatique neurologique, force est d'admettre que le présent bilan ne démontre pas, sur le plan somatique, une affection représentant une cause significative d'incapacité de travail. Le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estime quant à lui que le tableau clinique du recourant est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). De plus il existe un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Au final, les deux experts retiennent les diagnostics suivants : syndrome douloureux ubiquitaire sans substrat somatique clairement objectivable, troubles dégénératifs cervicaux modérés et possible neuropathie des petites fibres, comportements d'hostilité lorsque l'expertisé était enfant, adolescent et jeune adulte, fait d'avoir été traité comme un bouc émissaire (Z62.3), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Selon l'avis des experts, même l'ancienne activité est exigible à plein temps.

3.3. Par ailleurs, il ressort ce qui suit du dossier médical.

Les médecins de H. _____ de I. _____ posent dans leur rapport du 24 mai 2016 (dossier OAI, p. 443ss) consécutif à la consultation du 22 février 2016 les diagnostics de small fiber

neuropathie, fibromyalgie, syndrome douloureux cervicospondylogène sur arthrose facettaire C5/C6 et C6/C7, status après infiltration de la racine C6 et après infiltration facettaire C5/6 et C6/7, les deux sans effet, et dépression. Dans le contexte du syndrome douloureux, fluctuant et récidivant, il est difficile de dire s'il y a un rôle de la part de la pathologie des petites fibres ; il est toutefois peu probable que cette pathologie puisse expliquer toute la symptomatologie, les analyses de sang ne montrant pas d'étiologie à la pathologie des petites fibres.

Par la suite, le recourant a été hospitalisé du 27 avril au 4 juin 2016 à I._____. Les diagnostics suivants sont posés par les médecins : fibromyalgie (symptôme severity score 11/12; regional pain scale 18/19), small fiber neuropathie d'origine indéterminée (mise en évidence d'une diminution des fibres nerveuses intradermiques par biopsie de peau du 26 janvier 2016), syndrome chronique cervicospondylogène D, trouble dépressif-anxieux, épisode actuel de degré moyen. Pendant le séjour, il n'y a eu que très peu d'amélioration. Vu l'importance du syndrome douloureux, les médecins nient une quelconque capacité de travail. Selon eux, en continuant la physiothérapie et la psychothérapie en ambulatoire, une possibilité de reprise du travail peut être espérée (cf. rapports du 3 juin 2016 [dossier OAI, p. 168s; traduction de ce rapport, dossier OAI, p. 451] et du 4 juillet 2016 [dossier OAI, p. 205ss]).

Le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, confirme le 10 juin 2015 (dossier OAI, p. 441s) un syndrome cervical associé à une discopathie C5/C6, C6/C7, des douleurs poly-articulaires diffuses d'étiologie indéterminée, et une neuropathie des membres inférieurs.

Selon un rapport concernant une IRM cervicale du 25 juillet 2016 (dossier OAI, p. 459s), il y a en comparaison avec un rapport IRM cervicale du 17 juin 2014 apparition nouvelle de remaniements dégénératifs des coins postérieurs des piliers vertébraux C6/C7 de type fibro-vasculaire (Modic 1). Sinon pas de changement significatif avec débords disco uncarthrosiques C5/C6 et C6/C7 connus causant une empreinte durale et radiculaire pré-toraminale des racines C6/ C7 des deux côtés.

Le 16 août 2016 (dossier OAI, p. 363s), le Dr K._____, spécialiste en neurologie, indique que le status neurologique est d'interprétation difficile et n'apporte pas d'élément pour une polyneuropathie. Par contre, il a mis en évidence une hyporéflexie tricipitale droite qui pourrait témoigner d'une radiculopathie C7 de ce côté-là. La neurographie est normale, sans évidence de polyneuropathie. Même si une polyneuropathie des petites fibres reste possible, celle-ci n'expliquerait pas le tableau clinique. Il pose le diagnostic de troubles somatoformes multiples.

Le médecin de famille, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, observe le 18 octobre 2016 (dossier OAI, p. 317ss) une fibromyalgie sévère, des cervico-brachialgies, un état anxio-dépressif sévère, des lombosciatalgies bilatérales sur discopathie, une polyneuropathie des petites fibres et atteste une incapacité définitive dès le 8 mars 2016.

Le psychiatre traitant, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant depuis le 15 juin 2016, pose le 4 novembre 2016 (dossier OAI, p. 302ss) les diagnostics d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'une anxiété généralisée depuis 2013 (F41.1), et atteste une incapacité totale. Il évoque que le recourant n'a pas trouvé de solutions à ses douleurs sur le plan somatique, ce qui renforce son état anxieux-dépressif. Par ailleurs, il présente des difficultés liées à l'environnement social et familial (solitude, difficulté

relationnelle avec sa femme et ses beaux-parents) et probables limitations intellectuelles, difficultés d'élaboration et linguistiques.

Le recourant a été aussi investigué au niveau cardiologique. Selon les médecins, il n'y rien à signaler, si ce n'est qu'une surveillance tensionnelle est indiquée (cf. dossier OAI, p. 461ss). Un contrôle pneumologique en mai 2017 (dossier OAI, p. 471s) a montré un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil de degré léger, cependant liées probablement au traitement psychotrope. Ce SAS n'explique pas la symptomatologie actuellement. Par ailleurs, les médecins notent un syndrome des jambes sans repos qui n'est pas contrôlé dans un contexte de polyneuropathie et de fibromyalgie.

4.

Concernant l'expertise de E._____ du 18 juillet 2017 plusieurs éléments sont à relever. Pour commencer, la Cour de céans s'étonne du fait que les experts de E._____ n'aient pas eu connaissance de l'expertise D._____ et des pièces médicales antérieures à celle-ci. Le rapport du Dr K._____ du 16 août 2016 susmentionné n'était pas davantage à leur disposition. De ce fait et comme l'invoque à juste titre le recourant, l'expertise ne se base pas sur une anamnèse complète du cas.

De plus, à plusieurs reprises le diagnostic d'une fibromyalgie est relevé, notamment par les médecins de I._____. La fibromyalgie étant un diagnostic rhumatologique, il aurait fallu que l'expertise contienne aussi un volet rhumatologique, et pas seulement neurologique et psychiatrique. Il est peu compréhensible que lors de la mise sur pied de cette expertise, les volets nécessaires n'aient jamais été discutés entre l'assureur perte de gain et l'OAI.

En ce qui concerne le volet neurologique de l'expertise, il faut relever que l'expert fait état d'une collaboration totalement insuffisante, dominée par une démonstrativité majeure, tandis que l'expert psychiatrique relève au contraire que le recourant a collaboré et ne présente pas réellement une attitude démonstrative, mais est focalisé sur ses plaintes douloureuses. De même dans les autres rapports du dossier médical, rien n'indique une démonstrativité de la part du recourant. De plus, par lettre du 20 juin 2017 (dossier OAI, p. 399ss), soit le lendemain même de l'examen neurologique, le recourant s'est plaint à E._____ du comportement de l'expert neurologue. Tout cela conduit à douter de l'impartialité de l'expert à l'égard du recourant.

En outre, les deux experts ont omis de discuter les avis divergents dans le dossier, notamment en ce qui concerne l'avis du psychiatre traitant qui avait posé dans le rapport susmentionné du 4 novembre 2016 les diagnostics d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'une anxiété généralisée depuis 2013 (F41.1) en attestant une incapacité totale de travail. De plus, une certaine aggravation de l'état de santé psychiatrique ne peut être exclue vu le fait que le recourant est maintenant suivi par un psychiatre, ce qui n'était pas le cas lors de la première décision de refus selon les indications dans le rapport d'expertise D._____.

Enfin, la Cour de céans s'étonne également du fait que dans l'expertise de E._____, la liste des diagnostics posés en réponse aux questions de l'assureur perte de gain (troubles algiques et sensitivo-moteurs sans substrat somatique clairement objectivable [collaboration insuffisante], comportements d'hostilité lorsque l'expertisé était enfant, adolescent et adulte jeune, il a été traité comme un bouc émissaire [Z62.3], troubles anxieux et dépressifs mixtes [F41.2], syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4]) diffère de celle des réponses aux questions de l'OAI

(syndrome douloureux ubiquitaire sans substrat somatique clairement objectivable, troubles dégénératifs cervicaux modérés et possible neuropathie des petites fibres, comportements d'hostilité lorsque l'expertisé était enfant, adolescent et jeune adulte, le fait d'avoir été traité comme un bouc émissaire [Z62.3], des troubles anxieux et dépressifs mixtes [F41.2] et un syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4]).

Pour qu'une expertise médicale ait valeur probante, il faut qu'elle soit établie sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants. Pour les raisons qui précèdent, cela ne semble pas être le cas pour l'expertise de E. _____.

Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle complète l'instruction par une expertise rhumatologique. Vu les lacunes de l'expertise de E. _____, il faut en même temps refaire aussi les volets neurologique et psychiatrique et de ce fait ordonner une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique). Cela va permettre de tenir également compte du fait que selon une récente jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 418), il y a lieu d'examiner le droit à une rente en cas de troubles psychiques conformément à la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux (procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs).

Les experts se prononceront aussi sur la présence des éléments extra-médicaux notamment relevés par le nouveau psychiatre traitant.

Le renvoi à l'OAI pour compléter l'instruction se justifie aussi pour une autre raison. La Cour de céans constate que, la façon de procéder de l'OAI a eu pour effet que les droits du recourant par rapport à une mise sur pied d'une expertise garantie depuis l'ATF 137 V 210 ont été éludés. En effet, en reprenant l'expertise de D. _____ et en se contentant de participer financièrement à celle de E. _____, l'OAI n'a pas pu respecter ses obligations procédurales, notamment celles qui lui imposent d'inviter le recourant à se prononcer sur les volets ainsi que sur les experts mandatés et à leur poser des questions.

5.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, bien fondé, le recours doit être admis et la décision querellée annulée. Le dossier est renvoyé à l'OAI afin qu'il reprenne l'instruction dans le sens des considérants.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Partant, l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est intégralement restituée.

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 27 septembre 2018, son mandataire a produit sa liste de frais pour un montant total de CHF 3'630.40, soit CHF 2'500.- au titre d'honoraires (10h à CHF 250.-), CHF 125.- au titre des frais et CHF 205.40 au titre de la TVA (8% pour les opérations de 2017 et 7.7% pour les opérations de 2018).

La liste de frais produite n'apparaît cependant pas conforme aux exigences du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En particulier, elle contient des opérations antérieures à la

décision litigieuse du 26 février 2018, lesquelles n'ont pas à être indemnisées devant l'instance de céans. De plus, elle contient des débours forfaitaires.

Lorsque la liste de frais ne répond pas aux exigences fixées en la matière, la Cour fixe l'indemnité d'office et selon sa libre appréciation (art. 11 al. 1 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), il se justifie de fixer l'équitable indemnité à raison de 5 heures 40 minutes à CHF 250.-/heure, soit un montant de CHF 1'416.65.-. S'y ajoutent CHF 50.- au titre de débours et CHF 112.95 au titre de la TVA (7.7% de CHF 1466.65). L'indemnité totale de CHF 1'579.60 est intégralement à la charge de l'OAI qui succombe.

la Cour arrête :

I. Le recours de A. _____ est admis et la décision du 26 février 2018 annulée.

Partant, le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il reprenne l'instruction dans le sens des considérants.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. L'avance de frais d'un montant de CHF 800.- est restituée à A. _____.

IV. L'équitable indemnité allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'416.65.- d'honoraires, plus CHF 50.- au titre de débours et CHF 112.95 au titre de la TVA (7.7%), soit un total de CHF 1'579.60, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 24 mai 2019/bsc

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :