

S1 19 178

JUGEMENT DU 16 AOÛT 2022

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Yannis Sakkas, avocat, 1920 Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 44 LPGA, valeur probante d'une expertise médicale ;
art. 16 LPGA, taux d'invalidité ; art. 17 al. 1 et 18 al. 1 LPGA,
reclassement professionnel et aide au placement)

Faits

A. X _____, né en 1974, originaire du Kosovo (pièce 7 du dossier de l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées), est arrivé en Suisse le 24 mars 2002 (pièce 8). Selon différents documents transmis aux assureurs sociaux concernés par l'entreprise A _____ SA, il a été engagé pour une durée déterminée, du 8 avril au 20 décembre 2002, en tant que manoeuvre auprès de cette société (pièce 225, page 1121), à un taux d'occupation de 100% correspondant à quarante-cinq heures par semaine. Le salaire horaire brut de base était de 21 fr. 45, auquel s'ajoutaient 14.1% d'indemnités pour vacances et 8.3% de treizième salaire, soit un salaire total de 26 fr. 50 de l'heure (pièce 9, pièce 224, page 1039 et pièce 225, pages 1110 et 1111).

Le 6 mai 2002, dans le cadre de cette activité professionnelle pour laquelle il était assuré conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), X _____ est tombé d'un échafaudage d'une hauteur de trois mètres environ (pièce 224, pages 1035 et 1039).

Le Dr B _____, médecin généraliste, a procédé aux premières constatations le jour et sur les lieux de l'accident. Il a rapporté le 20 mai 2002 que X _____ avait chuté d'un balcon du premier étage d'un immeuble en construction, qu'il s'était réceptionné sur le côté droit et qu'il n'y avait pas de traumatisme crânien, ni d'atteinte de l'état général, ni d'anomalie neurologique centrale ou périphérique reconnaissable mais des douleurs lombaires, du coude droit et de la hanche droite. Ce médecin a diagnostiqué une contusion lombaire ainsi que de la hanche et du coude droits. Il a fixé une incapacité totale de travail dès le 6 mai 2002, prolongée par la suite (pièce 224, pages 1027, 1028 et 1033).

A la suite de l'examen du 15 juillet 2002, le médecin d'arrondissement de la CNA a précisé dans un rapport du même jour que les douleurs à la jambe et au coude droits avaient régressé mais qu'un syndrome lombo-sacré bas avait toutefois évolué sans aucune amélioration subjective sous traitement conservateur. Il a ajouté que l'imagerie ne montrait pas de lésions post-traumatiques ou d'affections dégénératives majeures et que l'examen clinique était peu parlant, avec une mobilité lombaire assez harmonieuse et sans contractures musculaires notables ni déficit neurologique. Il a de plus mentionné avoir observé plusieurs signes de non-organicité ainsi qu'un comportement de douleur

pathologique. Il a souligné enfin que la constitution de l'assuré n'était pas appropriée pour un travail physique lourd, que, dans une activité adaptée, aucun élément médical objectif ne pouvait justifier une incapacité totale de travail mais qu'au vu des douleurs subjectives importantes et de la discordance à l'examen clinique, il proposait d'adresser le patient à un spécialiste du rachis, soit au Dr C _____ à D _____, afin d'écartier une lésion méconnue (pièce 224, pages 1025 et 1026).

Dans son rapport adressé le 25 juillet 2002 au médecin d'arrondissement, le Dr D _____, chef du Service de réadaptation générale à D _____, a indiqué que le patient justifiait les quelques limitations par la douleur, qu'il était difficile d'expliquer la raison de ce retard de guérison de la région lombo-fessière par un modèle purement lésionnel et que la participation de facteurs psychosociaux était possible, des stigmates de détresse psychologique étant observés (pièce 224, pages 1022 à 1024).

Les 13 décembre 2002 et 3 janvier 2003, le Dr C _____ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA qu'il était de plus en plus difficile de retenir une origine lésionnelle aux plaintes du patient et que des facteurs autres que médicaux entraient certainement en ligne de compte dans l'évolution subjectivement défavorable. Il a ajouté qu'une reprise de la dernière activité professionnelle accomplie était théoriquement exigible, que l'assuré avait toutefois perdu son emploi et que dans une activité légère n'exigeant pas de mouvements répétés de flexion importante ou de flexion-torsion du tronc ni de marche prolongée en terrains difficiles, la capacité de travail était entière (pièce 224, pages 1001 à 1003).

Dans son rapport du 15 janvier 2003 portant sur l'examen de la veille, le médecin d'arrondissement de la CNA a rappelé l'absence de lésion osseuse post-traumatique selon les examens radiologiques et constaté chez l'assuré plusieurs signes de Waddell positifs. Il a relevé que, huit mois après l'accident, il existait une discordance importante entre les plaintes du patient et le résultat de l'examen clinique et que ces plaintes n'étaient pas objectivables. Il en a déduit qu'il ne subsistait plus de séquelles de la contusion de l'hémicorps droit et de la colonne lombaire, qu'une reprise du travail à 100% était exigible à partir du 15 janvier 2003 et que le cas pouvait être liquidé (pièce 224, pages 996 à 998).

Par décision du 21 janvier 2003, la CNA a mis fin aux prestations au 15 janvier précédent, en considérant qu'il ne subsistait plus de séquelles accidentelles et que la capacité de travail était entière au-delà de cette date (pièce 224, pages 991 et 992). Cette décision est entrée en force.

Le 17 janvier 2003, X _____ a déposé une demande d'indemnités de chômage à compter du 15 janvier précédent, en y indiquant être disposé à travailler à plein temps et en être capable (pièce 225, pages 1104 à 1107). Il a bénéficié de mesures de marché du travail du 15 septembre au 31 décembre 2003 (pièce 225, pages 1084, 1086, 1088, 1090 et 1093), du 22 mars au 10 avril 2004 (pièce 225, page 1076) et du 9 août 2004 au 4 février 2005 (pièce 225, pages 1047 à 1053 et 1056 à 1059). Il a également travaillé du 14 mars au 24 juin 2005 en tant que patrouilleur scolaire à 50% pour la Ville de Sion (pièces 8 et 225, pages 1041, 1042, 1054 et 1055).

Selon une attestation établie le 16 mars 2004 par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (ci-après : OFFT), le diplôme de fin d'études secondaires en section « économie commerciale » obtenu par X _____ le 3 juillet 1993 en République du Kosovo (pièce 6, page 9) équivalait à un diplôme délivré par une école de commerce reconnue par la Confédération (pièce 6, page 8).

B. Le 30 décembre 2004, le Dr E _____, spécialiste en médecine interne, a complété un rapport médical pour rechute à l'attention de la CNA. Il a mentionné une récurrence de lombalgies invalidantes et a retenu une incapacité totale de travail du 8 novembre au 6 puis au 30 décembre 2004 (pièce 224, pages 978 et 979 ; cf. également pièce 224, pages 982 et 985).

Sur demande du Dr E _____, le patient a été revu par le Dr C _____ en date du 4 janvier 2005. Le 7 janvier suivant, le Dr C _____ a rapporté ce qui suit : « Le tableau clinique n'est pas bien différent de celui que j'ai connu en 2002 et au début 2003. La douleur annoncée est avant tout lombo-fessière du côté droit. Il n'y a pas de troubles sphinctériens ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Votre lettre mentionne des plaintes touchant d'autres appareils ou systèmes, testiculaires et abdominaux par exemple, que le système ostéo-articulaire. Le status montre de nombreux symptômes et signes de non-organicité, une autolimitation des mouvements lombaires que le patient justifie par la douleur et un raccourcissement marqué des ischio-cruraux. Comme je l'avais déjà mentionné dans mon rapport du 2 (*recte* : 3) janvier 2003, le seul modèle médical lésionnel ne permet pas de saisir la problématique de ce patient. Aucune des mesures thérapeutiques prescrites à ce jour n'a conduit à une amélioration durable de la douleur, ce qui s'explique difficilement. Les anomalies relevées à l'examen sont de nature non spécifique. Je conçois bien que ce patient ait mal au dos et à sa fesse droite mais je comprends mal le comportement d'invalidé qu'il adopte. Dans ce contexte, il n'y a bien évidemment aucune indication à envisager une intervention chirurgicale lombaire ou des infiltrations. Ce patient, comme vous l'avez noté, n'a pas la constitution

d'un travailleur manuel de force. En l'état actuel, je ne vois aucune contre-indication à la reprise de la dernière activité professionnelle de concierge. Je n'ai pas certifié d'incapacité de travail sur la feuille LAA » (pièce 224, pages 974 à 977).

Par courrier du 1^{er} février 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations d'assurance pour le traitement médical et l'incapacité de travail annoncés en décembre 2004 en tant que rechute de l'accident du 6 mai 2002, étant donné que la décision du 21 janvier 2003 était en force (pièce 224, pages 968 et 969).

C. Le 18 avril 2005, X _____ a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes, en raison d'un syndrome lombaire douloureux chronique (pièce 7).

Dans son rapport final du 2 septembre 2005, le Dr F _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu une incapacité totale de travail du 6 mai 2002 au 15 janvier 2003 puis du 8 novembre 2004 au jour du rapport. Il a précisé que les différents examens et consultations n'avaient pas démontré de pathologies à même d'expliquer les plaintes mais avaient mis en évidence de nombreux symptômes et signes de non-organicité. Il a conclu que sous l'angle médico-théorique, une capacité totale de travail était exigible dans toute activité, que d'un point de vue pratique, les travaux particulièrement lourds n'étaient pas compatibles avec la constitution physique de l'assuré mais que le dernier travail de concierge était parfaitement adapté aux aptitudes de celui-ci (pièce 20).

Le 20 septembre 2005, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : Office AI) a refusé à l'assuré l'octroi de mesures d'ordre professionnel (pièce 21).

Par décision du lendemain, cet office a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. En comparant le revenu d'invalidé de 52 493 fr. 75, fondé sur le salaire statistique résultant d'une activité simple et répétitive pour l'année 2005 puis réduit de 10%, et celui sans invalidité de 50 951 fr. 40, déterminé sur la base des informations fournies par l'ex-employeur de l'assuré et adapté jusqu'en 2005 également, l'Office AI est parvenu à un taux d'invalidité de 0% (pièce 24).

Ces deux décisions n'ont pas été contestées par l'assuré.

D. Le 7 mars 2012, le Dr G _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a écrit au Dr E _____ ce qui suit : « J'ai pratiqué des radiographies qui ont montré des séquelles d'une fracture du processus latéral de L1 avec suspicion

de pseudarthrose. Le scanner lombaire confirme l'existence d'une fracture ancienne de L2 et du processus costal droit de L1. Il ne met pas de pseudarthrose en évidence mais un cal quelque peu exubérant. Les douleurs séquellaires dont se plaint ce patient sont certainement la conséquence de ce traumatisme et à mon sens, il doit s'agir d'une souffrance radiculaire postérieure chronique. On est en droit de discuter d'une dénervation par radiofréquence des branches postérieures de D12-L1-L2. Par ailleurs, sur le plan purement assécurologique, il me paraît primordial de récupérer les radiographies effectuées au départ à H _____ et d'exiger une réouverture du dossier par la CNA. Il y a de toute évidence, dans ce cas, un manquement de diagnostic manifeste » (pièce 35).

Dans un courrier du 2 avril 2012, le Dr G _____ a demandé à la CNA de se déterminer sur les nouveaux éléments apportés par l'imagerie, ainsi que sur le défaut de diagnostic des lésions osseuses révélées par ces bilans et présentes, du moins en partie, sur les clichés post-traumatiques (pièce 96, page 311).

Dans sa note du 4 juin 2012, le médecin d'arrondissement de la CNA a précisé qu'une fracture du processus transverse de L1 à droite n'avait pas été constatée à l'époque et que le cas devait être réexaminé sur le plan assécurologique (pièce 96, page 317).

La Dresse I _____, médecin au Centre de traitement de la douleur de J _____, a écrit les 11 mai et 14 juin 2012 au Dr G _____ que l'infiltration des branches médianes lombaires hautes à droite n'avait pas eu d'effet positif sur les douleurs et qu'il n'y avait pas de déficit neurologique associé aux douleurs signalées dans les membres inférieurs, principalement au niveau de la cuisse droite. Elle s'est déclarée toutefois surprise de la mobilisation du patient, compte tenu des douleurs décrites comme élevées. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas d'autres traitements à proposer, hormis une prise en charge de physiothérapie ainsi qu'une aide afin de discuter de technique de relaxation ou de thérapie cognitivo-comportementale, mais qu'elle s'était heurtée à l'opposition claire de l'assuré concernant un suivi psychologique (pièce 45, pages 147, 149 et 150).

Le 10 septembre 2012, l'assuré, représenté par Me Yannis Sakkas, a transmis à l'Office AI le courrier du Dr G _____ du 7 mars précédent. Il a demandé de considérer ce courrier comme une demande de révision des précédentes décisions. Il a ajouté que son état de santé s'était considérablement péjoré et qu'en plus de ses problèmes dorsaux, il suivait un traitement médical en raison d'une dépression (pièce 36).

A la même date, l'assuré a également écrit à la CNA. Il a requis la réouverture de son dossier et le réexamen de sa situation, compte tenu des fractures qui n'avaient pas été diagnostiquées en 2002 mais qui existaient déjà sur les clichés radiographiques de l'époque (pièce 96, page 322).

Le 5 décembre 2012, le Dr G _____, a complété un rapport à l'attention de l'Office AI. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fractures transverses droites en L1-L2 ainsi que de troubles somatoformes douloureux post-traumatiques *versus* CRPS (« complex regional pain syndrom ») et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de *pectus excavatum*. Il a ajouté que l'activité antérieure n'était plus exigible et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité dont il a énuméré les limitations fonctionnelles (pièce 45).

En date du 10 décembre 2012, l'assuré a formellement complété une nouvelle demande de prestations. Il a indiqué que le 1^{er} janvier 2010, il avait été engagé par l'agence immobilière K _____ pour une activité de concierge à 20%, rémunérée à raison de 960 fr. par mois, et qu'il avait acquis la nationalité suisse depuis le 17 décembre 2010 (pièces 52 et 53, page 171 ; cf. également le questionnaire pour l'employeur complété le 24 janvier 2013 sous pièce 56).

Le Dr L _____ du SMR a établi son rapport final le 25 février 2013. Il a posé le diagnostic incapacitant de discopathies étagées de L3 à S1 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après anciennes fractures, actuellement consolidées, des apophyses transverses droites de L1 et L2, de *pectus excavatum* et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a ajouté que les discopathies lombaires, déjà présentes en 2002, s'étaient légèrement aggravées sur le plan radiologique mais que leur influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles n'avaient pas changé depuis septembre 2005. Il a retenu enfin que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le 6 mai 2002 mais qu'à compter du 15 janvier 2003, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions et évitant les travaux lourds, le port de charges de plus de dix kilos, les mouvements répétitifs de flexion du tronc ainsi que les positions en porte à faux était toujours exigible (pièce 59).

Le 7 juin 2013, le Dr E _____ a écrit au conseil de l'assuré que celui-ci présentait une lombalgie persistante depuis une chute survenue le 6 mai 2002 dans le cadre de son activité professionnelle et qu'il n'avait jamais pu reprendre le travail de façon durable depuis cet accident. Le médecin traitant a mentionné que son patient exerçait bien une

activité légère de conciergerie mais qu'il devait souvent être aidé par sa femme. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité, au vu de la symptomatologie actuelle chez ce patient qui n'avait plus eu d'activité professionnelle depuis onze ans (pièce 79, pages 267 et 268).

E. Par décision du 10 juillet 2013, l'Office AI a confirmé son projet de refus de rente d'invalidité du 27 février précédent (pièce 61). Il a tout d'abord fait remarquer qu'aucune incapacité de travail de longue durée au sens de l'article 28 LAI n'était reconnue. Il a ensuite procédé à la comparaison entre le revenu d'invalidé de 56 400 fr. 95, issu du salaire statistique correspondant à une activité simple et répétitive pour l'année 2012 puis diminué de 10%, et le gain de valide de 67 763 fr. 30, basé sur les données statistiques relatives à la branche économique 41-43 de la construction en 2012 également. Le résultat correspondait à un taux d'invalidité arrondi à 17% (pièce 65).

A cette même date, l'Office AI a aussi confirmé formellement son projet de refus de reclassement professionnel établi le 27 février 2013 (pièces 60 et 66).

Dans une communication datée du 10 juillet 2013 également, l'Office AI a informé l'assuré de l'octroi d'une aide au placement (pièce 67).

L'assuré a répondu à l'Office AI, les 4 et 30 septembre 2013, qu'il estimait cette aide inutile (pièce 74), de sorte que le mandat d'aide au placement a été clos le 1^{er} octobre suivant (pièces 75 et 76).

F. Le 12 septembre 2013, X _____, représenté par Me Yannis Sakkas, a interjeté recours céans contre les décisions du 10 juillet 2013 en concluant à leur annulation ainsi qu'à l'octroi, principalement, d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, d'un reclassement professionnel (cause S1 13 146). Le recourant a fait valoir que l'Office AI, à l'instar de la CNA, n'avait pas pris en considération des fractures pourtant visibles à l'imagerie datant de 2002, que les Drs E _____ et G _____ étaient d'avis que ses troubles s'étaient aggravés et qu'il était totalement incapable de travailler même dans une activité adaptée (pièce 79).

Par décision du 17 avril 2014, la CNA a expliqué avoir procédé au réexamen de la décision du 21 janvier 2003 pour donner suite à la demande de révision déposée le 10 septembre 2012 par l'assuré. Elle a ajouté ne pas avoir retenu chez celui-ci d'indice de séquelle post-traumatique de l'accident du 6 mai 2002 au niveau lombaire et maintenir sa décision du 21 janvier 2003 mettant fin aux prestations servies à la suite de cet accident (pièce 105, pages 419 et 420).

En date du 28 mai 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée contre cette décision (pièce 105, pages 394 à 398).

Le 30 juin 2014, X _____ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition précitée (cause S2 14 55 ; pièce 105, pages 402 à 410).

Par courrier transmis céans le 28 juillet 2015 en la cause S1 13 146, l'intimé a renvoyé à l'avis du SMR du 14 juillet précédent et conclu à l'admission partielle du recours, à l'annulation des décisions du 10 juillet 2013 et au renvoi du dossier à son attention pour instruction complémentaire (pièce 120). Dans cette prise de position, le médecin du SMR a précisé que les nouveaux documents présentés comportaient beaucoup de polémique mais rien de nouveau sur le plan médical, que les plaintes de l'assuré avaient statistiquement beaucoup plus de chances de relever d'une affection sans base organique que d'un CRPS ou d'une ancienne fracture d'apophyse transverse mais que cela ne pouvait être confirmé que par une expertise rhumatologique ou orthopédique et psychiatrique (pièce 119).

Par jugement prononcé le 10 décembre 2015 en la cause S1 13 146, la Cour de céans a admis le recours, annulé les décisions de l'Office AI du 10 juillet 2013 et renvoyé le dossier à cet office. Après avoir évalué les différentes appréciations médicales relatives aux fractures lombaires alléguées par le recourant, elle a retenu que la « lésion » considérée comme post-traumatique au niveau de l'apophyse transverse de L1 correspondait en fait à une variante anatomique d'origine congénito-développementale au niveau de « L2 » à droite et qu'il n'y avait chez l'assuré aucun indice de séquelle post-traumatique de l'accident du 6 mai 2002 au niveau lombaire, en particulier pas de fractures du processus transverse en L1 et L2. Elle a ajouté qu'au vu de la plupart de ces avis médicaux, même si ces fractures s'étaient produites lors de la chute du 6 mai 2002 et n'avaient alors pas été mises en évidence, elles n'avaient pas entraîné de douleurs ni de limitations importantes propres à modifier l'exigibilité retenue par le Dr F _____ dans son rapport final du 2 septembre 2005, exigibilité qui avait conduit à la décision de refus d'une rente d'invalidité du 21 septembre suivant. Elle a enfin renvoyé le dossier à l'intimé en vue de l'organisation d'une expertise indépendante, expertise que les parties avaient finalement toutes deux estimée nécessaire, concernant les diagnostics de troubles somatoformes douloureux post-traumatiques *versus* CRPS et leur éventuelle influence respective sur la capacité de travail du recourant (pièce 127).

Le 10 décembre 2015 également, la Cour de céans a rendu son jugement dans la cause S2 14 55. Elle a rejeté le recours du 30 juin 2014 et confirmé les décisions de la CNA

des 17 avril et 28 mai précédents. Elle a considéré que les fractures lombaires alléguées par l'assuré dans son courrier du 10 septembre 2012 ne constituaient pas un fait nouveau et important susceptible de justifier, conformément à l'article 53 alinéa 1 LPGA, la révision de la décision du 21 janvier 2003. Elle a rappelé en outre que dans la décision entreprise du 28 mai 2014, la CNA avait clairement refusé d'entrer en matière, en application de l'alinéa 2 de cette dernière disposition, sur la demande de reconsidération de la décision du 21 janvier 2003. Elle a souligné enfin que de toute manière, ce prononcé n'était pas manifestement erroné et que, à supposer qu'il le fût, sa rectification ne serait pas d'une importance notable (pièce 128). Ce jugement est demeuré incontesté.

G. L'Office AI a reçu directement du Prof. M _____ du Service de Neurologie des N _____, en date du 14 mars 2016, un rapport d'expertise neurologique que ce spécialiste avait adressé le 25 août précédent au conseil de l'assuré (pièce 136).

Dans ce rapport, le Prof. M _____ a rappelé ce qu'il avait retenu à l'issue de sa consultation du 4 juillet 2013, à savoir qu'en plus d'une composante somatoforme, il y avait une composante effectivement neurogène dans la douleur, que pour l'heure, il n'avait pas assez d'arguments pour un CRPS et qu'il avait donc proposé une évaluation de la sensibilité dans un centre d'ergothérapie spécialisé. Toujours selon ce spécialiste, dans un compte-rendu d'évaluation d'ergothérapie daté du 18 septembre 2013, les diagnostics de névralgie lombo-abdominale intermittente du nerf clunéal supérieur I droit avec allodynie mécanique et de CRPS vertébral avaient été posés. Était également retranscrite la conclusion du Prof. M _____ figurant dans le courrier transmis le 4 octobre 2013 au conseil de l'assuré, selon laquelle les signes allaient dans le sens d'un CRPS vertébral, dont la relation avec l'accident était probable de l'avis de ce spécialiste. Celui-ci a aussi fait état de variabilités et d'incohérences inter-examineurs. Il a en particulier précisé ce qui suit : « En somme, il nous est difficile, sur la base de la clinique et de l'anamnèse, de retenir le diagnostic de CRPS probable. Les symptômes décrits par le patient et discutés par les spécialistes ainsi que les particularités de l'examen, et ceci sur plusieurs examens ces trois dernières années, font retenir un diagnostic possible de CRPS en tout cas actuellement. Cette différence d'appréciation avec le précédent rapport du 4 octobre 2013 vient de l'observation des modifications entre les consultations et de la mise à disposition de l'ensemble des rapports ». Les diagnostics de séquelle de contusions de la cuisse droite, de probable douleurs neurogènes initiales en L1, avec possible CRPS, de trouble dissociatif/somatoforme en tout cas depuis 2010, de *pectus excavatum* et de discopathies lombaires ont été

énumérés. La réponse à la question des limitations et du taux d'incapacité de travail dans toutes les activités, même adaptées, était la suivante : « Sur le plan des activités de la vie quotidienne, le patient présente des limitations dans toutes les positions, comme ceci est mentionné plus haut dans l'anamnèse, et si le diagnostic de trouble dissociatif/somatoforme est retenu, l'aspect douloureux diminue sa capacité de travail qui est estimée à 30% de sa capacité théorique, dans le sens où tout geste/posture est difficile. La répartition des facteurs (douleurs neurogènes et trouble dissociatif/somatoforme) est difficile à évaluer mais pragmatiquement, les douleurs neurogènes participent à notre avis à hauteur d'un tiers. Ce point doit également être évalué par le psychiatre » (pièce 136).

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 13 avril 2016, l'agence immobilière O _____ Sàrl a indiqué que l'assuré travaillait depuis le 1^{er} juillet 2011 en tant que concierge de l'immeuble, pour un salaire brut de 960 fr. par mois ou de 11 520 fr. par an, treizième salaire inclus. Cette activité consistait à balayer les entrées souvent, à récupérer les cages d'escaliers, à contrôler et à surveiller les lieux ainsi qu'à entretenir les extérieurs parfois et à effectuer de petites réparations rarement. Elle exigeait fréquemment la marche et la station debout, de temps à autre le port de charges jusqu'à dix kilos, rarement à parfois le port de charges entre dix et vingt-cinq kilos et rarement le port de charges de plus de vingt-cinq kilos (pièce 143). Les montants de 9360 fr. pour l'année 2011 et de 11 520 fr. pour les années 2012 à 2015 figurent sur l'extrait du compte individuel de l'assuré, imprimé le 2 mars 2016 (pièce 134).

Le 6 septembre 2016, l'Office AI a informé l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie de même que rhumatologie allait être attribuée de manière aléatoire à un centre d'expertise et qu'il avait la possibilité de poser des questions complémentaires (pièce 150). L'attribution de cette expertise est intervenue le 4 janvier 2017 en faveur de P _____ SA (pièce 151). Le 31 janvier suivant, l'Office AI a communiqué à l'assuré le nom des quatre experts choisis, en vue d'éventuels motifs de récusation à faire valoir à leur rencontre (pièce 155).

Le P _____ a rendu son rapport le 9 juin 2017 (pièce 161). Selon les indications données par l'assuré aux experts lors des différents entretiens, celui-ci habitait en appartement avec son épouse, gérante d'un magasin d'alimentation et aussi concierge de l'immeuble, et leurs trois enfants de quatorze, dix et trois ans. Les deux premiers allaient à l'école seuls. Il gardait parfois son enfant de trois ans durant la journée mais c'était souvent la famille de sa femme qui s'en occupait. Il prenait ses médicaments tout

de suite après s'être levé entre huit et neuf heures, puis son petit-déjeuner. Il s'habillait mais ne se douchait pas chaque jour car il devait être aidé par son épouse qui n'était pas toujours disponible à la maison. Il restait toute la matinée dans l'appartement, lisait son journal et regardait occasionnellement la télévision. Il avait un ordinateur qu'il n'utilisait pas et un téléphone portable. Son épouse, partie le matin pour être au travail à sept heures, rentrait vers onze heures trente, préparait le repas de midi et la famille mangeait ensemble. Elle repartait vers quatorze heures. L'après-midi, il sortait cinq à dix minutes pour faire une petite promenade et rentrait rapidement car il avait trop mal au dos. Sa femme revenait vers dix-neuf heures et la famille prenait ensemble le repas du soir une demi-heure plus tard environ. Dans la soirée, il n'aimait pas regarder la télévision et discutait plutôt avec son épouse. C'était elle qui accomplissait toutes les tâches ménagères, et en partie aussi sa fille aînée quand elle rentrait de l'école. Il se couchait vers vingt-deux heures et se réveillait trois ou quatre fois durant la nuit, en raison des douleurs ou pour aller aux toilettes. Il n'avait pas beaucoup d'amis et les seules personnes qu'il voyait appartenaient à sa belle-famille. Une fois par année, la famille se rendait en avion au Kosovo et y restait dix à quinze jours. La famille vivait du salaire de l'épouse qui gérait un commerce d'alimentation.

Lors de l'examen neurologique, l'expert a constaté que l'assuré se mobilisait très lentement, très théâtralement et en répétant au moins une dizaine de fois qu'il ne pouvait pas le faire tout seul et qu'il avait besoin d'aide. Ce spécialiste a précisé qu'à la lecture du dossier, la symptomatologie touchait essentiellement le côté droit mais qu'à l'heure actuelle, les discordances au fil des années de même qu'entre les membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'entre les côtés droit et gauche étaient telles qu'elles ne permettaient pas de valider un déficit décelable par l'examen neurologique. Il a conclu à la normalité de cet examen et à l'absence d'incapacité de travail, en ajoutant qu'avec plus de collaboration de la part de l'expertisé, l'exercice musculaire aurait certainement été de meilleure qualité. Sur le plan rhumatologique, le spécialiste concerné a souligné qu'il n'y avait aucune pathologie évolutive ou séquellaire restreignant la capacité de travail. Il n'y avait pas non plus de limitation du point de vue de la médecine interne.

L'expert-psychiatre a quant à lui rapporté que l'assuré n'avait pas cessé de se plaindre de son état algique et que ses commentaires étaient à la limite de l'exagération. D'après l'évaluation de ce spécialiste, l'expertisé donnait l'impression de se bloquer sur sa douleur physique. Il se repliait sur lui-même et s'isolait. Il appréciait les relations avec sa femme et ses enfants mais déplorait ne pas pouvoir s'y investir davantage, à cause de ses douleurs dorsales. Il se retrouvait dans l'anticipation anxieuse, voire phobique, de la

relation à l'autre, comme avec sa femme, ses enfants, ses amis. Par contre, il gardait les contacts familiaux, à distance. En raison de la participation à l'état algique de facteurs psycho-sociaux et de stigmates de détresse psychologique dans un contexte réactionnel, l'assuré refusait toute proposition de suivi par un psychiatre ou un psychologue, en affirmant haut et fort avoir confiance en son médecin traitant qu'il consultait régulièrement. Interrogé sur le fait que selon le dossier, il exerçait une activité de concierge depuis le 1^{er} juillet 2011, l'expertisé avait éludé la question et était resté évasif. Il se trouvait donc immobilisé autant physiquement que mentalement depuis une quinzaine d'années. Il était incapable de s'orienter et de mobiliser les ressources présentes, telles que le soutien familial, l'absence de lésions corporelles incapacitantes, le recours à une psychothérapie voire ses capacités mentales.

Ont été énumérés dans la rubrique réservée à cet effet ou évoqués dans la partie spécialisée correspondante du rapport d'expertise les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques sans support organique voire de douleurs dorsales post-traumatiques, de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2), de troubles dissociatifs (de conversion), sans précision (F44.2, F44.9) et de troubles de somatisation (F45.0), avec pour résultat un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de suspicion de blocage de l'articulation sacro-iliaque gauche, de status après suspicion de fracture du processus transverse en L1 à droite, d'obésité secondaire (indice de masse corporelle : 29.6) et de *pectus excavatum*. Du point de vue des experts, le cumul des trois diagnostics psychiatriques excluait tout activité, en soi tout à fait possible du point de vue somatique. La souffrance psychique, transformée en douleurs somatiques non influençables, entretenait la phobie du mouvement générant les douleurs et immobilisait l'assuré depuis une quinzaine d'années, sans évolution. Il n'y avait pas lieu de parler d'exagération proprement dite. L'assuré s'était cependant installé dans un état enkysté qui l'empêchait d'envisager une activité dans tous les domaines, y compris ménager et familial, et n'était pas prêt à modifier cette situation. L'enkystement dans une douleur ressentie somatiquement barrait l'accès à une psychothérapie car selon le patient, le mal était physique. L'expertisé refusait d'admettre la nécessité d'un suivi psychothérapeutique exigible. La coopération était adéquate tant qu'elle se limitait à des mesures somatiques. L'adhésion à la thérapie se limitait aux visites chez le médecin traitant, les autres traitements, notamment la physiothérapie, n'ayant rien apporté. La qualité et le dosage des différents antidouleurs essayés au fil du temps n'avait pas eu d'influence marquée sur l'état de santé. Le pronostic pour une reprise d'activité paraissait défavorable. L'assuré n'envisageait même pas une réadaptation

professionnelle qu'il semblait toutefois encore possible de lui proposer. Avant l'accident de 2002, l'assuré était en possession de toutes ses capacités mentales et physiques. Depuis lors, il ne pratiquait plus de sport, n'avait plus de loisirs ni d'activités avec ses enfants, s'enfermait chez lui et ne sortait pas seul. Il ne regardait la télévision, ne lisait et n'écoutait de la musique que pendant vingt minutes. Relativement à la cohérence, l'expertisé avait montré, en particulier lors de l'examen neurologique, une inhibition d'action qui ne correspondait pas à sa situation ni à ses possibilités musculaires mais qui s'était en partie amenuisée au fil de l'examen. Cette constatation s'appliquait apparemment aussi à son comportement à la maison.

Dans leurs conclusions, les experts ont indiqué que la capacité de travail dans l'activité antérieure de manœuvre de chantier était nulle depuis le 6 mai 2002 mais totale dans une activité physiquement adaptée dès le 15 janvier 2003. Ils ont estimé judicieux de proposer à l'assuré une formation dans une activité ne nécessitant pas les positions prolongées assise ou debout et permettant les alternances positionnelles ainsi que le travail à l'intérieur et à l'extérieur, en commençant avec un taux d'occupation réduit pour permettre à celui-ci de poursuivre le travail psychosomatique indispensable (pièce 161).

Dans son avis du 26 juin 2017, le médecin du SMR a relevé que l'expertise manquait de rigueur. Il a constaté néanmoins qu'une algoneurodystrophie du rachis, ou CRPS, n'avait été retenue ni par le neurologue ni par le rhumatologue qui n'avaient pas décrit de limitations fonctionnelles. Il a ajouté que les experts avaient démontré l'incohérence entre les plaintes de l'assuré et leurs propres constatations, ainsi que la variabilité du comportement au cours des examens. Il a exposé également que le psychiatre avait posé des diagnostics censés influencer sur la capacité de travail, que celui-ci n'avait toutefois donné aucune indication relative à la date d'apparition des troubles en question, à une incapacité de travail psychiatrique attestée et à des limitations fonctionnelles psychiques. Le médecin du SMR en a déduit que lesdits troubles devaient être classés parmi les diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Il a précisé enfin que les conclusions de l'expertise au sujet de la capacité de travail étaient identiques à celles qu'il avait émises dans son rapport final du 25 février 2013, dont il avait repris les limitations fonctionnelles. Il a retenu le diagnostic principal incapacitant de lombalgie commune (M54.5) et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de surcharge pondérale, de *pectus excavatum*, de somatisation (F45.0), de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et de trouble dissociatif (de conversion), sans précision (F44.9). Il a mentionné que les possibilités de traitement exigibles n'avaient pas été appliquées. Il a confirmé enfin que la capacité de travail dans

l'activité habituelle était nulle dès le 6 mai 2002 mais qu'à compter du 15 janvier 2003, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions et évitant le port de charges de plus de dix kilos ainsi que les travaux lourds et répétitifs en position non physiologique du dos (pièce 163).

H. Le 3 juillet 2017, l'Office AI a établi un projet de refus d'une rente d'invalidité, qui annulait et remplaçait la décision correspondante du 10 juillet 2013. Il a précisé que la situation actuelle devait être comparée à celle existant au moment de la décision de refus d'une rente d'invalidité prononcée le 21 septembre 2005. Il a déterminé les revenus de comparaison à la date d'exigibilité d'une activité adaptée à 100%, soit au 15 janvier 2003. Il a fixé le revenu d'invalidité à 52 025 fr. 55, sur la base du salaire statistique résultant d'une activité simple et répétitive puis réduit de 10%, et celui sans invalidité à 50 496 fr. 95, en référence aux informations fournies par l'ex-employeur de l'assuré. Le degré d'incapacité de gain en résultant était nul.

Dans un autre projet de décision daté du même jour, qui annulait et remplaçait la décision correspondante du 10 juillet 2013, cet office a envisagé de refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel, sous forme d'un reclassement professionnel et d'une aide au placement. Il a invoqué à cet égard le taux d'invalidité nul, soit inférieur au seuil de 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel, de même que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui, aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAI en lien avec la seconde phrase de l'article 6 LPG, ne permettait pas l'octroi d'une aide au placement.

Dans son écriture du 2 octobre 2017, l'assuré a contesté ces deux projets de décision. Il a mentionné qu'il ne pouvait que suivre l'avis du médecin du SMR concernant le manque de rigueur du rapport d'expertise du P _____, auquel il a dénié toute valeur probante. Reprenant certaines constatations faites lors de l'examen psychiatrique, il s'est en particulier étonné que celles-ci n'aient pas été prises en compte dans la conclusion sur la capacité de travail. Il en a déduit que toutes les conditions pour retenir un trouble somatoforme invalidant étaient réunies, qu'il était donc totalement incapable de travailler et qu'à titre subsidiaire, il requérait l'administration d'une nouvelle expertise. Il a ajouté qu'il était disposé à entreprendre un suivi psychologique, que des démarches à cet effet étaient en cours, qu'il convenait ainsi d'examiner si ce traitement était susceptible d'améliorer la situation avant de rendre une décision et qu'au cas où les conclusions de l'expertise devaient se confirmer, il était tout à fait prêt à entreprendre une réadaptation professionnelle.

En date du 28 novembre 2017, le médecin du SMR a estimé que les conclusions du P _____ n'étaient pas probantes en l'état et que des questions complémentaires devaient être posées (pièce 178).

Le 15 décembre 2017, l'Office AI a donné la possibilité à l'assuré de formuler de telles questions à l'attention des experts du P _____ (pièce 179).

L'assuré a procédé en ce sens dans une lettre datée du 10 janvier 2018 (pièce 180).

Par courrier adressé le 16 janvier 2018 au P _____, l'Office AI a demandé aux experts de reconsidérer l'aspect psychiatrique du cas à l'aune des indicateurs jurisprudentiels et de lui faire part d'une éventuelle modification de leurs précédentes conclusions au vu de ce nouvel examen. Dit office a également transmis au P _____ les remarques et questions figurant dans les communications de l'assuré des 2 octobre 2017 et 10 janvier 2018 (pièce 181).

Le P _____ a répondu à l'Office AI, en date du 26 janvier 2018, qu'il n'était pas indiqué de procéder à un nouvel examen du cas en considération de critères jurisprudentiels postérieurs à l'expertise et qu'étant donné l'apparente mise en cause de son impartialité par les questions et observations de l'assuré, il n'y avait pas lieu de donner suite à la demande du 16 janvier précédent (pièce 183).

Dans une lettre adressée le 10 avril 2018 au conseil de l'assuré, l'Office AI s'est référé à leur entretien téléphonique du 6 avril précédent, duquel il était ressorti que les réponses du P _____ n'étaient pas satisfaisantes. Cet office a émis des propositions sur les modalités d'une nouvelle expertise à diligenter (pièce 187).

En date du 15 mai 2018, l'assuré a pris position en faveur de l'organisation d'une expertise multidisciplinaire (pièce 191).

Le 3 décembre 2018, l'Office AI a informé l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie de même que rhumatologie avait été attribuée de manière aléatoire Q _____ et lui a communiqué les noms des quatre experts choisis, en vue d'éventuels motifs de récusation à faire valoir à leur rencontre (pièce 200).

Les experts de la Q _____ ont rendu leur rapport en date du 12 mars 2019 (pièces 204 et 205). L'examen par le médecin interniste responsable du cas s'est tenu le 22 janvier 2019, de treize heures et quart à quinze heures. L'examen rhumatologique a eu lieu le 6 février 2019, de quinze à seize heures. Les examens psychiatrique et

neurologique ont été pratiqués le 12 février suivant, le premier de huit heures et demie à neuf heures et demie et le second, incluant un électro-neuro-myogramme (ci-après : ENMG) du membre inférieur droit, de dix heures et quart à onze heures.

D'après la description de la vie quotidienne et les autres informations livrées par l'expertisé, son épouse était absente de la maison de six à quinze heures, avec parfois une coupure à onze heures. L'assuré n'avait pas d'horaire particulier pour se lever et passait sa journée au lit. Sur demande relative à l'aide apportée aux enfants le matin, il a néanmoins précisé que ceux-ci ne déjeunaient pas et que parfois, c'était lui qui accompagnait son plus jeune enfant à l'école toute proche ou allait le rechercher à onze heures trente. Il s'occupait ensuite en lisant le journal et en regardant la télévision, notamment les informations et surtout le sport. Ses enfants rentraient à midi et c'était sa fille aînée, parfois lui-même, qui faisaient à manger, ou alors il réchauffait ce que son épouse avait préparé à l'avance. L'après-midi, il faisait une sieste de quarante minutes à une heure, s'occupait comme durant la matinée et faisait quelques pas dans l'appartement pour changer de position. Son épouse cuisinait le soir. Il se couchait soit à vingt heures soit à vingt-deux heures et dormait mal à cause des douleurs. L'entretien du domicile était accompli par son épouse et sa fille. Il n'accompagnait que très rarement son épouse pour faire les commissions et celle-ci veillait également aux devoirs des enfants. L'assuré avait le permis de conduire mais ne se déplaçait en voiture que sur de courtes distances, pour se rendre par exemple aux consultations médicales. Il ne pouvait pas sortir, de peur de tomber. Il chutait quotidiennement dans son domicile. Après son licenciement, il avait touché des indemnités de chômage pendant un an et demi puis l'aide sociale durant quelques mois. Il n'avait plus de revenus depuis lors et la famille vivait du salaire de son épouse. L'activité de concierge était exécutée par l'épouse, alors que le contrat était au nom de l'expertisé. Celui-ci rendait rarement visite à sa belle-famille mais l'accueillait parfois chez lui. Il n'avait pas d'amis ni de connaissances.

Durant l'examen de médecine interne, il a été remarqué que les localisations douloureuses et les irradiations décrites par l'expertisé étaient très vagues, avec une antalgie qui se limitait à du paracétamol. A plusieurs occasions durant l'entretien, celui-ci s'était levé de son siège en prenant appui sur les accoudoirs et en grimaçant. Il avait cependant fléchi le tronc sans difficulté pour se déshabiller. Il n'y avait pas eu d'épargne lombaire lors de la mobilisation sur la table d'examen. Malgré une douleur évaluée au maximum sur l'échelle correspondante, l'assuré s'était montré souriant tout au long de l'examen.

L'assuré était venu en voiture, conduite par son épouse, au rendez-vous de rhumatologie. Il n'avait spontanément pas décrit de difficultés au cours de ce trajet estimé à deux heures environ. Il s'était levé de la chaise dans la salle d'attente sans prendre appui sur les accoudoirs ou sur ses cuisses et s'était déplacé à un rythme normal jusqu'en salle d'examen. Aucune manifestation d'inconfort n'avait été décelée au cours de la reprise de l'anamnèse. Le déshabillage avait été effectué en position assise, sans limitation fonctionnelle visible, et la marche en salle d'examen sans boiterie particulière. Le spécialiste en rhumatologie a indiqué que les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisé, qui mentionnait être allongé pratiquement toute la journée en raison des douleurs, contrastaient avec l'absence de raideur importante et d'amyotrophie. Sur le plan somatique, ce spécialiste n'a pas pu expliquer les divergences entre les plaintes, d'une part, et l'examen clinique pauvre, hormis les douleurs à la mobilisation de la colonne lombaire, ainsi que l'impossibilité alléguée de s'accroupir à cause des douleurs, d'autre part. Dans le diagnostic différentiel, il n'y avait pas d'élément orientant vers une étiologie fracturaire, inflammatoire, métabolique toxique, infectieuse ou tumorale. L'expert n'était pas davantage en mesure de confirmer le diagnostic d'algodystrophie ou CRPS de type II de la colonne lombaire, tel qu'évoqué par le neurologue traitant. Il ne disposait d'aucun argument clinique ou radiologique tendant vers ce diagnostic. Il s'agissait d'un symptôme douloureux chronique, dont les interactions avec les cognitions, émotions, comportements, réactions corporelles, facteurs sociaux, représentations ou croyances de la personne étaient connues.

Le déplacement de l'assuré vers la salle d'examen pour l'entretien psychiatrique était fluide. Selon les informations récoltées par l'expert-psychiatre soit dans les sources utilisées, à savoir le compte-rendu de l'expert-interniste, l'expertise du P _____ du 9 juin 2017 et le rapport du R _____ du 5 octobre 2018, soit au cours d'un entretien ouvert puis approfondi, soit lors de ses propres constatations, l'assuré avait été vu quatre fois par des spécialistes du R _____, entre le 28 mars et le 9 août 2018. Un psychologue du R _____ avait indiqué ne pas pouvoir exclure un trouble somatoforme. Il n'y avait plus de suivi psychologique depuis août 2018. Depuis un an, deux antidépresseurs étaient prescrits par le médecin traitant consulté tous les trois mois, avec une certaine efficacité selon l'assuré. Celui-ci avait par contre différé la récente proposition de son médecin d'augmenter le traitement antalgique, qui se limitait à la prise de paracétamol, par un analgésique opioïde. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, en particulier pas de trouble thymique. Si l'assuré avait fait preuve, avant 2002, de ressources lui ayant permis de faire face à des aléas existentiels parfois difficiles, ces ressources ne paraissaient plus être mobilisées face au problème

douloureux. L'entourage était organisé autour du handicap présenté par celui-ci et semblait peu armé pour le sortir de ce déconditionnement. Il existait des incohérences entre, d'un côté, les plaintes ainsi que les limitations quotidiennes alléguées et, de l'autre, les résultats d'examen et le comportement de l'expertisé observé lors des consultations. La présence d'un trouble somatoforme douloureux et l'absence d'un traitement psychiatrique spécifique représentait également une incohérence, de même que, compte tenu d'une situation stable depuis dix-sept ans, l'idée d'une aggravation jusqu'à la paralysie d'ici quelques années.

L'examen neurologique était parasité par une collaboration souvent sous-optimale et une tendance au comportement douloureux. Cliniquement, il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique évoluant depuis dix-sept ans, intéressant la région lombaire et le membre inférieur droit et associé à des paresthésies dans le même territoire. Le neurologue s'est déclaré frappé par un homme qui ne semblait guère souffrant, qui se mobilisait sans épargne malgré l'intensité alléguée des douleurs et qui ne participait que très moyennement à l'examen neurologique, avec une autolimitation lors des épreuves de coordination et, surtout, des réponses invraisemblables au cours des tests de sensibilité. En revanche, il n'y avait pas d'anomalie objective. Les réflexes tendineux étaient normovifs et symétriques, la trophicité musculaire était conservée et la force était normale, pour autant que l'assuré fût fortement stimulé. A cela s'ajoutaient la normalité de l'exploration électro-physiologique réalisée le jour même au membre inférieur droit et, d'après le dossier, l'absence de lésion osseuse significative, en dehors d'un doute quant à une éventuelle fracture de l'apophyse transverse de L1 qui n'était en aucun cas susceptible d'expliquer les doléances de cet assuré. Il n'y avait aucune cohérence entre les plaintes et les éléments objectifs, cliniques et paracliniques. Il pouvait être conclu à un tableau subjectif sans socle organique et à l'absence de diagnostic et de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique. En particulier, un CRPS axial, soit localisé non aux membres mais au tronc, était une entité nosologique controversée et non reconnue et ne constituait pas un diagnostic neurologique.

Les experts ont diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). A teneur de l'évaluation consensuelle interdisciplinaire, l'assuré décrivait des douleurs de l'ensemble du rachis lombaire, permanentes, d'intensité maximale, non diminuées par aucune des thérapies proposées. L'examen de l'appareil locomoteur était pauvre et ne retrouvait que des douleurs à la mobilisation du rachis lombaire, sans raideur lombaire importante ni amyotrophie. Du point de vue rhumatologique, des lombalgies chroniques non

spécifiques étaient retenues, en l'absence d'élément pour une lésion post-traumatique, un rhumatisme inflammatoire ou une atteinte néoplasique. Sous l'angle neurologique, l'assuré rapportait des irradiations douloureuses de ses lombalgies dans tout le membre inférieur droit et des lâchages de ce membre. L'examen clinique était pourtant normal, en dehors de troubles sensitifs majeurs signalés au niveau des quatre membres. L'ENMG effectué était également normal. Il n'y avait donc pas de pathologie systématisée du système nerveux central et périphérique. Concernant les diagnostics énoncés précédemment dans ce cas, ceux de névralgie lombo-abdominale intermittente du nerf clunéal supérieur et de CRPS axial n'étaient pas des entités médicalement et scientifiquement reconnues. Il n'existait pas d'élément en faveur du diagnostic de douleurs neurogènes en L1, car les plaintes ne portaient pas que sur le territoire de L1, l'ENMG s'était révélé être dans la norme et l'imagerie ne pouvait expliquer un tel syndrome radiculaire. Sur le plan psychiatrique, le discours était centré sur les douleurs lombaires, sans plainte d'ordre psychologique. Plutôt que le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0), celui de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) était posé, en raison du vécu de maladie grave relaté par l'expertisé, persuadé de finir en chaise roulante, de la détresse morale consécutive avec une tendance à l'adoption d'un comportement régressif, notamment d'une dépendance vis-à-vis de l'épouse, et de l'extension des symptômes à l'ensemble du corps, au vu des troubles sensitifs rapportés aux quatre membres. Il n'y avait pas de trouble de l'humeur propre à justifier un trouble de l'adaptation ou un trouble dépressif ni aucun argument pour une comorbidité psychiatrique.

De l'avis des experts, en l'absence de maladie neurologique et de l'appareil locomoteur, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle mais du fait de la constitution et du déconditionnement physiques ainsi que du syndrome somatoforme douloureux persistant, une activité légère était à privilégier. Compte tenu du parcours de vie de l'expertisé et des données récoltées lors des entretiens, la personnalité de celui-ci était jugée structurée. Au sujet de l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, le réseau amical était décrit comme inexistant. Toutefois, l'assuré n'avait travaillé que quelques semaines à son arrivée en Suisse et s'était ensuite totalement coupé du monde du travail. Il pouvait toutefois compter sur le soutien de sa femme, de sa fratrie et de sa belle-famille. Sa bonne connaissance de la langue française était aussi un atout. Les principaux obstacles à son retour dans le circuit économique normal consistaient dans ses croyances sur la gravité de la maladie dont il pensait être atteint, son déconditionnement physique et la longue période d'incapacité de travail. Quant au contrôle de cohérence, l'expertisé rapportait d'importantes limitations, avec un alitement

quasiment constant depuis dix-sept ans. Il n'y avait cependant ni raideur lombaire importante ni lésion organique susceptible d'expliquer ces restrictions, pas plus qu'une amyotrophie propre à attester l'absence d'activité relatée. Ces incohérences n'étaient toutefois pas conscientes mais étroitement liées aux croyances de l'assuré, convaincu d'être atteint d'une pathologie grave et évolutive. Celui-ci indiquait être limité dans tous les domaines de la vie, rester essentiellement à la maison et avoir peur de sortir seul de chez lui. Il était néanmoins en mesure d'accompagner ou d'aller chercher ses enfants à l'école lorsque son épouse travaillait, de se rendre seul en voiture chez ses médecins et d'aller également une fois par an au Kosovo. Il ne décrivait aucune activité de loisirs mais tel était déjà le cas avant l'accident de 2002. C'était donc essentiellement un déconditionnement physique et social qui était à l'origine de la limitation des activités.

Les experts ont conclu à une capacité de travail entière tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée. D'après leurs explications, en l'absence de lésion organique objectivable et par là même de limitation fonctionnelle, ils ne retenaient pas d'incapacité de travail dans l'activité exercée. Cependant, pour optimiser les chances d'un retour au travail et permettre à l'assuré de récupérer une endurance musculaire ainsi qu'une confiance en ses capacités physiques, ils conseillaient une reprise progressive dans une activité initialement plus légère. Un traitement psychiatrique intégré spécifique pour essayer de vaincre les croyances de celui-ci était également suggéré (pièces 204 et 205).

Le 4 avril 2019, le médecin du SMR a souligné que l'expertise de la Q _____ était fondée sur un dossier complet, des anamnèses fouillées et des examens spécialisés de médecine interne, de rhumatologie, de psychiatrie et de neurologie. Elle comportait une discussion pluridisciplinaire et les conclusions apparaissaient logiques, de sorte qu'il n'avait pas de raison de s'en écarter. Il a ajouté que les experts avaient mis en lumière des incohérences manifestes entre les dires et le comportement de l'assuré d'un côté, et les constatations cliniques de l'autre. Il n'y avait pas de raideur articulaire ni d'amyotrophie, ce qui prouvait que celui-ci mettait sa musculature à contribution et ne restait pas alité. Les plaintes étaient peu crédibles et l'expert-psychiatre n'avait pas retenu de trouble de la personnalité ni d'autre psychopathologie qu'un trouble somatoforme douloureux persistant, lequel n'était donc pas incapacitant (pièce 211).

L'assuré ne s'est pas déterminé sur le rapport d'expertise du 12 mars 2019 dans le délai imparti à cet effet par l'Office AI le 9 avril 2019 (pièce 212), puis prolongé le 24 avril 2019 à sa demande du 17 avril précédent (pièces 213 et 214).

Par décisions des 4 juillet 2019, l'Office AI a respectivement confirmé ses projets de décision du 3 juillet 2017 relatifs au refus d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Dans la décision portant sur le droit à la rente, cet office a rappelé que l'assuré avait estimé, dans sa correspondance du 2 octobre 2017, que les conclusions du rapport d'expertise du P _____ du 9 juin précédent ne pouvaient être suivies. Il a relevé au surplus que dans celui de la Q _____ du 12 mars 2019, les experts avaient retenu une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours, y compris dans l'activité habituelle, que s'ils n'avaient posé aucun diagnostic incapacitant, ils avaient toutefois recommandé de privilégier une activité légère et qu'en conséquence, les limitations fonctionnelles classiques d'épargne lombaire ainsi que l'abattement pris en compte antérieurement avaient été maintenus. L'Office AI a enfin noté que l'assuré ne s'était pas déterminé sur les conclusions d'expertise de la Q _____ dans le délai fixé et prolongé à cet effet.

I. Le 9 septembre 2019, X _____, toujours représenté par Me Sakkas, a interjeté recours céans contre les deux décisions du 4 juillet précédent en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à leur annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, voire de mesures d'ordre professionnel et, subsidiairement, à l'annulation de ces décisions et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ou au renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Outre l'organisation d'une telle expertise, il a requis à titre de moyens de preuve l'édition des dossiers d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents ainsi que de la procédure judiciaire S1 13 146, de même que l'audition de son épouse et de l'expert-psychiatre de la Q _____, en réservant le dépôt d'une attestation, respectivement d'un rapport. Il a demandé en outre à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale.

A suivre les allégations du recourant, le rapport d'expertise du P _____ retenait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. Toutefois, de façon très surprenante et vraisemblablement par inadvertance, ce rapport concluait à une capacité totale de travail dans toute activité adaptée. Dans leur synthèse, les experts avaient manifestement oublié de tenir compte de la composante psychique. Insatisfait par une telle appréciation qui allait aboutir à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, le médecin du SMR avait alors estimé, le 26 juin 2017, que l'expertise manquait de rigueur. A l'instar de l'Office AI, lui-même avait, en date du 10 janvier 2018, adressé des questions complémentaires aux experts. Le 16 janvier suivant, cet office avait étrangement demandé aux experts de reconsidérer l'aspect psychiatrique du cas, soit de changer le diagnostic favorable à l'assuré. L'Office AI avait ensuite qualifié d'insatisfaisantes les

réponses fournies par les experts aux questions complémentaires et, au lieu d'insister auprès de ceux-ci, mis en œuvre une nouvelle expertise, exécutée par la Q _____ et encore plus critiquable que la précédente.

Toujours selon le recourant, au cours de cette expertise, seul l'examen de médecine interne avait duré un peu plus d'une heure et demie. Contrairement à ce qui ressortait du rapport correspondant, l'entretien avec l'expert-psychiatre s'était tenu pendant une demi-heure tout au plus. Ce temps était insuffisant pour apprécier une situation psychiatrique cristallisée depuis quinze ans. Plusieurs entretiens auraient d'ailleurs vraisemblablement été nécessaires. Le spécialiste en psychiatrie n'avait posé aucune question sur l'enfance, le parcours et les souffrances de l'expertisé. Il avait indiqué disposer de toutes les informations. Ses sources consistaient dans l'expertise du P _____, le rapport du R _____ et le compte-rendu de l'expert en médecine interne qu'il avait repris pour l'essentiel, sans être en possession de l'intégralité du dossier, en particulier sous l'angle psychique, ni procéder à une analyse psychologique approfondie telle qu'exigée par la jurisprudence. En réalité, l'expert-psychiatre avait établi son rapport sur dossier et la rencontre avec l'expertisé n'avait été qu'un alibi formel. Les raisons pour lesquelles cet expert n'avait pas retenu l'existence de troubles invalidants n'étaient pas du tout pertinentes. Il n'avait pas expliqué pourquoi il s'était écarté des diagnostics mentionnés dans les rapports du P _____ du 9 février 2017 ou du R _____ du 5 octobre 2018. Il avait décrit un état maladif cristallisé, une profonde détresse, un repli social massif et une incapacité de mobiliser la moindre ressource mais conclu, de manière tout à fait antinomique, à une pleine capacité de travail, sans aucune limitation. Un embryon de motivation figurait sous le titre « évaluation de la cohérence et de la plausibilité ». Comme les plaintes du patient étaient incohérentes au niveau somatique et que celui-ci ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique, l'expert en avait apparemment déduit qu'il n'y avait pas d'invalidité. Pourtant, ces éléments constituaient précisément des symptômes permettant de retenir un trouble de somatisation, un trouble dissociatif ou un trouble somatoforme. Cet expert ne connaissait manifestement pas la méthodologie et l'analyse exigées par la jurisprudence fédérale en la matière. Son appréciation, nullement étayée et gravement viciée, rendait l'expertise psychiatrique caduque et dénuée de toute valeur probante. Des critiques pouvaient également être émises au sujet de l'expertise neurologique effectuée par la Q _____, qui balayait en trois lignes les considérations de celle des N _____ au sujet du CRPS et qui, contrairement à l'appréciation du P _____, ne retenait aucun diagnostic. Une nouvelle expertise devait ainsi être diligentée.

De surcroît, même l'Office AI ne rejoignait pas les conclusions de la Q _____, selon lesquelles les atteintes à la santé n'entraînaient aucune limitation. En effet, cet office avait retenu de nombreuses limitations fonctionnelles dans la décision querellée de refus d'une rente d'invalidité. Sur la base de ces mêmes conclusions, il était néanmoins parvenu à un taux d'invalidité nul, alors que ce taux était de 17% dans les prononcés du 10 juillet 2013. Par surabondance de moyens, l'abattement à appliquer dans ce cadre devait être de 25%, au vu de l'origine étrangère et de l'élocution française limitée du recourant, ainsi que de l'impossibilité de reprendre l'activité de force exercée avant l'accident. L'assuré a relevé également qu'il avait été victime d'une importante chute alors qu'il œuvrait sur un chantier, qu'à la suite de cet accident, soit depuis plus de dix-sept ans, il était en incapacité totale de travail, à l'exclusion de quelques mois dans une activité occupationnelle de concierge, et que les mesures de réinsertion professionnelle prises, notamment dans le cadre de l'assurance-chômage, avaient toutes échoué. Enfin, le taux d'invalidité, de 17% en 2013, était sans nul doute supérieur à 20% à l'heure actuelle. Si le droit à une rente était nié, le recourant devait pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation et se déclarait favorable à une telle démarche.

En date du 16 septembre 2019, le recourant a encore allégué que la durée des autres entretiens d'expertise mentionnée dans le rapport de la Q _____ n'était pas conforme à la réalité. A titre d'exemple, le spécialiste en rhumatologie l'avait vu de quinze heures cinq à quinze heures trente et non de quinze à seize heures. Le recourant s'est référé au relevé téléphonique annexé de son portable qui indiquait, le 6 février 2019, un appel de sa fille, d'une durée de vingt-deux secondes, à quinze heures trente-huit et qui, selon lui, prouvait que le rendez-vous avec l'expert était déjà terminé.

Il ressort d'une attestation rédigée le 15 octobre 2019 par l'épouse du recourant et transmise céans le 24 octobre suivant que l'expertise psychiatrique avait duré trente minutes et que les expertises rhumatologique et neurologique s'étaient toutes deux déroulées pendant vingt-cinq à trente minutes. Il était mentionné en outre que le recourant passait toutes ses journées au lit, sans ressources et totalement déprimé.

Par décision du 29 octobre 2019 rendue en la procédure S3 19 55, l'octroi de l'assistance judiciaire totale a été refusé au recourant.

Dans sa réponse du 21 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien des décisions querellées. Aux termes de son argumentation, le recourant soutenait que l'appréciation psychiatrique exposée dans le rapport d'expertise du P _____ était seule déterminante et suffisait à démontrer son incapacité totale de travail. Celui-ci avait

pourtant lui-même décrié la valeur probante de ce rapport et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Quant au SMR, il avait estimé que la partie psychiatrique dudit rapport était lacunaire, incohérente et donc inutilisable. Le recourant ne pouvait pas non plus affirmer que les experts concernés auraient dû conclure à une incapacité totale de travail, alors que dans son courrier du 10 janvier 2018, il leur avait demandé des précisions à ce sujet et qu'aucune réponse satisfaisante n'avait été apportée à ses questions. L'expert-psychiatre du P _____ avait d'ailleurs envisagé une réadaptation professionnelle. En outre, tout comme son confrère du P _____, le spécialiste en psychiatrie de la Q _____ avait constaté un syndrome douloureux pas complètement explicable par les altérations somatiques, ainsi qu'un sentiment de détresse se manifestant par un état de régression et de passivité qui enfermait l'expertisé dans une position de malade et de déconditionnement. Il n'en avait pas pour autant déduit une incapacité totale de travail. D'autre part, selon la jurisprudence, la durée d'un examen n'était pas en soi un critère de valeur probante d'un rapport médical et ne remettait pas à elle seule en question la qualité du travail de l'expert, dont le rôle consistait notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de la personne assurée dans un délai relativement bref. En l'occurrence, le fait que l'expert-psychiatre de la Q _____ s'était surtout fondé sur son examen clinique, complété par sa prise de connaissance du dossier d'assurance-invalidité comportant déjà une première évaluation psychiatrique, ne diminuait pas la force probante de ses conclusions.

L'intimé a également fait valoir que, contrairement aux critiques y relatives du recourant, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels figurait bien dans le rapport de la Q _____ et avait permis aux experts d'exclure un impact du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sur la capacité de travail. En effet, l'expert-psychiatre avait préféré ce diagnostic à celui de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques. Le tableau clinique était dominé par les incohérences. L'expertisé avait affirmé vivre cloué au lit depuis dix-sept ans. Le spécialiste en rhumatologie avait toutefois souligné que, sur le plan musculaire, il n'existait ni raideur ni amyotrophie. L'expert en neurologie avait relevé quant à lui qu'il n'y avait aucune correspondance entre les plaintes et les éléments objectifs, cliniques et paracliniques. Des discordances similaires avaient été mises en exergue par les experts du P _____. En dépit de douleurs estimées tout aussi intenses qu'à l'époque de l'accident, le recourant ne prenait que du paracétamol. Il avait récemment décliné la nouvelle proposition médicamenteuse antalgique émise par son médecin, qu'il voyait tous les trois mois. Il n'y avait pas de suivi psychiatrique régulier et récent, en dehors de quelques consultations auprès du R _____. L'assuré était d'avis qu'un tel suivi n'était pas susceptible d'influer sur les douleurs d'origine

uniquement somatique selon lui. En revanche, il avait concédé que le traitement antidépresseur prescrit par le médecin traitant avait une certaine efficacité. Depuis son accident, il n'avait fourni aucun effort en vue d'une auto-réadaptation. Malgré un faible réseau social, le recourant disposait de l'aide importante de sa femme et de sa fille. Il voyait parfois sa belle-famille et allait visiter sa famille au Kosovo une fois par an. Il était en mesure d'accompagner ou d'aller chercher ses enfants à l'école lorsque son épouse travaillait et se rendait seul en voiture chez ses médecins. En conséquence, les spécialistes de la Q _____ avaient retenu que le trouble somatoforme douloureux persistant n'empêchait pas l'expertisé d'exercer une activité lucrative et que les limitations s'expliquaient surtout par le déconditionnement physique et social. Ils avaient recommandé l'exercice d'une activité légère.

Enfin, il n'y avait pas lieu d'augmenter la déduction pour handicap de 10% à 25% en considération des motifs invoqués par le recourant. Celui-ci vivait en Suisse depuis de nombreuses années, en avait acquis la nationalité en 2010 et, d'après les experts, s'exprimait en français sans difficulté. Ainsi, le degré d'invalidité finalement obtenu était insuffisant pour donner droit à des mesures d'ordre professionnel et, *a fortiori*, à une rente d'invalidité.

Ni le recourant ni la caisse de pension compétente n'ayant formulé d'observations dans les délais respectivement impartis à cet effet, l'échange d'écritures a été clos le 1^{er} avril 2020.

Dans une lettre datée du 7 avril 2020, celui-ci a contesté les développements de la réponse du 21 janvier précédent, notamment ceux relatifs à l'étendue de son repli social et aux prétendus contacts avec sa famille.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 9 septembre 2019, le recours contre les décisions du 4 juillet précédent, reçues le 8 juillet 2019 par le mandataire de l'assuré, a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et art. 60 LPGA) devant l'instance

compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur 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 règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2.1.1 Le présent litige porte tout d'abord sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI a, par la décision correspondante du 4 juillet 2019, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en se fondant sur le rapport d'expertise du 12 mars 2019 (pièces 204 et 205) et les diverses appréciations de son service médical, plus particulièrement celles des 26 juin 2017 (pièce 163) et 4 avril 2019 (pièce 211).

L'article 7 alinéa 1 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. A teneur de l'alinéa 2 de cette disposition, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021). Les exigences jurisprudentielles qu'un rapport médical ou une expertise doivent remplir afin de revêtir pleine valeur probante ont déjà été rappelées dans le mémoire de recours. Il convient ainsi de s'y référer, en ajoutant ce qui suit.

Dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a fixé de nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques. La présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle ces atteintes pouvaient être

surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Tel que jugé dans les arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 paru aux ATF 143 V 409 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 paru aux ATF 143 V 418, l'application de cette procédure probatoire structurée a été étendue aux cas de troubles dépressifs de degré léger à moyen, respectivement à toutes les affections psychiques. De plus, la présence d'une exagération ne conduit pas automatiquement à nier une atteinte à la santé assurée, ou alors seulement lorsque la limitation d'activité résulte de l'exagération ou que ses suites ne peuvent pas être constatées avec une probabilité suffisante. Il a été relevé au considérant 7.1 de l'ATF 143 V 418 que des indices d'incohérence, d'exagération ou de simulation ne constituaient pas toujours des motifs d'exclusion mais appelaient en tout cas un examen approfondi du degré de gravité fonctionnel de l'affection psychique établie médicalement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.1 et les références).

Le temps consacré pour un entretien d'expertise n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical mais dépend bien plutôt des questions à résoudre et du tableau clinique (arrêts du Tribunal fédéral 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 6 paru *in* SVR 2019 IV Nr. 85, 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1, 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et l'arrêt cité ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_747/2011 du 10 février 2012 consid. 2.2.2 qui cite l'arrêt I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1 à teneur duquel, selon la nature de la question à résoudre, même une expertise sur pièce peut apporter la preuve nécessaire ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 954/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2.1). La durée, prétendument trop courte selon l'assuré, de l'examen clinique auquel les experts ont procédé ne saurait remettre en question la valeur probante de leur rapport d'expertise. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (arrêts du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références et 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références). Ce n'est pas la durée de l'examen d'expertise qui est importante ; ce qui est déterminant en premier lieu, c'est d'établir si le contenu de l'expertise est complet et si ses conclusions sont

probantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2019 du 19 mai 2020 consid. 4.4 paru *in* SVR 2021 UV Nr. 2).

En pratique, c'est l'examen clinique en connaissance de l'anamnèse qui est déterminant dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Une anamnèse externe et des renseignements (écrits ou oraux) des médecins traitants sont souvent souhaitables mais pas forcément nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_292/2018 du 15 janvier 2019 consid. 5.2.2.1 paru *in* SVR 2019 IV Nr. 41). L'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise (arrêts du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 7 et 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.3).

Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.1.2.1 Tel que rappelé à bon escient dans la réponse au recours, les échanges intervenus sur la période du 26 juin 2017 au 3 décembre 2018 entre l'Office AI et le SMR (pièces 163 et 178), entre cet office et l'assuré (pièces 179, 180, 187, 191 et 200) ainsi qu'entre dit office et les experts du P _____ (pièces 181 et 183) mettent en exergue les éléments suivants : de l'avis du recourant comme de l'intimé, le rapport d'expertise du 9 juin 2017 (pièce 161) manquait de rigueur et n'était pas probant ; des questions complémentaires devaient être posées aux experts ; les réponses données par ceux-ci n'étaient pas satisfaisantes ; une nouvelle expertise, pluridisciplinaire selon la requête formulée par l'assuré en date du 15 mai 2018 (pièce 191), devait être diligentée. La version des faits exposée dans le mémoire de recours en relation avec la période susmentionnée n'est dès lors pas conforme à la réalité. Il apparaît ainsi malvenu de la part du recourant de motiver désormais son point de vue sur la base du volet psychiatrique du rapport d'expertise du P _____ (pièce 161), auquel il a pourtant dénié toute valeur probante dans sa contestation du 2 octobre 2017.

La Cour rejoint par ailleurs les considérations respectives du SMR dans la prise de position du 4 avril 2019 (pièce 211) et surtout de l'intimé dans la réponse du 21 janvier 2020, tant au sujet de la pleine force probante du rapport d'expertise de la Q _____ du 12 mars 2019 (pièces 204 et 205) que de l'analyse soignée des indicateurs jurisprudentiels topiques à laquelle les experts de la Q _____ ont procédé dans ce rapport. Dans ladite écriture, l'intimé a rappelé la jurisprudence exposée ci-dessus concernant le caractère non pertinent de la durée d'un examen d'expertise pour l'évaluation de la valeur probante du rapport correspondant. A cet égard, il semble tout de même surprenant que, d'après les assertions du recourant dans son mémoire du 9 septembre 2019 et son courrier du 16 septembre suivant, puis de l'épouse de celui-ci dans l'attestation du 15 octobre 2019, trois experts de la Q _____ sur quatre aient livré des informations erronées sur les heures de début et de fin de leurs examens d'expertise respectifs. Contrairement à ce qu'a prétendu l'assuré dans le courrier précité, le fait qu'il ait reçu un appel de sa fille sur son téléphone portable le 6 février 2019 à quinze heures trente-huit ne prouve nullement que l'examen auprès de l'expert-rhumatologue était déjà terminé à cette heure-là et qu'il s'était tenu de quinze heures cinq à quinze heures trente et non de quinze à seize heures. L'assuré a très bien pu répondre à ce téléphone pendant l'entretien en question et dire que celui-ci était encore en cours. A noter au passage qu'un autre appel en provenance du même numéro, le 6 février 2019 à quinze heures cinquante-deux, n'a duré que dix-neuf secondes.

La critique du recourant sur le fait que le spécialiste en psychiatrie de la Q _____ n'aurait posé aucune question sur l'enfance, le parcours et les souffrances de l'expertisé ne manque pas non plus d'étonner, puisque ces différents éléments figurent sous la rubrique « entretien » du rapport de ce spécialiste (pièce 205, pages 873 et 874). Conformément aux arrêts précités 8C_562/2014, 9C_91/2015 et 9C_292/2018 et aux considérations y relatives de l'intimé dans sa réponse au recours, les informations récoltées lors de cet entretien puis sur la base des propres constatations de l'expert-psychiatre, ajoutées à celles figurant dans l'anamnèse établie par l'expert en médecine interne et surtout dans le rapport d'expertise du P _____ ainsi que dans le compte-rendu du R _____, ont suffi audit spécialiste, qui jouissait d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, pour apprécier la situation de l'assuré de manière complète, cohérente et motivée puis répondre à satisfaction de droit aux questions posées. Sous l'angle psychiatrique, les experts du P _____ ont fait état de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2), de troubles dissociatifs (de conversion), sans précision (F44.2, F44.9) et de troubles de somatisation (F45.0), avec pour résultat un syndrome somatoforme douloureux

persistant (F45.4) (pièce 161, pages 725, 729 et 731). Selon un rapport du R _____ du 5 octobre 2018 dont l'expert-psychiatre de la Q _____ a pris connaissance, un psychologue de ce centre avait indiqué ne pas pouvoir exclure un trouble somatoforme (pièce 205, pages 855 et 874). C'est également ce diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) qui a été retenu par les experts de la Q _____ (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 875). Contrairement à ce qui a été invoqué dans le recours du 9 septembre 2019, ces derniers experts ne se sont donc guère écartés des diagnostics mentionnés dans les rapports du P _____ et du R _____. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont exposé les raisons pour lesquelles ils avaient privilégié ledit diagnostic à celui de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0) (pièce 204, pages 842 et 843). Tel que pertinemment expliqué par l'intimé dans sa réponse du 21 janvier 2020, les experts de la Q _____ ont également motivé le caractère non incapacitant des deux diagnostics posés, à savoir des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) (pièce 204, page 843), au moyen de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels propres à évaluer la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée (pièce 204, pages 841 à 844). Contrairement à l'allégation correspondante du recourant dans son mémoire du 9 septembre 2019, le rapport d'expertise de la Q _____ comporte donc bel et bien un tel examen, que l'intimé a exposé une nouvelle fois dans sa réponse au recours.

2.1.2.2 Il convient d'ajouter ce qui suit à l'analyse précitée. Il ressort abondamment des faits établis ci-dessus, et l'Office AI l'a d'ailleurs rappelé dans cette dernière écriture, que selon les experts de la Q _____, le tableau clinique était dominé par les incohérences et que les spécialistes du P _____ avaient également constaté des discordances similaires. Ces éléments, et en particulier la variabilité du comportement de l'assuré au cours des examens, ont même été rapportés par le Prof. M _____ dans son rapport du 25 août 2015 (pièce 136), puis par le médecin du SMR en dates des 26 juin 2017 (pièce 163) et 4 avril 2019 (pièce 211). Les experts du P _____ ont relevé qu'il n'y avait pas lieu de parler d'exagération proprement dite (pièce 161, page 729). Ceux de la Q _____ ont souligné que ces incohérences n'étaient pas conscientes mais étroitement liées aux croyances de l'expertisé, convaincu d'être atteint d'une pathologie grave et évolutive (pièce 204, page 843). Dans son recours, celui-ci a fait valoir à juste titre que l'incohérence des plaintes somatiques constituait précisément l'un des symptômes permettant de retenir un trouble de somatisation, un trouble dissociatif ou un trouble somatoforme. Il a toutefois été précisé dans l'arrêt susmentionné 8C_2/2022 que si des indices d'incohérence, d'exagération

ou de simulation ne conduisaient pas automatiquement à nier l'existence d'une atteinte à la santé assurée, ils appelaient en tout cas un examen approfondi du degré de gravité fonctionnel de cette atteinte.

Or, des discordances entre les plaintes subjectives de l'assuré et les constatations médicales objectives ont déjà été rapportées dans les mois qui ont suivi l'accident du 6 mai 2002 (rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 15 juillet 2002 sous pièce 224, pages 1025 et 1026 : « examen clinique peu parlant, plusieurs signes de non-organicité, comportement de douleur pathologique, discordance à l'examen clinique par rapport aux douleurs subjectives importantes » ; rapports du Dr C _____ des 25 juillet 2002 sous pièce 224, pages 1022 à 1024, 13 décembre 2002 et 3 janvier 2003 sous pièce 224, pages 1001 à 1003 : « explication difficile du retard de guérison de la région lombo-fessière par un modèle purement lésionnel, participation possible de facteurs psychosociaux » ; rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 15 janvier 2003 sous pièce 224, pages 996 à 998 : « plusieurs signes de Waddell positifs, discordance importante entre les plaintes du patient et le résultat de l'examen clinique, plaintes non objectivables, absence de séquelles de la contusion de l'hémicorps droit et de la colonne lombaire »). Ces deux médecins ont respectivement conclu à l'exigibilité, en tout cas théorique, de la reprise à 100% de la dernière activité professionnelle à partir du 15 janvier 2003 ou de l'exercice à plein temps d'une activité légère et adaptée. Par décision du 21 janvier 2003, la CNA a dès lors mis fin aux prestations au 15 janvier précédent (pièce 224, pages 991 et 992). L'assuré lui-même a rejoint ces conclusions médicales puisque, dans sa demande d'indemnités de chômage du 17 janvier 2003, il a indiqué être disposé à travailler à plein temps et en être capable (pièce 225, pages 1104 à 1107). Il a ensuite bénéficié ponctuellement de mesures de marché du travail entre septembre 2003 et février 2005 (pièce 225, pages 1047 à 1053 et 1056 à 1059, 1076, 1084, 1086, 1088, 1090 et 1093). Il a aussi travaillé du 14 mars au 24 juin 2005 en tant que patrouilleur scolaire à 50% pour la Ville de Sion (pièces 8 et 225, pages 1041, 1042, 1054 et 1055). Les déclarations de l'assuré aux experts du P _____ (pièce 161, pages 728 et 731) et de la Q _____ (pièce 204, pages 843 et pièce 205, pages 855, 857 et 874), à teneur desquelles il était resté immobilisé, autant physiquement que mentalement, voire presque constamment alité depuis l'accident du 6 mai 2002, sont ainsi contredites par les pièces susmentionnées du dossier. Au sujet de la remarque correspondante figurant dans le mémoire de recours, il convient de préciser que les mesures précitées ne constituaient pas des démarches de réinsertion professionnelle ayant échoué, mais des activités d'occupation ayant pris fin au terme du droit de l'assuré aux indemnités de l'assurance-chômage.

Par la suite, des incohérences ont également été signalées par le Dr C _____ en date du 7 janvier 2005 (pièce 224, pages 974 à 977 : « nombreux symptômes et signes de non-organicité, autolimitation des mouvements lombaires, problématique pas susceptible d'être appréhendée par le seul modèle médical lésionnel, explication difficile de l'absence d'efficacité sur la douleur des mesures thérapeutiques prescrites, anomalies non spécifiques relevées à l'examen, comportement d'invalidé de l'assuré difficilement compréhensible »), le Dr F _____ du SMR dans son rapport final du 2 septembre 2005 (pièce 20 : « absence de pathologies établies par les différents examens et propres à expliquer les plaintes, nombreux symptômes et signes de non-organicité ») et la Dresse I _____ dans ses courriers des 11 mai et 14 juin 2012 (pièce 45, pages 147, 149 et 150 : « mobilisation surprenante du patient, compte tenu des douleurs décrites comme élevées »). Les Drs C _____ et F _____ ont tour à tour conclu à la reprise de la dernière activité professionnelle adaptée de concierge, ou en tout cas à une capacité totale de travail dans une activité sans travaux particulièrement lourds car non compatibles avec la constitution physique de l'assuré. Par conséquent, les divergences relevées dès le début du cas entre les douleurs alléguées et les résultats des investigations médicales n'ont pas empêché l'assuré d'être actif ni les médecins de retenir une capacité pleine et entière dans un travail adapté à la constitution de celui-ci. Elles permettent en outre de relativiser la gravité du trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par les experts de la Q _____ (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 875).

Les critiques émises par le recourant au sujet du volet neurologique de l'expertise de la Q _____ tombent également à faux. Contrairement à ce que celui-ci a mentionné dans son mémoire du 9 septembre 2019, le neurologue du P _____ a aussi conclu à la normalité de l'examen et à l'absence d'incapacité de travail (pièce 161, pages 724 et 727). Le spécialiste en neurologie de la Q _____ a de plus exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait valider les diagnostics précédemment énoncés dans ce cas, à savoir ceux de névralgie lombo-abdominale intermittente du nerf clunéal supérieur, de CRPS axial et de douleurs neurogènes en L1 (pièce 204, page 842 et pièce 205, page 881). L'expert-rhumatologue de la Q _____ a précisé quant à lui qu'il n'était pas en mesure de confirmer le diagnostic d'algodystrophie ou CRPS de type II de la colonne lombaire, tel qu'évoqué par le neurologue traitant, et qu'il ne disposait d'aucun argument clinique ou radiologique tendant vers ce diagnostic (pièce 205, page 868). Il n'est pas inutile de rappeler à cet égard que dans le rapport d'expertise neurologique adressé le 25 août 2015 au conseil du recourant, le Prof. M _____ lui-même a qualifié de seulement possible le diagnostic de CRPS vertébral qu'il avait

pourtant considéré, dans un courrier transmis le 4 octobre 2013 audit conseil, comme la conséquence probable de l'accident. Ce spécialiste a justifié une telle différence d'appréciation par l'observation des modifications entre les consultations et par la mise à disposition de l'ensemble des rapports (pièce 136). C'est peut-être en raison de la teneur de cette dernière appréciation du Prof. M _____ que le recourant ne l'a pas transmise à l'Office AI, qui ne l'a obtenue directement de ce spécialiste que le 14 mars 2016 (pièce 136).

Les remarques formulées le 21 janvier 2020 par l'intimé concernant la résistance du recourant à un suivi psychiatrique et à un nouveau traitement antalgique suggéré par le médecin traitant sont correctes. L'opposition claire du patient à un suivi d'ordre psychologique a déjà été relatée le 11 mai 2012 par la Dresse I _____ (pièce 45, pages 149 et 150). Celui-ci en a également fait état lors de l'entretien psychiatrique du 3 mars 2017 auprès du P _____ (pièce 161, page 727). Un tel suivi a cependant été jugé exigible par les experts du P _____ (pièce 161, pages 731 et 732). Dans son avis du 26 juin 2017, le médecin du SMR a souligné que les possibilités de traitement exigibles n'avaient pas été appliquées (pièce 163). D'après les informations y relatives récoltées par l'expert-psychiatre de la Q _____, la thérapie psychologique que l'assuré s'est déclaré disposé à entreprendre dans son écriture du 2 octobre 2017 n'a consisté qu'en quatre séances auprès du R _____, entre le 28 mars et le 9 août 2018 (pièce 204, page 842 et pièce 205, page 874). Un traitement psychiatrique intégré spécifique pour essayer de vaincre les croyances du patient a une nouvelle fois été suggéré par les experts de la Q _____ (pièce 204, page 844 et pièce 205, page 876).

Il est vrai d'autre part que le recourant n'a fourni aucun effort en vue d'une auto-réadaptation. Le 5 décembre 2012, le Dr G _____ a pourtant considéré qu'une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité dont il a énuméré les limitations fonctionnelles (pièce 45). Par communication du 10 juillet 2013, l'Office AI a en outre octroyé une aide au placement à l'assuré qui, dans ses réponses des 4 et 30 septembre 2013, l'a estimée inutile (pièce 74), de sorte que le mandat correspondant a été clos le 1^{er} octobre suivant (pièces 75 et 76). Selon les experts du P _____, l'assuré n'envisageait même pas une réadaptation professionnelle qu'il semblait toutefois encore possible de lui proposer (pièce 161, pages 728, 732 et 733).

Il a été exposé ci-dessus qu'en retenant le diagnostic psychiatrique de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 875), les experts de la Q _____ ne se sont guère écartés des diagnostics

mentionnés dans les rapports du P _____ et du R _____. A l'instar de ce que le médecin du SMR a fait remarquer dans son avis du 4 avril 2019, ces experts n'ont pas relevé chez l'assuré de trouble de la personnalité ni d'autre psychopathologie (pièce 211), telle qu'un trouble de l'humeur propre à justifier un trouble de l'adaptation ou un trouble dépressif (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 875).

Certes, tant le spécialiste en psychiatrie du P _____ que celui de la Q _____ ont relaté que l'expertisé se repliait sur lui-même, qu'il s'isolait, qu'il était incapable de s'orienter et de mobiliser les ressources présentes face au problème douloureux (pièce 161, page 725 et pièce 205, page 876) et qu'il n'avait pas d'amis ni de connaissances (pièce 161, page 718, pièce 204, page 843 et pièce 205, pages 857 et 874). Ces constatations ont néanmoins été modulées par le fait que l'assuré n'avait travaillé que quelques semaines à son arrivée en Suisse, qu'il s'était ensuite totalement coupé du monde du travail (pièce 204, page 843), qu'il appréciait les relations avec sa femme et ses enfants, même s'il déplorait ne pas pouvoir s'y investir davantage, qu'il gardait des contacts familiaux, à distance (pièce 161, page 725) et qu'il pouvait compter sur le soutien de sa femme, de sa fratrie et de sa belle-famille (pièce 161, pages 718, 719 et 730, pièce 204, page 843 et pièce 205, page 857). Etant donné la concordance entre les renseignements topiques fournis par l'expertisé à ces deux spécialistes, ne saurait être suivie la contestation toute générale par le recourant, dans sa lettre du 7 avril 2020, des développements de l'intimé dans la réponse du 21 janvier précédent, notamment de ceux relatifs à l'étendue du repli social de l'assuré et à ses contacts familiaux.

Pour ce qui a trait à la cohérence du point de vue du comportement du recourant, il convient de se référer aux déclarations de celui-ci au cours des différents entretiens d'expertise auprès du P _____ et de la Q _____. En substance, l'assuré restait pratiquement toute la journée chez lui, souvent alité, et sortait rarement seul, de peur de tomber. Il chutait quotidiennement à son domicile. Il avait besoin de l'aide de son épouse pour se doucher. Il accompagnait quelquefois son plus jeune enfant à l'école toute proche ou allait le rechercher. Le matin, il lisait le journal et occasionnellement, regardait la télévision ou écoutait de la musique. Il faisait parfois à manger à midi ou réchauffait ce que son épouse avait préparé à l'avance. L'après-midi, il faisait une sieste de quarante minutes à une heure, marchait dans l'appartement pour changer de position ou allait se promener cinq à dix minutes mais rentrait rapidement car il avait trop mal au dos. Dans la soirée, il discutait avec son épouse. C'était elle, et en partie aussi sa fille aînée quand elle rentrait de l'école, qui accomplissait toutes les tâches ménagères.

Elle veillait aussi aux devoirs des enfants. Il ne l'accompagnait que très rarement pour faire les commissions. Il ne se déplaçait en voiture que sur de courtes distances, pour se rendre par exemple aux consultations médicales. Il visitait sa famille au Kosovo une fois par an. Il était limité dans tous les domaines de la vie. Avant l'accident de 2002, il était en possession de toutes ses capacités mentales et physiques. Depuis lors, il ne pratiquait plus de sport et n'avait plus de loisirs ni d'activités avec ses enfants. Il n'avait toutefois pas d'activité de loisirs avant cet accident (pièce 161, pages 718, 729, 730 et 732, pièce 204, pages 843 et 844 et pièce 205, page 857 et 874). Dans une attestation rédigée le 15 octobre 2019, sa femme a mentionné qu'il passait toutes ses journées au lit, sans ressources et totalement déprimé. Des descriptions de la vie quotidienne que l'assuré a fournies dans le cadre de ces deux expertises, il ressort que sa conjointe partait le matin pour être à son travail à sept heures, qu'elle revenait vers onze heures trente, qu'elle repartait à quatorze heures et qu'elle était de retour le soir vers dix-neuf heures (pièce 161, page 718), ou alors qu'elle était absente de la maison de six à quinze heures, avec parfois une coupure à onze heures (pièce 205, page 857). Elle accomplissait en outre toutes les tâches ménagères, aidée en partie par leur fille aînée (pièce 161, page 718), faisait les courses et veillait aux devoirs des enfants (pièce 205, page 857).

Dans sa nouvelle demande du 10 décembre 2012, l'assuré a pourtant indiqué exercer une activité de concierge à 20%, rémunérée à raison de 960 fr. par mois (pièces 52 et 53, page 171 ; cf. également le questionnaire pour l'employeur complété le 24 janvier 2013 sous pièce 56). Son médecin traitant a écrit à son conseil, le 7 juin 2013, que le patient n'avait jamais pu reprendre le travail de façon durable depuis cet accident, qu'il n'avait plus eu d'activité professionnelle depuis onze ans et qu'il fallait conclure à une incapacité totale de travail dans toute activité. Le Dr E _____ a néanmoins ajouté dans ce même courrier que l'assuré exerçait une activité légère de conciergerie mais qu'il devait souvent être aidé par sa femme (pièce 79, pages 267 et 268). Il convient de rappeler à cet égard qu'en dates des 7 janvier (pièce 224, pages 974 à 977) et 2 septembre 2005 (pièce 20), les Drs C _____ et F _____ ont respectivement considéré qu'une telle activité pouvait être reprise et qu'elle était parfaitement adaptée. D'après le questionnaire pour l'employeur complété le 13 avril 2016 par cette même société, l'assuré travaillait depuis le 1^{er} juillet 2011 en tant que concierge de l'immeuble, pour un salaire brut de 960 fr. par mois ou de 11 520 fr. par an, treizième salaire inclus. L'employeur a de plus énuméré les tâches et les exigences physiques inhérentes à ce travail (pièce 143). Les montants de 9360 fr. pour l'année 2011 et de 11 520 fr. pour les années 2012 à 2015 figurent du reste sur l'extrait du compte individuel du recourant,

imprimé le 2 mars 2016 (pièce 134). Les informations obtenues lors de l'expertise auprès du P _____ ont mis en exergue que la conjointe de l'assuré était gérante d'un magasin d'alimentation et aussi concierge de l'immeuble où habitait la famille, qui vivait du salaire réalisé par elle. Interrogé sur le fait que, selon le dossier, il exerçait une activité de concierge depuis le 1^{er} juillet 2011, l'expertisé a éludé la question et est resté évasif (pièce 161, pages 718, 720, 727 et 729). A teneur des explications données aux experts de la Q _____, celui-ci avait touché des indemnités de chômage pendant un an et demi après son licenciement, puis l'aide sociale durant quelques mois. Il n'avait plus de revenus depuis lors et la famille vivait du salaire de sa femme. Alors que le contrat était au nom de l'assuré, l'activité de concierge aurait été exécutée par celle-ci (pièce 205, pages 856, 858 et 874). Les documents précités, en particulier le contrat de travail en tant que concierge au nom du recourant (pièces 56 et 143), l'extrait du compte individuel de celui-ci dans lequel figurent les salaires correspondants (pièce 134) et les questionnaires pour l'employeur ne mentionnant que l'assuré (pièces 56 et 143), de même que les constatations médicales retenues par la Cour de céans (pièce 20, pièce 79, pages 267 et 268 et pièce 224, pages 974 à 977), sont ainsi propres à semer le doute sur l'allégation formulée dans le mémoire du 9 septembre 2019, selon laquelle le recourant est en incapacité totale de travail depuis l'accident du 6 mai 2002, à l'exclusion de quelques mois dans une activité occupationnelle de concierge. Ces éléments tendent à convaincre la Cour que du point de vue de la vraisemblance prépondérante, l'assuré exerce une telle activité depuis des années et qu'il est apte à accomplir les tâches de conciergerie décrites dans le questionnaire pour l'employeur du 13 avril 2016 (pièce 134). Il convient de rappeler dans ce contexte les aspects relevés par le spécialiste en rhumatologie de la Q _____, soit l'absence de raideur importante et d'amyotrophie contrastant avec l'alitement presque constant allégué par l'expertisé (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 868), de même que ceux décrits par l'expert-neurologue de la Q _____, à savoir une trophicité musculaire conservée et une force normale, pour autant que l'assuré fût fortement stimulé (pièce 205, page 882). Quant au médecin du SMR, il a souligné dans son rapport du 4 avril 2019 que l'absence de raideur importante et d'amyotrophie mise en évidence par les experts de la Q _____ prouvait que le recourant mettait sa musculature à contribution et qu'il ne restait pas alité (pièce 211). Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu en l'espèce une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Le niveau d'activité sociale de l'assuré n'était au demeurant pas supérieur avant l'accident du 6 mai 2002.

Enfin, l'intensité maximale des douleurs physiques rapportée par celui-ci durant l'examen de médecine interne à la Q _____ (pièce 205, page 858) et la présence

d'un état de totale déprime attestée par l'épouse en date du 15 octobre 2019 ne sont pas confortées par la mise à contribution d'options thérapeutiques correspondantes, pourtant proposées par le corps médical. Il est renvoyé à cet égard aux précédents développements qui reprennent les remarques pertinentes figurant dans la réponse du 21 janvier 2020 au sujet de la résistance du recourant à un suivi psychiatrique, ainsi qu'à un nouveau traitement antalgique suggéré par le médecin traitant. Comme l'Office AI l'a souligné à juste titre dans cette écriture, l'assuré a non seulement indiqué aux experts de la Q _____ qu'il avait différé la récente proposition de son médecin d'augmenter le traitement antalgique, qui se limitait à la prise de paracétamol, par un analgésique opioïde, mais également concédé que les deux antidépresseurs prescrits depuis une année par le médecin traitant avaient une certaine efficacité, alors que le suivi psychologique au R _____ n'avait consisté qu'en quatre consultations (pièce 205, pages 854, 855 et 874).

2.1.2.3 Il résulte de l'analyse qui précède qu'aucun des indicateurs jurisprudentiels topiques n'est rempli en l'espèce et qu'en conséquence, le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par les experts de la Q _____ (pièce 204, page 843 et pièce 205, page 875) n'est pas d'une gravité telle qu'il influe sur la capacité de travail du recourant dans quelque activité que ce soit. Ceux-ci ont ainsi conclu à une capacité de travail entière tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée. Comme souligné avec pertinence dans la réponse au recours, ils ont indiqué que c'était essentiellement un déconditionnement physique et social qui était à l'origine de la limitation des activités, et non les affections retenues. Or, conformément à l'article 7 alinéa 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. Ces experts ont cependant ajouté de manière cohérente et convaincante qu'étant donné la constitution et le déconditionnement physiques ainsi que le syndrome somatoforme douloureux persistant et afin d'optimiser les chances d'un retour au travail et de permettre à l'assuré de récupérer une endurance musculaire de même qu'une confiance en ses capacités physiques, ils conseillaient une reprise progressive dans une activité initialement plus légère (pièce 204, pages 843 et 844). D'après le courrier adressé le 7 janvier 2005 au Dr E _____ par le Dr C _____ (pièce 224, pages 974 à 977) et le rapport final établi le 2 septembre suivant par le Dr F _____ (pièce 20), ces trois médecins avaient au demeurant déjà relevé que le patient n'avait pas la constitution d'un travailleur manuel de force, que les travaux particulièrement lourds n'étaient pas compatibles avec ses aptitudes physiques mais que la dernière activité professionnelle de concierge, parfaitement adaptée, était exigible.

Dans la décision querellée de refus d'une rente d'invalidité, l'Office AI s'est référé aux conclusions motivées des experts de la Q _____. Il a rappelé que ceux-ci avaient retenu une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours, y compris dans l'activité habituelle, que s'ils n'avaient posé aucun diagnostic incapacitant, ils avaient toutefois recommandé de privilégier une activité légère et qu'en conséquence, les limitations fonctionnelles classiques d'épargne lombaire ainsi que l'abattement pris en compte antérieurement avaient été maintenus. Est donc infondée la critique émise le 9 septembre 2019 par le recourant dans ce contexte, aux termes de laquelle même l'intimé ne rejoignait pas les conclusions des experts précités concernant l'absence de limitations entraînées par les atteintes à la santé, puisqu'il avait énuméré de nombreuses limitations fonctionnelles dans la décision y relative. A suivre l'avis émis le 26 juin 2017 par le médecin du SMR, les restrictions en question ne correspondent en réalité qu'à l'alternance des positions et à l'exclusion du port de charges de plus de dix kilos ainsi que des travaux lourds et répétitifs en position non physiologique du dos (pièce 163).

2.2.1 Selon l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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.

La décision querellée de refus d'une rente d'invalidité expose déjà les développements jurisprudentiels relatifs à la détermination du revenu d'invalidé prévu par l'article 16 LPGA, à savoir le recours au salaire topique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) lorsque depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'exerce pas d'activité exigible (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 124 V 321 consid. 3b/aa et 117 V 8 consid. 2c/aa, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3). Il convient de citer également les jurisprudences traitant des facteurs de réduction – non automatique et de 25% au maximum – du salaire statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 4.2.3, 126 V 75 consid. 3 et 5 et 124 V 321 consid. 3b/aa, arrêt du Tribunal fédéral 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 5.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/02 précité consid. 4.2.1) et du caractère exceptionnel d'une déduction maximale de 25% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.3.2). Toujours selon la jurisprudence, le simple fait que seuls des travaux légers soient exigibles ne constitue pas un motif pour une déduction supplémentaire en raison du handicap, étant donné que le salaire statistique du niveau de compétences 1 applicable en l'espèce comporte déjà un large

éventail d'activités légères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_799/2021 du 3 mars 2022 consid. 4.3.2 paru *in* SVR 2022 IV Nr. 30). Il en va de même concernant les connaissances limitées d'une langue nationale lorsque, comme en l'occurrence, il est tablé sur le salaire statistique moyen pour des activités simples et répétitives de niveau de compétences 1 (arrêt précité 8C_799/2021 consid. 4.3.3).

En ce qui concerne la fixation du revenu sans invalidité, est déterminant le salaire que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, effectivement gagné en tant que valide au début du droit à la rente au plus tôt. Ce revenu doit être déterminé aussi concrètement que possible. C'est en principe le dernier revenu touché, au besoin adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, qui doit être retenu car c'est un fait d'expérience que, sans atteinte à la santé, l'activité antérieure aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe sont à établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1, arrêts du Tribunal fédéral 8C_572/2021 du 19 janvier 2022 consid. 3.1 et 9C_413/2017 du 19 septembre 2017 consid. 3.2.1 et les références).

Enfin, lors de l'adaptation à l'évolution des salaires en vue de la fixation des revenus avec et sans invalidité, il convient de différencier en fonction du sexe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_72/2019 du 11 juin 2019 consid. 4.1 paru *in* SVR 2019 IV Nr. 88).

2.2.2 Dans son rapport du 15 janvier 2003, le médecin d'arrondissement de la CNA a conclu qu'une reprise du travail à 100% était exigible à partir du 15 janvier 2003 (pièce 224, pages 996 à 998). C'est à compter de cette dernière date que la CNA a mis fin aux prestations dans sa décision du 21 janvier 2003 (pièce 224, pages 991 et 992) et que l'assuré a requis des indemnités de chômage en lien avec une activité à plein temps (pièce 225, pages 1104 à 1107). Dans les rapports des 25 février 2013 (pièce 59) et 26 juin 2017 (pièce 163), le médecin du SMR a également estimé que la capacité de travail était pleine et entière dans une activité légère et adaptée dès le 15 janvier 2003, à l'instar d'ailleurs des experts du P _____ (pièce 161, page 733). C'est ainsi à juste titre que dans la décision attaquée de refus d'une rente d'invalidité, l'Office AI a déterminé les revenus de comparaison au sens de l'article 16 LPGA pour l'année 2003.

L'argumentation développée dans le recours à l'appui d'un abattement de 25% du revenu d'invalidité a été pertinemment réfutée dans la réponse à ce recours, compte tenu plus particulièrement des éléments jurisprudentiels exposés ci-dessus. Il a été retenu plus haut que la capacité de travail du recourant est, à tout le moins théoriquement, entière même dans l'activité antérieure plus lourde et qu'une activité légère et adaptée,

aussi exigible à pleins temps et rendement, ne comporte que des limitations fonctionnelles classiques d'épargne lombarde. A la date de cette exigibilité totale, soit au 15 janvier 2003, l'assuré était dans sa trentième année (pièce 8). Il avait été engagé pour une durée déterminée, du 8 avril au 20 décembre 2002, par son ex-employeur et travaillait ainsi depuis moins d'un mois lorsqu'il a été victime de l'accident du 6 mai 2002 (pièce 224, pages 1035 et 1039 et pièce 225, page 1121). Originaire du Kosovo, il est arrivé en Suisse le 24 mars 2002 (pièce 8) et a acquis la nationalité suisse le 17 décembre 2010 (pièces 52 et 53, page 171). Parmi les ressources de l'assuré, les experts de la Q _____ ont relevé la bonne connaissance de la langue française (pièce 204, page 843). A la lumière de la jurisprudence topique, ni l'exigibilité de travaux légers uniquement ni le manque de connaissances linguistiques ne constituent des motifs de déduction pour cause de handicap en relation avec une activité adaptée du niveau de compétences le plus bas. Il n'est pas inutile de relever dans ce contexte que les études menées à bien par l'assuré au Kosovo équivalent à un diplôme d'école de commerce en Suisse (pièce 6, page 8). Celui-ci serait donc en mesure d'exercer une telle activité non seulement dans le domaine de l'industrie légère, mais également dans le secteur tertiaire. Il s'ensuit qu'aucun facteur d'abattement du salaire statistique déterminant n'est rempli en l'occurrence. Celui de 10% néanmoins appliqué par l'Office AI tant dans les précédentes décisions des 21 septembre 2005 (pièce 24) et 10 juillet 2013 (pièce 65) que dans celle présentement contestée se révèle ainsi des plus favorables au recourant.

Le revenu annuel d'invalide se calcule donc comme suit : 4557 fr. (ESS 2002, table TA1 « salaire mensuel brut [valeur centrale] selon la branche économique, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé », valeur totale, niveau de compétences 4 « activités simples et répétitives », hommes) + 1.3% (site internet de l'OFS ; onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « salaires, revenu professionnel et coût du travail », tableau « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009 » : salaires nominaux, variation par rapport à l'année précédente, 2003, hommes) = (4616 fr. 25 : 40) x 41.7 (site internet de l'OFS ; onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « statistique de la durée normale du travail dans les entreprises [DNT] », tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, en heures par semaine » : total, 2003) = 4812 fr. 45 x 12 = 57 749 fr. 40 ./ 10% de déduction pour activité légère = 51 974 fr. 45. Dans la décision correspondante du 4 juillet 2019, le revenu susmentionné a été fixé à 52 025 fr. 55 pour l'année 2003 et

dans les prononcés des 21 septembre 2005 (pièce 24) et 10 juillet 2013 (pièce 65), respectivement à 52 493 fr. 75 pour l'année 2005 et à 56 400 fr. 95 pour l'année 2012.

Il est de jurisprudence constante que le gain de valide doit être déterminé aussi concrètement que possible et qu'il correspond en principe au dernier revenu touché, au besoin adapté à l'évolution salariale. Les informations de l'ex-employeur relatives au salaire perçu par l'assuré avant l'accident du 6 mai 2002 figurent bien au dossier (pièce 9, pièce 224, page 1039 et pièce 225, pages 1110 et 1111) et doivent ainsi servir de base à la fixation de ce gain, qui s'établit de la façon suivante pour l'année 2003 : salaire horaire de base de 21 fr. 45 + 8.3% de treizième salaire = 23 fr. 23 x 45 heures par semaine x 52 semaines par année = 54 358 fr. 20 + 1.3% d'évolution des salaires nominaux entre 2002 et 2003 = 55 064 fr. 85. La comparaison entre le revenu d'invalidé de 51 974 fr. 45 et ce dernier revenu sans invalidité de 55 064 fr. 85 aboutit à un degré d'incapacité de gain de 5.6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité conformément à l'article 28 alinéa 2 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 applicable en l'espèce. Dans la décision entreprise de refus d'une rente d'invalidité, l'Office AI est parvenu à un gain de valide de 50 496 fr. 95 ainsi qu'à un taux d'invalidité à 0% pour l'année 2003 et dans celles rendues les 21 septembre 2005 (pièce 24) et 10 juillet 2013 (pièce 65), à des valeurs respectives de 50 951 fr. 40 et de 0% pour l'année 2005, puis de 67 763 fr. 30 et de 17% pour l'année 2012. Les différences entre ces chiffres d'une décision à l'autre tiennent au fait que dans le prononcé du 10 juillet 2013, le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des données statistiques relatives à la branche économique 41-43 de la construction (pièce 65) et que dans les deux autres prononcés, ce revenu est, certes, fondé sur le salaire horaire de 21 fr. 45 communiqué par l'ex-employeur, contrairement à la durée hebdomadaire normale de travail dans l'entreprise qui repose semble-t-il sur d'autres bases, peut-être sur les données de la convention collective de travail déterminante (2173.8 heures par an dans la décision du 21 septembre 2005, sous pièce 24 et dans la décision attaquée du 4 juillet 2019, au lieu des 2340 heures [9 heures par jour, 5 jours par semaine et 52 semaines par année] ressortant notamment du questionnaire pour l'employeur complété le 26 avril 2005, sous pièce 9). Tel que souligné plus, le gain de valide doit toutefois être calculé de la manière la plus concrète possible. Le recourant ne peut donc rien tirer à son avantage de ces différences. De surcroît, aucun des degrés d'incapacité de gain mentionnés ci-dessus ne justifie l'octroi d'une rente d'invalidité.

Partant, la décision du 4 juillet 2019, par laquelle l'Office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, ne prête pas flanc à la critique.

3.1 L'objet du litige consiste d'autre part dans le refus d'octroi de mesures d'ordre professionnel, sous forme d'un reclassement professionnel prévu à l'article 17 LAI ou d'une aide au placement selon l'article 18 LAI, par le prononcé y relatif du 4 juillet 2019.

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). L'assuré en incapacité de travail au sens de l'article 6 LPGA et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver (art. 18 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Le droit à un reclassement suppose que la personne assurée soit invalide ou menacée d'une invalidité (art. 8 al. 1 LAI). Est invalide au sens de l'article 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté parce que l'atteinte à la santé est telle que l'exercice de l'activité antérieure n'est, en tout ou partie, plus exigible. A cet égard, le taux d'invalidité doit être d'une certaine ampleur. D'après la jurisprudence, tel est le cas lorsque, dans les activités lucratives encore exigibles sans formation professionnelle supplémentaire, la personne assurée subit une perte de gain durable ou permanente avoisinant les 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Plus singulièrement, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit subjectivement – soit en rapport avec la personne de l'assuré – appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 6 et 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4).

3.2 Le taux d'invalidité fixé plus haut à 5.6% n'atteint donc pas le seuil précité de 20%, pas plus du reste que ceux de 0% ressortant des décisions de refus de rente des 21 septembre 2005 (pièce 24) et 4 juillet 2019 ou de 17% figurant dans le prononcé du 10 juillet 2013 (pièce 65).

Quant aux déclarations faites par l'assuré dans sa contestation du 2 octobre 2017 puis son recours du 9 septembre 2019 concernant sa disponibilité à entreprendre une réadaptation professionnelle, elles sont tout de même sujettes à caution en regard des développements susmentionnés relatifs à l'indicateur de la résistance à toute mesure de

réadaptation. La condition subjective posée pour la mise en œuvre d'une telle mesure semble ainsi faire défaut en l'occurrence. Il n'y a d'autre part rien à ajouter à l'exigence, mentionnée dans la décision querellée de refus de mesures d'ordre professionnel, d'une incapacité de travail dans une activité adaptée pour l'obtention d'une aide au placement, ce qui n'est pas le cas en l'espèce comme retenu précédemment. L'assuré a d'ailleurs estimé cette aide inutile dans ses courriers adressés les 4 et 30 septembre 2013 à l'Office AI (pièce 74).

En conséquence, la décision du 4 juillet 2019 portant sur le refus de mesures d'ordre professionnel se révèle également correcte.

4. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et les deux décisions prononcées le 4 juillet 2019 par l'Office AI sont confirmées, sans qu'il soit nécessaire d'administrer les preuves offertes par le recourant dans son mémoire du 9 septembre 2019.

Celui-ci n'a notamment pas droit à un nouvel avis expertal sur sa situation déjà établie de manière probante par les experts de la Q _____ (pièces 204 et 205), au seul motif que les conclusions de ces experts ne lui conviennent pas. Quant aux pièces du cas d'accident et de la procédure judiciaire S1 13 146, elles figurent déjà au dossier d'assurance-invalidité. Les auditions de l'épouse du recourant et de l'expert-psychiatre de la Q _____ se révèlent également inutiles, ce d'autant plus que celle-ci a rédigé une attestation que le recourant a transmise cédans le 24 octobre 2019. Au sujet du principe de l'appréciation anticipée des preuves dont il est fait application ici, il est notamment renvoyé aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1^{er} septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2.

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction de l'importance de la procédure et de la contestation des deux décisions du 4 juillet 2019 (art. 61 let. a aLPGA, 83 LPGA et 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant qu'il a versée le 27 décembre 2019.

5.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 16 août 2022