

FR_GERICHTE 605 2019 188 vom 23. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_188

FR: FR_GERICHTE 605 2019 188 du 23 septembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 188 del 23 settembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

octobre 2019, concluant avec suite de frais et d'une indemnité de partie à leur annulation et, partant, au droit à la rente entière, respectivement à deux rentes pour enfants, à partir du 1er septembre 2013, cela sans aucune limitation dans le temps, soit donc également après le 1er novembre 2015. Il se réfère essentiellement à l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI, qui avait retenu une limitation de moitié de sa capacité de travail et dont il se prévaut dès lors, comme par ailleurs des autres rapports figurant au dossier, dont ceux de son psychiatre traitant, rapports selon lesquels il ne pourrait même plus du tout travailler. Il reproche en substance à l'OAI de s'être simplement écarté de l'avis d'un expert qui n'allait pas dans son sens, sans même demander l'avis d'un second expert. En prenant encore en compte les séquelles physiques de ses deux accidents, le droit à la rente entière serait même acquis : il demande dès lors, à titre subsidiaire, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 Il a versé une avance de frais de CHF 800.- le 23 août 2019. Dans ses observations, l'OAI propose le rejet des recours, principal comme complémentaire, renvoyant au dossier. Le recourant a déposé des contre-observations dans le droit sens de ses recours. Il sera fait état des arguments, soulevés par ces dernières, dans le cadre des considérants en droit, où seront plus particulièrement examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, les deux recours, principal et complémentaire, d'ores et déjà matériellement joints, sont recevables. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par les décisions querellées et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elles soient, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est

échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 2.2. La méthode dite ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 3.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 3.2. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). 4. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 4.1. Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5. Est en l'espèce litigieux le droit à la rente entière du recourant, respectivement des rentes pour enfants, au-delà du 31 octobre 2015. Il est à noter que la rente entière lui est octroyée à partir du mois de juin 2012 déjà et c'est ainsi cette dernière date, plus favorable au recourant qui ne saurait prendre des conclusions allant à l'encontre de ses propres intérêts, qui est retenue comme le point de départ du droit à la rente. Le recourant critique, cela étant, l'appréciation faite de sa capacité de travail au plan psychiatrique, qui serait au moins diminuée de moitié si l'on se référait à l'avis de l'expert mandaté par l'OAI, dont il se prévaut. Les autres médecins retiendraient même, selon lui, une incapacité de travail totale. Qu'en est-il ? 5.1. Premier accident en 2007 5.1.1. Le recourant a subi un premier accident au mois d'octobre 2007, au cours duquel, manœuvre exerçant l'activité de charpentier, il s'était blessé au niveau de la cuisse avec une tronçonneuse, après quoi il s'était rétabli lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR): « Il s'agit d'un patient de 25 ans, manœuvre-charpentier, qui se blesse avec une tronçonneuse au travail le 12.10.2007, sur le compartiment interne de la cuisse gauche. L'évolution est défavorable avec la persistance d'une boiterie et de dysesthésies de la jambe gauche. (...) Présentant des dysesthésies de la jambe gauche, un ENMG est effectué le 30.04.2008. A l'examen neurologique le patient déclare une hypoesthésie modérée sur la face

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 antéro-interne de la jambe gauche, jusqu'à la malléole interne. Dans la région sous-rotulienne, il déclare par contre une hyperesthésie avec allodynie. Un signe de Tinel est déclenché à la percussion du nerf saphène, à peu près au milieu de la cicatrice. (...) En résumé, Monsieur nous est adressé 6 mois après une plaie superficielle par tronçonneuse au genou gauche, suturée le jour-même. L'évolution est marquée par la persistance d'une boiterie et de douleurs déclarées au genou gauche,

prédominant sur la face antérieure. Il n'y a pas d'amélioration sur le plan subjectif et objectif durant le séjour » (rapport CRR du 3 juin 2008, dossier AI, p. 57 ss). Le diagnostic retenu était celui d'une « plaie superficielle du compartiment interne du genou gauche par tronçonneuse le 12.10.2007, suturée le jour même. Douleurs du genou gauche prédominant sur le compartiment antérieur. Neuropathie ulnaire saphène interne gauche avec atteinte du rameau infra-patellaire » (rapport précité). 5.1.2. Amené à se prononcer comme spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr B. _____ avait déconseillé toute opération: « Compte tenu de tous les éléments, je déconseille une intervention chirurgicale. En effet, il s'agit de lésions partielles, à la fois sur le nerf saphène, comme le rameau infra-patellaire ayant produit probablement des névromes en continuité. La neurolyse seule de ces névromes n'a aucun sens. La résection et l'enfouissement risquent de péjorer les symptômes sensitifs dans leur territoire d'innervation, avec un résultat très incertain concernant les douleurs de la cicatrice » (rapport du 18 août 2008, dossier AI, p. 80). Dans son examen médical final, le médecin d'arrondissement de la SUVA avait pour sa part signalé, une année environ après l'accident, la présence de phénomènes non-organiques: « En résumé, cet assuré présente des séquelles de son accident se traduisant par une cicatrice chéloïdienne avec troubles sensitifs et douloureux péri-cicatriciels sur probable tendinopathie cicatricielle d'insertion de la patte d'oie et atteinte d'une branche sensitive du nerf saphène interne. Les troubles subjectifs sont vraisemblablement majorés par des phénomènes non-organiques et anxieux dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer » (rapport du 1 octobre 2008, dossier AI, p. 72). Selon ce dernier spécialiste, la capacité de travail serait diminuée de moitié dans l'activité de charpentier, mais elle serait complète dans toute autre activité adaptée: « Si l'on se base sur tes seules constatations objectives, cet assuré serait en mesure de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de montée répétée d'échelle ou d'escalier ou de marche prolongée en terrain irrégulier. Un taux de 50% lui a été reconnu dans son activité actuelle. Ce taux pourrait éventuellement être modulé par une évaluation de la capacité effective sur la place de travail » (rapport précité, dossier AI, p. 72). 5.1.3. Dans ces conditions et sur les recommandations du Service médical régional de l'AI (« Compte tenu des rapports détaillés à ma disposition et des prises de position des différents médecins, je retiens une capacité de travail de 50% comme manœuvre-charpentier. Par contre, dans une activité adaptée, je souscris pleinement à l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA et estime que la capacité de travail exigible serait de 100%, sans diminution de rendement » [dossier AI, p. 159]), sa première demande de rente AI déposée le 9 septembre 2008 (dossier AI, pièce 4) a été rejetée le 29 mai 2009, la perte de gain n'excédant pas 9% (dossier AI, p. 172). Une composante psychique était, cela étant, déjà observée: « Il existe en effet une composante psychique (trouble de l'adaptation, réaction anxieuse) non invalidante par elle-même, mais qui Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 contribue très certainement à aggraver subjectivement la situation, l'assuré étant centrés sur ses plaintes et n'arrivant plus à se projeter dans l'avenir » (rapport SMR du 20 novembre précité). 5.1.4. Des mesures professionnelles ont été proposées au recourant en septembre 2010 sous la forme d'un stage « d'accoutumance au processus de travail » (dossier AI, p. 193), et celui-ci a pu reprendre le travail le 21 mars 2011. Il laissera toutefois plus tard entendre avoir été contraint d'accepter ce travail qu'il pensait d'emblée ne pas pouvoir assumer très longtemps en raison de son état de santé: « Finalement, ne trouvant pas de solutions après la clôture du premier accident, il a proposé ses services à l'entreprise (...) pour qui il avait travaillé en son temps. L'engagement a eu lieu le 21.03.2011. Il n'a pas évoqué en détail ses problèmes de santé. De plus,

[l'employeur] ne lui a pas posé plus de questions à ce sujet. L'assuré savait qu'il ne pourrait pas assumer les tâches de la profession sur le long terme. Cela se serait vu sur le long terme et il serait fait licencié. Toutefois, il nous dit n'avoir pas eu le choix pour des raisons économiques » (entretien SUVA du 6 février 2012, dossier AI, p. 332).

5.2. Second accident en 2011 La présente Cour avait eu à traiter du cas du recourant après un second accident qui l'avait vu tomber d'un toit et se blesser à l'avant-bras gauche au niveau du poignet. Elle avait, à cette occasion, notamment relevé ce qui suit. « Le 24 mars 2011, soit trois jours après avoir débuté une nouvelle activité en tant que menuisier charpentier, le recourant a chuté d'un toit situé à une hauteur d'environ 2,5 mètres. Une fracture comminutive déplacée, intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche avec arrachement de la styloïde cubitale et subluxation radio-carpienne a été diagnostiquée. Une réduction sanglante de la fracture avec ostéosynthèse à l'aide d'un fixateur externe et neurolyse du nerf médian a été réalisée le lendemain de l'accident par le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Suite à la persistance de douleurs, l'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 22 juin au 7 juillet 2011. Le rapport de sortie du 26 juillet 2011 constate une bonne consolidation de la fracture du poignet gauche mais aussi le développement d'une algodystrophie du poignet et de la main gauches avec syndrome douloureux régional complexe (SDRC, Complex Regional Pain Syndrome, CRPS). Sur le plan psychique, un processus d'invalidation avec des douleurs chroniques a été diagnostiqué, ainsi qu'une symptomatologie de type dépressif associée à des ruminations anxieuses, sans toutefois présenter d'élément en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). D'autre part, la persistance des douleurs au genou et à la jambe gauches, liées au précédent accident, a été relevée (dossier intimée, pièce 26, p. 4). Un second séjour à la CRR a eu lieu du 17 avril au 8 mai 2012. Le rapport de sortie du 23 mai 2012 pose comme diagnostic principal des douleurs du poignet et de la main gauches, et, à titre de diagnostics supplémentaires, d'algodystrophie du poignet et de la main gauches, un trouble de l'adaptation avec prédominance de symptômes anxieux, de type post-traumatique, un épisode dépressif léger à moyen, une obésité, ainsi que des douleurs chroniques au genou gauche s'étendant à la jambe gauche (dossier intimée, pièce 68, p. 1). Ce rapport soulève l'absence

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 d'amélioration des douleurs au terme du séjour, tant du poignet que du genou gauches, et affirme que la situation n'est alors pas stabilisée sur le plan médical. Selon un rapport établi sur demande de la SUVA le 22 novembre 2012 par le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, la situation s'agissant du poignet gauche est « mal tolérée et ne permet certainement pas de reprendre une activité de charpentier à un pourcentage raisonnable », de sorte qu'une reconversion professionnelle s'impose. Il estime que l'atteinte à l'intégrité doit être considérée comme arthrose avancée, c'est-à-dire 10 à 15% (dossier intimée, pièce 98, p. 3). Dans un nouveau rapport du 6 décembre 2013 demandé par la SUVA, ce même Dr D. _____ diagnostique une CRPS I ou II avec neuropathie chronique nette de tout le membre supérieur gauche, avec une allodynie et des signes d'appréhension majeurs (dossier intimée, pièce 149). La SUVA a procédé à un examen médical final le 2 juillet 2015 (dossier intimée, pièce 214). Dans ce cadre, le Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, relève un comportement de l'assuré « marqué par des manifestations ostentatoires d'épargne de la main et du poignet et par des hyper-réactions douloureuses qui perturbent l'examen et ne permettent pas une évaluation précise des limitations fonctionnelles réelles du poignet ». S'agissant du genou gauche, le médecin

estime qu'« il n'y a pas d'élément nouveau (...) susceptible de modifier l'exigibilité ou l'IPAI établie lors de la liquidation du cas qui avait déjà été fortement marqué par des phénomènes non organiques et anxieux » (idem, p. 5). Sur le plan médical, il est d'avis que « la situation après l'accident du 14 mars 2011 est stabilisée sur le plan somatique. Le tableau invalidant actuel est marqué par des facteurs non organiques et d'ordre psychiatrique dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer ». (Arrêt TC 605 2016 17, consid. 6a aa). 5.2.1. Dans le sillage de ce nouvel accident, le recourant s'est une nouvelle fois adressé à l'OAI le 15 décembre 2011 (dossier AI, p. 266), qui finira par lui octroyer la rente entière limitée dans le temps dont le terme est ici litigieux. 6. Capacité au plan physique Dans son précédent arrêt, la Cour avait suivi l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA, relevant sur ce point : « Sur le plan médical, [ce dernier] est d'avis que « la situation après l'accident du 14 mars 2011 est stabilisée sur le plan somatique. Le tableau invalidant actuel est marqué par des facteurs non organiques et d'ordre psychiatrique dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer ». S'agissant de la capacité de travail, il estime que « si l'on se base exclusivement sur les séquelles somatiques de la fracture du poignet gauche, cet assuré droitier pourrait mettre en valeur une capacité de travail dans une activité n'exigeant pas de manutentions bi-manuelles ou le port de charges supérieures à 5 kg » (idem, p. 6). Enfin, il chiffre le taux d'atteinte à l'intégrité à 9% (dossier intimée, pièce 215) » (arrêt précité, consid. 6a aa in fine). Elle avait ainsi retenu avec lui que les atteintes physiques laissées par le second accident au niveau du poignet gauche n'entamaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 7. Capacité au plan psychique Comme il a été dit plus haut, des manifestations d'un trouble psychique, sous la forme d'une symptomatologie anxieuse, avait été remarquées chez le recourant après le premier accident de tronçonneuse survenu en 2007: « Chez un patient déclarant une symptomatologie anxieuse depuis son accident, un consilium psychiatrique est réalisé le 28.04.2008. Notre consultant retient comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses de type état de stress post- traumatique, pour lequel un suivi est mis en place à la Clinique. Il est relevé une symptomatologie anxieuse avec persistance de phénomènes de reviviscence (surtout des cauchemars), ainsi qu'un comportement d'évitement systématique des tronçonneuses » (rapport CRR du 3 juin 2008, dossier AI, p. 57 ss). 7.1. Une reprise du travail semblait déjà hypothétique: « On peut s'attendre à une reprise du travail difficile, chez un patient centré sur la douleur. Il n'est pas non plus exclu que des facteurs non-médicaux soient présents » (rapport précité). Le Dr F. _____, psychiatre auprès de la CRR, signalait alors une anxiété relativement élevée, avec la présence de phénomènes de reviviscence pouvant évoquer un traumatisme: « A l'observation, on est face à un homme vigile et orienté, sans trouble attentionnel ni mnésique, s'exprimant dans un français simple. La thymie est modérément abaissée, avec des modulations relativement pauvres, chez un patient se disant cependant préoccupé par la survie de son entreprise s'il devait être absent longtemps de son lieu de travail. L'anxiété est relativement élevée, alimentée par des cauchemars récurrents, ainsi que des douleurs à prédominance nocturne sous forme de fourmillements de la jambe gauche. Il y a aussi une peur importante de lâchage du genou (qui dans les faits n'est intervenu que rarement) et qui lui font craindre toute activité en hauteur, alors qu'il était auparavant intrépide. Il parle aussi d'autres phénomènes de reviviscence de son accident, durant la journée, avec visions d'images de son accident. Il y a aussi un évitement systématique des tronçonneuses, qu'il n'a plus osé ni utiliser, ni même aiguïser (ce qu'il faisait auparavant). Il y a enfin une irritabilité accrue, accompagnée de quelques signes

d'hypervigilance neurovégétative. Il n'y a pas d'élément pour un trouble psychotique ni pour un trouble avéré de la personnalité » (consilium psychiatrique du 26 mai 2008, dossier AI, p. 100). 7.2. La Cour de céans avait également pu constater la présence d'une atteinte psychiatrique attestée chez le recourant au cours des mois qui ont suivi le second accident. « Sur le plan psychiatrique, le rapport de sortie du 23 mai 2012 de la CRR parvient à la conclusion qu'« on peut s'attendre à une évolution longue chez un patient ne se voyant pas reprendre une quelconque activité professionnelle au vu des douleurs annoncées. Le processus d'invalidation est en cours » (dossier intimée, pièce 68, p. 5). Selon la Dre G. _____, du service de psychosomatique, l'état s'est péjoré sur le plan de l'humeur depuis le dernier séjour de juin 2011. Sur le plan anxieux, elle relève « une symptomatologie évoquant certains critères d'un syndrome de stress post-traumatique néanmoins sans en présenter toutes les caractéristiques ». Elle souligne que « ces symptômes étaient déjà présents lors de ses deux précédents accidents et se sont estompés dès le moment où il a été réinséré dans le monde professionnel ». En conclusion, elle ne retient pas un diagnostic franc de PTSD mais un trouble de l'adaptation avec des symptômes de ce registre-là (idem, p. 15).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Sur demande de la SUVA du 3 février 2014, le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré depuis juin 2012, a pour sa part attesté que la capacité de travail de ce dernier était nulle sur le plan psychiatrique (dossier intimée, pièce 153). Un autre rapport du 24 mars 2015 de ce médecin diagnostique un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère en cours de chronicisation (dossier intimée, pièce 199). Enfin, un examen psychiatrique a également été réalisé par le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre conseil de la SUVA, le 7 juillet 2015 (dossier intimée, pièce 222). Il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de modification durable de la personnalité. A la question posée par la SUVA de savoir si les troubles psychiques présentent un lien de causalité naturelle avec l'accident du 24 mars 2011, ce médecin répond par l'affirmative, estimant que « la causalité naturelle entre les troubles psychiques présents et l'accident du 24.03.2011 doit être admise. Le degré de certitude se situe entre le probable et le certain. La causalité naturelle est partielle dans le sens où les traumatismes de guerre subis dans l'adolescence et l'impact psychologique du premier accident ont facilité chez cet assuré le déclenchement des troubles psychiques décrits. Pourtant, sans l'accident du 24.3.2011, les troubles psychiques mentionnés ne seraient très probablement pas apparus » (idem, p. 7) ». (Arrêt TC 605 2016 17, consid. 6a bb). 7.3. Rapports médicaux à partir de 2014 Il s'agit en l'espèce de revenir plus en détail sur certains des rapports médicaux figurant au dossier et rédigés à partir de la seconde moitié de l'année 2014. Dans son précédent jugement, la présente Cour n'avait en effet essentiellement discuté que de l'existence d'un lien de causalité entre le second accident et les troubles psychiques, qu'elle avait niée, plutôt que de la portée invalidante de ces troubles. Au mois de septembre 2014, le Dr J. _____, du centre de la douleur à la Clinique K. _____, qualifiait la situation de complexe, confinant à l'impasse, notamment au plan social: « Il s'agit d'une situation complexe évoluant depuis 7 ans avec des douleurs chroniques et une désinsertion sociale progressive dans le cadre d'une spirale psychosociale négative pour laquelle la consultation de la douleur apparaît au patient comme une forme de dernier recours. A mon sens, la question asséurologique est certainement déterminante dans cette situation pour un patient qui s'est endetté et dont la validité effective dans son activité l'a mis de plus en plus dans une impasse. Il me semble que cette situation requiert d'abord une investigation sociale plus

poussée avant d'entrée dans des interventions médicales ou psychiatriques approfondies. Du point de vue du traitement psychologique, ce patient pourrait bénéficier d'une approche familiale c'est-à-dire entretien de famille de manière à l'aider à sortir d'une position et d'un rôle familial qui le ramène à une situation d'échec » (rapport du 15 septembre 2014, dossier AI, p. 903). Dans son rapport précité du mois de mars 2015, le psychiatre traitant estimait que l'épisode dépressif de moyen à sévère durait depuis quatre ans, relevant une cristallisation de l'état dans un contexte non seulement de douleurs, mais aussi de souffrance psychique authentique. Dans ces circonstances le pronostic n'était pas favorable: « Il présente un épisode dépressif d'intensité moyen à sévère depuis 2011 dont l'évolution s'avère stationnaire et pour laquelle une chronicisation est en cours. Les événements de vie adverses (accident de travail) survenus en 2007 puis surtout en 2011 quatre jours après la reprise de son activité, ont emporté l'espoir d'un

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 nouveau départ ou plutôt d'un renouveau professionnel générant une blessure narcissique importante chez un patient qui a eu un passé d'hyperactif dans l'exercice de son travail et dans la pratique de son sport favori le football (capitaine d'une équipe évoluant en 2ème ligue). Malgré l'absence d'insistance de sa famille, le patient se fait un devoir de rembourser mensuellement tant soit peu ce qu'il doit aux membres de sa famille et se profile plus souvent en coupable qu'en victime. Sur le plan psychopathologique, on observe une cristallisation de symptômes dépressifs s'originant dans les plaintes douloureuses mais également dans une souffrance psychique paraissant authentique. Du point de vue strictement psychiatrique, le pronostic est défavorable pour une activité dans l'immédiat compte tenu de l'intensité dépressive en lien avec ses douleurs. Une nouvelle évaluation est souhaitable dans six à douze mois pour voir si la prise en charge en cours par une unité spécialisée contre la douleur n'améliore pas son état » (rapport du 24 mars 2015 du Dr H. _____, dossier AI, p. 852). A la fin de l'année 2015, il considérait la capacité de travail comme nulle: « L'atteinte psychique continue toujours à occasionner une incapacité de travail à 100% en raison des limitations psychiques liée à un trouble dépressif récurrent en dehors de ses problèmes physiques » (annexe au rapport du 11 décembre 2015, dossier AI, p. 1052). Et c'était, selon lui, encore le cas à l'automne 2016 (annexe au rapport du 10 octobre 2016, dossier AI, p. 1066).

7.4. Expertise psychiatrique

L'OAI a mandaté un expert psychiatre en la personne du Dr L. _____. Celui-ci a rendu son rapport le 1er février 2018 (dossier AI, p. 1098, ss).

7.4.1. Il a d'abord examiné tous les rapports médicaux figurant au dossier. Il a convoqué le recourant, qui ne lui a pas paru particulièrement revendicateur vis-à-vis de la médecine ou des assurances: « Il est assez plaintif, grimace à quelques reprises, se plaignant de ses douleurs et du fait que sa situation sa vie est finie. A une ou deux reprises, en fin d'entretien, s'agissant de sa situation personnelle actuelle, administrative et financière, l'assuré a les yeux humides. Le contact s'établit aisément avec Monsieur qui répond volontiers - mais avec certaines imprécisions s'agissant des dates de naissance de ses proches - aux questions qui lui sont adressées. Il n'est pas querulent ou revendicateur envers les médecins ou les assurances sociales » (expertise L. _____, p. 22, dossier AI, p. 1119). Il a en revanche d'emblée relevé la présence d'une symptomatologie somato-psychique: « Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somato-psychique, même si les plaintes somatiques semblent quand même être au premier plan. Monsieur décrit des cogitations importantes face à sa situation, évoque un avenir bouché, des conflits de couple et avec sa famille, ainsi que de nombreuses dettes. Celles-ci s'accompagnent souvent de douleurs musculaires, digestives, de céphalées avec sonophobie. L'assuré se dit irritable, tendu, et a parfois des crises de jalousie envers

son épouse qu'il accuse de le tromper. Monsieur est globalement plutôt inactif. Occasionnellement, il allait rendre visite à son frère au garage, ce qu'il affirme ne plus être le cas actuellement » (expertise L. _____, p. 22, dossier AI, p. 1119). L'expert a mis à cet égard en évidence l'importante passivité du recourant depuis le premier accident de 2007, laissant entendre qu'il s'était installé dans son rôle de malade: « Il n'y a pas

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 d'indice en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. Avant les événements accidentels survenus depuis 2007, Monsieur ne paraît avoir souffert de dysfonctionnements majeurs au niveau personnel, social et familial. On est néanmoins frappés, compte tenu de son âge, d'une importante passivité depuis les événements de 2007, avec un certain catastrophisme ambiant et une tendance marquée à la régression. Monsieur paraît à la fois très passif vis-à-vis de son entourage, revendicateur de la reconnaissance de son rôle de malade. Pourtant, il ne remet pas un tant soit peu en question son fonctionnement depuis 2007 » (expertise L. _____ p. 23-24, dossier AI, p. 1120-1121). 7.4.2. Le Dr L. _____ a, quoi qu'il en soit, retenu un épisode dépressif majeur récurrent, qu'il a qualifié d'actuellement léger à moyen: « Nous concluons à un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité légère à moyenne. Il faut tenir compte du caractère parfois un peu dramatique de cet assuré qui reste très centré sur lui-même, donnant aussi parfois le sentiment d'une certaine indulgence face à ses difficultés. Les plaintes douloureuses sont toujours majoritaires - et ceci depuis toujours - et sans proportion relative évidente avec les symptômes anxio-dépressifs qui n'ont pas toujours été importants dans le passé » (expertise L. _____ p. 29, dossier AI, p. 1126). A côté de cette première atteinte, il a aussi commenté le trouble symptomatologique chronique induit par les plaintes démonstratives, dont la portée serait, là encore, légère à moyenne tout au plus: « Nous nous trouvons face à un assuré qui est très plaintif, démonstratif, qui exprime de manière caricaturale, dans son discours et son comportement, ses plaintes somatiques. Celles-ci sont décrites avec emphase et sont censées tout expliquer et tout justifier. L'assuré présente maintenant aussi des plaintes de la sphère digestive. Malgré l'importance des douleurs, on note que les démarches médicales et demandes d'investigation sont relativement modestes, tout comme la prise d'antalgiques d'ailleurs. Monsieur semble accepter son état, sans que la douleur paraisse entraîner un niveau d'anxiété élevée, ni avoir une vision catastrophique de celui-ci. Il s'agit maintenant d'un état de fait et les plaintes sont massivement surinvesties. Nous retenons le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique chronique, de gravité légère à moyenne tout au plus » (expertise L. _____ p. 31, dossier AI, p. 1128). Le Dr L. _____ constatait, cela étant, que le recourant était désormais figé dans son état depuis plus de 10 ans, ayant adopté un statut d'invalidé auquel il s'était parfaitement adapté: « Nous nous trouvons maintenant en 2017, soit après dix ans d'évolution et la maladie paraît avoir maintenant pris une valeur identitaire dont Monsieur retire de nombreux bénéfices secondaires : attention, sollicitude, tout comme aussi probablement financiers, car il s'est manifestement enfermé dans une situation inextricable qui se révèle et se révélera un obstacle non négligeable à toute reprise d'activité professionnelle. L'ancrage à une symptomatologie en partie fonctionnelle et un comportement d'invalidé paraît aussi être favorisé par la multiplication des investigations médicales et hospitalisations, avec certainement la perspective de solides bénéfices secondaires. Nous avons le sentiment que nous avons affaire à un assuré qui est déjà parfaitement adapté à son "invalidité", ayant fait le chemin psychologique régressif qui lui permette d'admettre son état. Monsieur est dépourvu de capacité à prendre du recul par rapport à sa situation, de remettre un tant soit peu en question les mécanismes de défense

psychologique et somatique qui lui permettent de justifier son état » (expertise L. _____ p. 33, dossier AI, p. 1130). La détérioration progressive de l'état de santé psychique depuis 2007 aurait finalement engendré, dans de telles conditions, une situation « inextricable » : « Nous assistons à une certaine

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 détérioration, en tout cas depuis 2007 chez un sujet qui s'est enfermé dans un rôle de malade inextricable, avec des problèmes financiers, familiaux et conjugaux qui se sont accumulés » (expertise L. _____ p. 39, dossier AI, p. 1136).

7.4.3. Retenant au final une aggravation plus particulière à partir de 2015, le Dr L. _____ considérait la capacité de travail comme diminuée de moitié, mais non comme entièrement atteinte. S'il rejoignait l'avis émis par le psychiatre traitant en 2013 qui retenait alors une incapacité de travail de 30%, il s'écartait en revanche de son confrère pour qui la capacité de travail serait même devenue nulle dans le courant de l'année 2015: « Nous avons le sentiment que son état de santé s'est détérioré en 2015, sur fond de différents problèmes évoqués dans les points précédents. Le Dr H. _____, dans son rapport du 28.01.2013, plaide pour une capacité de travail n'excédant pas 30 % vu l'état dépressif moyen à sévère. En 2015, le Dr H. _____ estime que l'incapacité de travail est complète. Nous pouvons admettre les différentes appréciations du Dr H. _____. De notre point de vue, il faut aussi tenir compte de l'ensemble du dossier médical et du caractère assez démonstratif de cet assuré, chez lequel il est probablement difficile d'obtenir des éléments plus précis. Nous estimons que Monsieur est en mesure de réaliser une petite activité simple, répétitive, à 50 %, lui permettant aussi de se mobiliser et de sortir de cet état de régression qui manifestement l'amène à une impasse (expertise L. _____ p. 40, dossier AI, p. 1137).

Ainsi, pourrait-on dire que, pour le Dr L. _____, l'incapacité de travail de 30% constatée en 2013 serait tout au plus passée à 50% en 2015, laissant envisager l'espoir, au moins, d'une reprise de travail simple et répétitive à mi-temps.

7.5. Echanges expert – psychiatre traitant Les deux spécialistes ont correspondu avant que l'expert ne rende son rapport. Dans un rapport du 15 novembre 2017, le Dr H. _____ confirmait que la situation, figée entre la maladie et les problèmes socio-financiers, n'évoluait plus depuis de nombreuses années : « L'évolution est stationnaire dans la polarité dépressive depuis plusieurs années. Il se plaint des douleurs compliquées par une situation socio-financière très précaire. Une hospitalisation à la clinique M. _____ organisée par le Dr N. _____ du centre de la douleur de la clinique K. _____ a permis une légère amélioration de son état douloureux. (...) Il présente actuellement un épisode dépressif d'intensité sévère avec des idées

suicidaires non scénarisées avec un sentiment dominant d'impasse et d'insurmontabilité dans un contexte notamment des difficultés financières » (rapport du 15 novembre 2017 du Dr H. _____, dossier AI, p. 1142). Au printemps 2018, le psychiatre traitant s'est enfin prononcé sur l'expertise, estimant pour sa part que le cumul de deux atteintes psychiques engendrait une limitation de la capacité de travail d'au moins 70%: « Concernant la capacité de travail, l'expert retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, simple en relation avec les limitations somatiques objectives. Dans cette situation, il s'agit d'un patient avec deux troubles psychiques reconnus et admis, et vivant avec des séquelles liées à deux accidents majeurs survenus en octobre 2007 et en mars 2011. L'appréciation objective de sa capacité de travail résiduel doit relever exclusivement des spécialistes concernés. En conclusion, il apparaît objectif de se rendre à l'évidence qu'à la somme des problèmes psychiques et de la composante physique, une incapacité de travail d'au moins

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 70% doit être reconnue dans l'économie réelle » (rapport du Dr H. _____ du 15 mai 2018, dossier AI, p. 1153). 7.6. Si l'OAI s'est écarté de l'expertise du Dr L. _____, c'est que son service juridique en a contesté la valeur probante en invoquant la jurisprudence, ce qui a amené l'office à conclure à l'absence de toute limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiques: « Partant, en s'appuyant sur ces critères d'exclusion, l'Office peut ne pas retenir le caractère invalidant des diagnostics psychiatriques avancés par l'expert. De même, si par impossible il fallait retenir le caractère invalidant, l'examen matériel du contenu de l'expertise nous permet de constater que l'assuré dispose de ressources mobilisables. (...) En conclusion, l'Office doit se distancier des conclusions de cette expertise psychiatrique. Il y a lieu de retenir une pleine et entière capacité de travail horaire et rendement pour cet assuré d'un point de vue psychiatrique » (prise de position du 29 mai 2018, dossier AI, p. 1158). 7.7. Autres rapports plus récents Le Dr N. _____, anesthésiologiste FMH auprès de l'Institut O. _____ a pour sa part renoncé à formellement se prononcer sur la capacité de travail du recourant: « Comme Institut O. _____, nous avons affaire à des patients dont l'évolution est complexe et surtout nous ne sommes jamais associés à leur évaluation professionnelle ou d'invalidité. Cependant, malgré le fait de ne pas pouvoir me prononcer sur sa capacité de travail exacte, je pense que celle-ci est petite et qu'une évaluation auprès de l'Institut P. _____, ou un autre organe plus à même à évaluer son cas » (rapport du 10 septembre 2018, dossier AI, p. 1199). Quant aux spécialistes de l'unité de réadaptation somatique de la Clinique M. _____, ils estimaient que le recourant n'était plus capable de se réinvestir dans un quelconque travail au vu de la détérioration de son état de santé: « Les objectifs du séjour ont été modestement atteints dans un cadre structuré. Le patient s'est félicité de ses efforts qui l'ont petit à petit aidé à se mobiliser et à mieux planifier ses AVQ [= activités de la vie quotidienne], nous suggérons qu'il adhère à un programme de structuration dans un atelier d'occupation par le biais d'un hôpital de jour. Là encore, il se voit bloqué économiquement. Au vu de la détérioration de son état de santé psychique et physique, ce patient ne pourra pas s'investir dans un travail demandant un rendement. Cela nécessite un suivi psychiatrique à long terme » (rapport du 5 novembre 2018, dossier AI, p. 1226). 8. Discussion On ne peut que constater, au vu de tout ce qui précède, que le recourant a présenté des troubles relevant de la sphère psychique depuis 2007, à la suite du premier accident qui l'avait subi en se blessant à la jambe avec une tronçonneuse. Les médecins se prononçant au sujet desdits troubles sont tous parvenus à la conclusion qu'ils s'étaient progressivement aggravés, notamment à la suite du 2e accident. Ainsi, le psychiatre traitant estimait-il la capacité résiduelle de travail seulement réduite de 30% en 2013, avant de la considérer comme nulle deux ans plus tard, reconsidérant cette estimation en 2018 pour estimer alors que son patient était désormais incapable de travailler à 70%.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 Pour leur part, les spécialistes de la Clinique M. _____ ne semblent plus attendre du recourant qu'il puisse mettre à profit sa capacité de travail, évoquant la perte de tout rendement. Quant à l'expert psychiatre mandaté par l'OAI, le plus optimiste de tous, il estime que cette capacité de travail n'est réduite que de moitié. 8.1. Les conclusions de l'expert se comprennent au vu de l'historique du recourant. Celui-ci, qui présentait déjà une composante psychique après le premier accident survenu en 2007, n'a en effet jamais été véritablement en mesure de reprendre le travail après cela. 8.1.1. Il figure certes au dossier des éléments extra-médicaux indéniables pouvant expliquer cette non-reprise du travail, éléments que les juristes de l'OAI ont mis en évidence dans leur prise de position et qui les ont amenés à voir des incohérences dans les conclusions de

l'expert psychiatre qui auraient été susceptibles d'entamer la valeur probante de son rapport. La présente Cour avait déjà relevé ces facteurs socio-économiques, qui expliquaient selon elle que le second accident survenu en 2011 n'avait pas pu causer les troubles psychiques. Il aura par ailleurs notamment été rapporté que le recourant semblait ne pas donner la pleine mesure de ses moyens: « l'assuré s'autolimité beaucoup et est très plaintif. Pour une phase I, il est demandé au moins une capacité de travail de 4 heures. Nous sommes loin du compte. Au vu de ce qui précède, une phase ne pourra pas se faire. Nous convenons que le soussigné contact l'assuré pour le remotiver. Nous appelons Monsieur. Il nous dit faire son maximum mais qu'il ne peut pas faire plus. Nous lui expliquons qu'il doit peut-être aller au-delà de "son" maximum. La SUVA et la CRR sont là pour l'aider à tirer le meilleur de lui-même. Il doit saisir cette chance. C'est son avenir qui est en jeu. Mais on ne peut aller à l'encontre des déclarations de l'ensemble des médecins » (entretien SUVA du 1er mai 2012, dossier AI, p. 555). Si bien que l'on a pu même au départ s'interroger sur ses motivations réelles: « Cet homme de 30 ans a toujours travaillé dans le domaine de la charpente. La lenteur d'exécution et la démonstration constante de limitations ne permettent pas véritablement de juger de sa réelle implication à la mesure. De ce fait, nous nous interrogeons sur la volonté réelle de Monsieur pour reprendre une quelconque activité professionnelle » (rapport CRR service de réadaptation professionnelle du 24 avril 2012, dossier OAI, p. 622). 8.1.2. Contrairement à ce suggère le service juridique de l'OAI, l'expert psychiatre a semblé tenir compte de ces éléments extra-médicaux, en niant toute portée invalidante au trouble somatoforme induit par ces derniers, pour ne retenir que la portée invalidante du trouble dépressif majeur récurrent signalé par l'ensemble du corps médical et qualifiée d'authentique par le psychiatre traitant. C'est ainsi que l'expert a fini par s'écarter des conclusions du psychiatre traitant pour retenir l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% et non pas de seulement 30%. Rien ne permet d'affirmer au demeurant, d'un point de vue médical, que la capacité de travail serait entière. D'autant moins que l'état de santé du recourant pourrait également subir l'influence d'un traumatisme plus ancien, signalé à l'époque par le psychiatre de la SUVA et que la présente Cour n'avait pas non plus manqué d'évoquer dans son précédent jugement, traumatisme pouvant

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 générer un comportement à risque: « Le vécu traumatique de guerre a néanmoins contribué à modifier et fragiliser la personnalité de l'assuré et à entraver la réinsertion professionnelle après le premier accident. C'est probablement déjà un trait de modification de personnalité qui a amené l'assuré à courir des risques quand il a repris finalement son travail, c'est-à-dire à ne pas évaluer avec prudence et réalisme les risques de remonter sur des échafaudages avec son genou G fragile et instable » (appréciation du 7 juillet 2015 du Dr I. _____, dossier AI, p. 945). Ce traumatisme plus ancien pourraient donner un sens aux circonstances qui ont vu le recourant subir un second accident seulement trois jours après avoir repris le travail, circonstances pour le moins étonnantes si l'on se réfère au défaitisme qu'il semblait afficher au moment de commencer chez son nouvel employeur. Quoi qu'il en soit, la psychiatre spécialiste de la CRR avait après cela signalé une symptomatologie dépressive marquée d'angoisses et d'anxiété liées à l'avenir: « Toutefois, on relève une symptomatologie de type dépressif associée à des ruminations anxieuses liées à son avenir professionnel. L'intensité des symptômes actuellement présentés relève du contexte d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Sur le plan socio-économique, depuis son dernier accident, le patient se retrouve dans une situation économique précaire,

ayant contracté des dettes auprès de connaissances afin de subvenir à ses besoins au quotidien. Suite à ce nouvel accident, le patient explique souffrir d'importantes ruminations anxieuses liées à son avenir et à sa situation socio-économique » (consilium psychiatrique CRR de la Dre G. _____ du 20 juin 2011, dossier AI, p. 213). Cette dernière ne se prononçait pas sur la capacité de travail, ne faisant que laisser entendre, mais plutôt comme une éventualité, que des mesures professionnelles pourraient être entreprises, ce qui va au demeurant dans le sens d'une capacité de travail partielle évoquée par l'expert psychiatre: « Sur le plan thérapeutique, au vu de l'évolution chronique du syndrome douloureux, je propose que ce patient soit intégré au groupe douleur et changement et surtout qu'il puisse bénéficier d'un encadrement social afin qu'il puisse anticiper d'éventuelles mesures de réorientation professionnelles » (consilium précité). Mais elle avait considéré l'année suivante que l'état psychique s'était même péjoré: « Actuellement sur le plan psychique, depuis le dernier séjour de juin 2011, je relève que sur le plan de l'humeur, son état s'est péjoré et qu'il présente actuellement une symptomatologie dépressive franche d'intensité légère à moyenne » (consilium psychiatrique CRR du 26 avril 2012, dossier AI, p. 623). Enfin, comme il a été dit plus haut, les spécialistes de la Clinique M. _____ ne pariaient pas sur le potentiel de rendement du recourant. 8.2. Dans un tel contexte, l'application théorique d'une jurisprudence relative à la portée probante d'une expertise ne permet pas de décréter que, dans le cas d'espèce, les conclusions de l'expert psychiatre seraient infondées. En se prononçant en faveur d'une capacité de travail limitée de moitié, ce dernier a au contraire pris en compte le double impact d'une part, d'une atteinte psychiatrique majeure, d'une intensité il est vrai de légère à moyenne mais qui se serait tout de même aggravée avec le temps et, d'autre part, de la situation inextricable, probablement figée depuis plus de 10 ans.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Si l'on retient encore la présence possible d'un trouble traumatique plus ancien, il devient impossible, en l'état et sans autre mesure d'instruction médicale, de décréter que le recourant dispose à l'heure actuelle d'une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. 8.3. C'est le lieu de faire remarquer enfin que l'opinion du service juridique aurait au moins dû conduire l'OAI à demander son avis à un second expert psychiatre. L'OAI ne pouvait ainsi décider de simplement supprimer la rente entière accordée, au prétexte que, les conséquences des séquelles physiques du second accident s'étant estompées à la fin du mois d'octobre 2015, le recourant ne pouvait par la suite plus se prévaloir d'une atteinte partiellement invalidante au plan psychiatrique, ceci alors même qu'aucun spécialiste ne le soutenait. Il ne pourra d'ailleurs le faire qu'au terme d'une nouvelle procédure en révision d'office qui viendrait établir que l'état de santé du recourant s'est amélioré. 9. Il s'ensuit l'admission du recours principal et du recours complémentaire qui s'avèrent tous deux bien fondés, ce qui entraîne l'annulation des deux décisions querellées. Pour l'heure et en l'état, la cause est renvoyée à l'OAI pour détermination du degré d'invalidité du recourant après le 31 octobre 2015, sur la base d'une capacité diminuée de moitié dans une activité adaptée simple et répétitive, ainsi que l'a préconisé l'expert psychiatre. Après quoi, il servira à son assuré les rentes auxquelles il aura droit. 10. Il reste à statuer sur les frais et les dépens. 10.1. Au vu de l'issue du litige, des frais sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. Ils sont fixés à CHF 800.-. Dans le même temps, l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est remboursée. 10.2. Ce dernier a enfin droit à une indemnité de partie. La liste d'honoraires du 10 février 2020 fait état d'un peu plus de 24 heures de travail, soit quatre jours entiers, ce qui paraît un peu excessif au vu du peu de la complexité toute relative de la cause, au demeurant régie par la

maxime d'office et du plein pouvoir d'examen du juge qu'elle entraîne et qui présuppose que le mémoire de recours n'a pas à revenir de manière détaillée sur le parcours médical. L'affaire ne présentait en effet pas de difficultés particulières, dès lors qu'il ne s'agissait en l'espèce pour une mandataire professionnelle que de démontrer que l'OAI ne pouvait se prévaloir d'aucun rapport médical susceptible d'étayer la pleine capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, on s'écartera de la liste pour ne retenir, ex aequo et bono, que le nombre d'heures strictement nécessaires à effectuer dans un tel cas, soit une quinzaine d'heures. Celles-ci sont indemnisées au tarif horaire de CHF 250.- (= CHF 3'750.-).

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 A quoi s'ajoute encore une TVA de 7,7% (= CHF 288.75), pour un montant total de CHF 4'038.75, intégralement mis à la charge de l'OAI. la Cour arrête : I. Les deux recours 605 2019 188 et 605 2019 296 sont admis et les deux décisions attaquées sont annulées. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle détermination du degré d'invalidité dès le 1er novembre 2015, au sens de ce qui précède, sur la base d'une incapacité de travail diminuée de moitié dans une activité simple et répétitive. II. a. Des frais de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. b. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée au recourant. III. Une indemnité de CHF 4'038.75 (TVA de CHF 288.75 comprise) est allouée à la mandataire du recourant. Elle est mise à la charge de l'OAI. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 23 septembre 2020 /mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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