

FR_GERICHTE 605 2019 302 vom 23. Oktober 2020

FR Kantonsgericht, 2020-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_302

FR: FR_GERICHTE 605 2019 302 du 23 octobre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 302 del 23 ottobre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le premier recours est recevable. Un second recours ayant été précautionneusement déposé à la suite d'une nouvelle notification, également en temps utile, les deux actes font ici l'objet d'une jonction formelle de cause, déjà matériellement amorcée dans l'échange des écritures.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

E. 2.1

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1. et références). En définitive, une atteinte influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 21

E. 2.2

Ce n'est toutefois pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

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.

E. 3.2

et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

E. 4

L'art. 16 LPGA dispose que, 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. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

E. 4.1

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée).

E. 4.2

En ce qui concerne le revenu d'invalide, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité

Tribunal cantonal TC Page 5 de 21 de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

E. 4.2.1

Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS).

E. 4.2.2

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidité est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalidité exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidité qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid.

E. 5

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.

E. 5.1

Tout changement important des circonstances propres 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 21 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).

E. 5.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente (= rente limitée dans le temps) 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).

E. 6

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).

E. 6.1

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).

E. 6.2

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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 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).

E. 7

Est en l'espèce principalement litigieuse la suppression, au 31 janvier 2016, de la rente entière provisoirement allouée au recourant au regard des conséquences de l'accident survenu le 23 juin 2014. Ce dernier estime qu'au vu de son état de santé, qui n'était au demeurant pas encore stabilisé à cette époque, sa capacité de travail, respectivement de gain, a été totalement et durablement réduite. Il convient de revenir sur le parcours médical du recourant depuis la survenance de l'accident qu'il considère comme étant à l'origine de ses atteintes physiques, au niveau du poignet gauche comme du bas du dos, et psychiques. L'on relèvera à cet égard qu'une grande partie des pièces médicales ont été récoltées dans le cadre de la procédure d'assurance-accidents conduite par la SUVA, dont le dossier est intégré au dossier AI, pièces que la présente Cour avait déjà été amenée à examiner dans la cause 605 2019 110. Atteintes physiques : évolution jusqu'au début de l'année 2016

E. 7.1

Le recourant, maçon-coffreur né en 1967, marié, père de trois enfants, a été victime d'un accident de chantier le 23 juin 2014 : il était en train de travailler sur une dalle, dans le cadre d'un contrat de mission temporaire, lorsqu'il a mis le pied dans un évidement, ceci alors même que ses collègues étaient en train de décoffrer en-dessous, ce qui a provoqué sa chute d'environ trois mètres (dossier AI, p. 120).

E. 7.1.1

Il a été transporté en urgence à l'Hôpital, où a tout d'abord été constatée, au radius gauche, une « fracture pluri-fragmentaire intra-articulaire déplacée avec fragments déplacés les uns par rapport aux autres au niveau de l'articulation », fracture réduite le lendemain par ostéosynthèse avec pose de plaques (rapport du 26 juin 2014, dossier AI, p. 135). Le diagnostic secondaire de « fracture de L2 » a aussi été posé, avec indication de rester en lit strict jusqu'à l'opération au poignet, puis une mobilisation de celle-ci sera envisagée selon les douleurs (rapport du 24 juillet 2014, dossier AI, p. 137). Au sujet de la chute, les médecins relevaient qu'il n'y avait pas eu de notion de malaise après celle-ci, ni traumatisme crânien, ni perte de connaissance, ni amnésie, céphalées, nausées ou vomissements. Enfin, il est à noter que, pendant le séjour à l'hôpital, qui n'aura duré que trois jours, le recourant a été autorisé à sortir pour aller chercher un corset et une attelle chez une orthopédiste, après quoi il est à nouveau retourné terminer son séjour hospitalier (dossier AI, p. 134).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21

E. 7.1.2

L'évolution du poignet gauche fut bonne dans les premières semaines : deux jours après l'opération et la pose d'un plâtre, l'« impaction était en diminution » et, s'il existait toujours

une « angulation palmaire de la fracture » elle était « cependant moindre que sur le cliché avant la réduction » (rapport du 25 juin 2014, dossier AI, p. 184). A la mi-août, on notait un « bon alignement des fragments osseux » (rapport du 20 août 2014, dossier AI, p. 178). Quant à la fracture lombaire, causée par « enfoncement du plateau supérieur », on ne trouvait pas de déplacement secondaire dans les semaines suivantes, ni d'« augmentation significative de l'enfoncement » dudit plateau. On notait un « discret remaniement dégénératif intéressant les autres corps vertébraux du rachis lombaire », ainsi qu'une « bascule du bassin vers la droite sur une hauteur de 6 mm, sans évident trouble de la statique de la jonction dorso-lombaire et du rachis lombaire ». Il n'y avait pas non plus de « remaniement dégénératif marqué de la symphyse pubienne » (rapport du 2 juillet 2014, dossier AI, p. 180). A la mi-août, il n'y avait pas de modification de la fracture et « toujours pas de recul du mur postérieur » (rapport du 20 août 2014, dossier AI, p. 177).

E. 7.1.3

Le contrat de travail du recourant auprès de l'agence de travail temporaire venait alors d'être résilié le 30 juillet 2014 (dossier AI, p. 101).

E. 7.1.4

Au début de l'année 2015, le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA observe que, « subjectivement », « l'assuré déclare aller mieux. Il garde des douleurs en ce qui concerne son rachis et son MSG. Il suit un traitement de physiothérapie 4x/semaine et admet que cette thérapie l'aide à progresser. L'assuré déclare manquer de force et de mobilité au niveau de son poignet et de sa main G. Il annonce également des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire G » (rapport du 28 janvier 2015, dossier AI, p. 207). « Objectivement », il relève, au niveau du poignet gauche, que « la main G est légèrement plus chaude que le côté droit avec une transpiration accrue. Le poignet a une mobilité limitée, particulièrement en ce qui concerne la flexion ainsi que la pronation. L'examen de l'épaule G laisse suspecter une possible pathologie de la coiffe des rotateurs ». « En ce qui concerne le rachis », le médecin rapporte encore que « radiologiquement, la fracture est consolidée. Une certaine raideur rachidienne est présente avec une DDS de l'ordre de 30 cm et un Schober lombaire à 10-12,5 cm ».

E. 7.1.5

C'est au printemps 2015, le 8 avril 2015, que le recourant a déposé sa demande de rente auprès de l'OAI, invoquant des « douleurs et limitations fonctionnelles du poignet gauche » ainsi que des « fractures lombaires L2 » (dossier AI, p. 58).

E. 7.1.6

Il a par la suite encore séjourné pendant un mois à B. _____ (rapport du 21 mai 2015, dossier AI, p. 336 ss). A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles concernaient tout d'abord les douleurs au poignet gauche, avec perte de sensibilité au niveau du pouce. Une sensation présente dans toute la main après l'accident, mais qui se serait résorbée grâce à l'ergothérapie. Ensuite, les douleurs au bas dos étaient évoquées, des douleurs lombaires centrales et latérales, avec une mobilité diminuée et de nombreuses difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 A côté de cela, le moral n'était pas très bon : l'éloignement de la famille était ressenti de manière difficile et l'accident provoquait encore de l'anxiété avec des difficultés d'endormissement et de probables cauchemars. Les

spécialistes de B._____ retenaient le diagnostic, au plan physique, de probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type I (algodystrophie) du poignet et de la main gauches, ainsi que de lombalgies persistantes, avec encore une bursite sous-acromiale avec discrète lame d'épanchement du long chef du biceps de l'épaule gauche. Au plan psychiatrique, ils signalaient un « possible état de stress post-traumatique », relevant à cet égard que « les symptômes initiaux ont fait place à une tendance à la dramatisation et à une perte de la confiance chez un assuré qui apparaît anxieux et diminué dans un contexte socio- professionnel défavorable ». Si le recourant avait bénéficié de « quelques entretiens psychologiques de conseil », il ne souhaitait, cela étant, pas de suivi psychologique en ambulatoire. Ils ont fini par conclure à une « évolution subjective et objective non significative. Subjectivement, le patient a l'impression que les douleurs au poignet restent inchangées. Au niveau du dos, il estime une amélioration de 50%, avec une mobilisation plus aisée ». Ils proposaient la poursuite du traitement physiothérapeutique en ambulatoire, avec prise de Dafalgan (antidouleurs), de Perindopril (contre l'hypertension artérielle) et de Brufen (antiinflammatoire).

E. 7.1.7

Le Dr C._____ de la SUVA a pour sa part revu le recourant au début de l'année 2016, « pour un examen médical final » (rapport du 27 janvier 2016, dossier AI, p. 470). « Subjectivement », le recourant concédait une légère amélioration de la situation de son membre supérieur gauche et disait avoir récupéré un peu de force et de mobilité au niveau du poignet et de la main. Il mentionnait des cervicalgies. Les lombalgies basses demeuraient. Le périmètre de marche était restreint, n'excédant pas 30 minutes. Le patient pouvait faire des travaux ménagers et se promenait un peu. « Objectivement », il se déshabillait en épargnant son bras gauche. Il n'y avait plus de signe de Sudeck (= syndrome douloureux régional complexe, ou SDRC) actif, mais la mobilité était toutefois limitée en prosupination (= le complexe de mouvements permettant une rotation d'une partie de membre par rapport à une autre. L'exemple typique est celui du membre supérieur, notamment de la main, qui permet de mettre la paume de la main vers le haut ou vers le bas) de l'avant-bras ainsi qu'en flexion-extension du poignet gauche. La force était également restreinte au « testing », mais le recourant était soupçonné de ne pas donner toute la pleine mesure de ses moyens. Radiologiquement, la fracture au poignet gauche était bien réduite et consolidée, sans complication dégénérative. Au niveau du dos, on notait un minime affaissement du plateau supérieur de L2, mais avec une fracture consolidée, ne présentant qu'un minime hypersignal résiduel du corps vertébral : en particulier, il n'y avait pas de hernie discale, ni de conflit disco- radiculaire.

E. 7.1.8

Considérant dès lors que son assuré n'avait plus besoin de traitement, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er juillet 2016 (dossier AI, p. 606).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 Atteintes physiques : évolution à partir de l'année 2016

E. 7.1.9

A la fin de l'année 2016, le Dr D._____, du service de chirurgie plastique et de la main à E._____, laissait entendre que des investigations plus poussées étaient peut-être nécessaires : « Il me semble raisonnable d'envisager la réalisation d'un arthro-scanner ou d'une arthro-IRM du poignet gauche, afin d'évaluer d'éventuelles lésions cartilagineuses radio- carpiennes qui ne sont pas visibles sur les radiographies standards. Une consultation

d'antalgie pourrait être indiquée dans le cadre des douleurs chroniques en lien avec le syndrome douloureux régional complexe, si cela n'a pas déjà été fait. Un ENMG du nerf médian au poignet gauche pourrait être demandé, afin d'évaluer la présence d'une éventuelle compression du nerf médian au travers du canal carpien. Le patient se plaint de douleurs rachidiennes, domaine qui n'est pas de ma compétence » (rapport du 2 décembre 2016, dossier AI, p. 634). Il relevait la complexité de l'atteinte au niveau du pouce gauche, susceptible en soi d'alimenter les douleurs du recourant : « Douleurs chroniques renforcées par les efforts même légers du membre supérieur gauche. Manque d'endurance du membre supérieur gauche. Maladresse du membre supérieur gauche. La prise d'objets à pleine main du côté gauche est rendue extrêmement compliquée en raison d'une allodynie du pouce qui s'étend au niveau de l'éminence thénar ».

E. 7.1.10

Après un premier recours déposé devant la Cour de céans, qui fera l'objet d'un classement (arrêt TC 605 2017 50), la SUVA a accepté de reprendre l'instruction du dossier au printemps 2017, se fondant sur un nouvel avis interne du Dr F. _____, un autre spécialiste en chirurgie, qui préconisait pour sa part un nouveau séjour du recourant à B. _____ (appréciation chirurgicale du 11 mai 2017, dossier AI, p. 701). Ce dernier relevait en effet que la situation, si elle paraissait stabilisée au mois de janvier 2016, n'en avait pas moins subi par la suite une dégradation, à cause d'une possible compression du nerf au niveau du poignet gauche: « Il ressort de ce résumé que la situation s'est semble-t-il péjorée au niveau du poignet gauche de l'assuré depuis l'examen du Docteur C. _____ du 27.01.2016, et que si lors de son examen du 27.01.2016 il n'y avait plus aucun signe de CRPS, ces signes soient réapparus par la suite, sans nouvel événement particulier, sous ergothérapie, avec peut-être même l'apparition de signes de compression du nerf médian au tunnel carpien ».

E. 7.1.11

Au mois de juin 2017, le Dr G. _____, du service de chirurgie plastique de H. _____ disait également que la situation n'était pas encore stabilisée, rappelant d'emblée à cet égard que « le patient ne souffre pas d'une fracture du poignet gauche mais d'une neuroalgodystrophie secondaire à la fracture elle-même » (dossier AI, p. 715).

E. 7.1.12

Le recourant séjourna ainsi une seconde fois à B. _____, au début du printemps 2018 (rapport B. _____ du 2 mai 2018, dossier AI, p. 949).

E. 7.1.12.1

Les spécialistes retinrent à cette occasion que le recourant était atteint d'un probable syndrome douloureux régional complexe de type I du poignet et de la main gauche, se manifestant par des douleurs continues, disproportionnées par rapport à l'évènement initial, avec la présence de signes vasomoteurs à type de changement de couleur de la peau, d'asymétrie de couleur de la peau et de la sudation, une diminution des mobilités articulaires et principalement des douleurs ne pouvant s'expliquer par d'autres pathologies.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21 Au plan neurologique, il n'y avait aucune atteinte des structures nerveuses périphériques au membre supérieur gauche, et notamment pas du nerf médian (cf. examen du 5 avril 2018, dossier AI, p. 969). Ils observaient tout particulièrement que la situation n'avait pas changé par rapport au premier séjour, cela

presque quatre ans après l'accident : - au niveau de l'épaule gauche, une IRM avait révélé une tendinopathie insertionnelle des tendons supra- et infra-épineux, sans rupture décelable ainsi qu'une discrète bursite sous-acromiale, assimilable à une capsulite dans le cadre d'un syndrome épaule-main, mais un examen fiable était difficile en raison des autolimitations ; - quant aux lombalgies persistantes à la suite du traumatisme, celles-ci s'accompagnaient des signes dysfonctionnels et, là encore, d'autolimitations, le recourant gardant l'impression que la vertèbre, pourtant objectivement consolidée, pourrait à nouveau se casser. Ces dernières ne s'expliquaient donc pas par les lésions objectivement constatées durant le séjour. A côté de cela, les spécialistes signalaient encore d'autres atteintes physiques : - à savoir, une « hypertension artérielle mal équilibrée », pour lesquels ils procédèrent au renforcement du traitement antihypertenseur, ce traitement étant à réévaluer et à adapter par le médecin-traitant ; - d'autre part, le recourant avait aussi présenté « des épisodes de douleurs thoraciques », mais l'examen cardiopulmonaire était dans la norme. C'est dès lors le diagnostic d'une « attaque de panique » qui avait été retenu. Enfin, sur un plan psychiatrique, l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était retenue, un suivi ambulatoire étant recommandé au recourant après sa sortie.

E. 7.1.12.2

La participation du recourant aux thérapies était considérée comme « moyenne », chez un patient très centré sur sa douleur et s'autolimitant beaucoup, ce qui n'avait pas permis de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. Des incohérences aussi étaient mentionnées et, aux ateliers, même la main droite pourtant valide accomplissait des performances en dessous de la moyenne. La situation n'était pas stabilisée au niveau de la main atteinte, mais aucune proposition thérapeutique supplémentaire ne pouvait plus être proposée au recourant. Le pronostic de réinsertion dans une telle activité adaptée était néanmoins qualifié de « complexe » au vu des nombreux facteurs contextuels et individuels.

E. 7.1.13

Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la SUVA confirmait les limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes de B. _____ (examen final du 26 septembre 2018, dossier AI, p. 1049).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21

E. 7.2

Troubles psychiques Les troubles psychiques dont le recourant se dit également atteint ont été commentés par les psychiatres de B. _____.

E. 7.2.1

Lors du premier séjour au printemps 2015, ceux-ci ont au départ émis l'hypothèse d'un « possible » stress post-traumatique (rapport consilium psychiatrique du 30 mars 2015, dossier AI, p. 354). Ils observaient que « le patient ne signale aucun antécédent avant l'accident. Depuis, il se sent en difficulté, très émotif, avec des phénomènes de reviviscence très fréquents. Dès qu'il ferme les yeux, il revoit son accident. Il n'a pas de traitement en cours. La situation actuelle remet en cause son projet de pouvoir financer les études de ses enfants. Il souhaite surmonter ses peurs de retourner sur le chantier, pour raisons économiques ». Au cours des « quelques » entretiens psychologiques, les discussions étaient centrées sur la validation du vécu émotionnel et les difficultés inhérentes aux

conséquences de son accident sur sa vie professionnelle et sociale. En parallèle, « la problématique anxieuse liée à d'éventuels souvenirs traumatiques de l'accident est passée au second plan, [le recourant] ne verbalisant pas, au cours du suivi, de symptômes particulier d'évitement ou de reviviscence de sa chute ». Dès lors, au vu notamment du contexte « socio-professionnel défavorable », ils n'avaient finalement pas retenu d'incapacité de travail au plan psychiatrique.

E. 7.2.2

Lors du second séjour, les spécialistes retenaient finalement un « trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée » (consilium psychiatrique du 4 avril 2018, dossier AI p. 983). Le recourant n'avait toutefois pas semblé désireux de prolonger son séjour en milieu psychiatrique : « Monsieur a été vu par le psychologue du service qui n'a pu le rencontrer qu'à une seule reprise avant son retour précipité à domicile. Lors de cet entretien, il avait surtout validé les souffrances et les inquiétudes du patient concernant son avenir et celui de sa famille. En toute fin de séjour, j'avais revu Monsieur qui me semblait alors faire des crises d'angoisse voire de panique en plus de sa thymie abaissée depuis de nombreux mois, sans que la situation ait beaucoup changé lors de son séjour à B._____. Malgré (ou à cause de) cela, il voulait rentrer à domicile à tout prix et je n'avais pas d'argument pour le garder contre son gré. Il n'était ni suicidaire, ni hétéroagressif et se disait prêt à commencer un suivi psy à Fribourg. J'avais proposé une ordonnance pour 20 cp de Temesta exp 1 mg à prendre en réserve ». Mais il s'était dit prêt à suivre une psychothérapie à son retour à la maison : « Monsieur souffre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui mérite un suivi psychiatrique ambulatoire que nous n'avons pas eu le temps de prendre en soin lors de son séjour. La situation n'a pas évolué sur le plan psychique si ce n'est que le patient se dit prêt enfin d'accepter un suivi psychiatrique dont il a bien besoin ».

E. 8

Décision Dans sa décision, l'OAI retient un degré d'invalidité de 4,62% à partir du mois de février 2016 et supprime la rente entière provisoirement octroyée jusqu'à cette date (dossier AI, p. 1137 pour sa motivation).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 Il s'agit désormais d'examiner si ce taux d'invalidité s'accorde avec l'exigibilité décrite par les médecins.

E. 9

Estimation de la capacité de travail

E. 9.1

Au plan physique

E. 9.1.1

A B._____ au printemps 2015, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : « pour la main : activité de force (serrage, etc.) répétitives, port de charges lourdes; pour le rachis : port de charges lourdes, activités en porte-à-faux, activités contraignantes en rotations ou flexion extension répétées » (rapport du 21 mai 2015, dossier AI, p. 340). Les spécialistes disaient encore qu'une réinsertion professionnelle était envisageable, mais suggéraient qu'elle pourrait être compromise par des « facteurs contextuels » : « Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et facteurs non médicaux). Le pronostic de

réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est à priori favorable. Une CT complète est attendue mais les facteurs contextuels [...] vont compliquer cette reprise ». Ces facteurs contextuels, sortant du champ médical, sont exposés plus loin.

E. 9.1.2

Dans son examen médical final du 27 janvier 2016, le Dr C._____ de la SUVA estimait, après 18 mois, que la situation était stabilisée. Dès lors, la capacité de travail était, selon lui, entièrement recouverte dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de force de serrage avec le bras gauche, ni de port de charges lourdes pour la main gauche; pas de port de charges répétées de plus de 20 kg pour le dos, ni d'activités en porte-à-faux ou nécessitant des mouvements répétés de flexion-extension ou de rotation du rachis (dossier AI, p. 475). I._____ estimait, en février 2017, qu'il était difficile de s'exprimer sur la question de l'exigibilité, devant « cette situation instable » (dossier AI, p. 647).

E. 9.1.3

A cette époque, comme on l'a vu, le Dr D._____ venait de remettre en cause la stabilisation de l'état de santé du recourant et préconisait de nouvelles investigations médicales, cela sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail à terme. Par la suite, au printemps 2017, le Dr F._____ de la SUVA concédait que, si la situation était en ordre au niveau lombaire, cela n'était peut-être pas le cas pour le poignet gauche: « Si, a posteriori, nous pouvons reconnaître que la situation de l'assuré en relation avec sa fracture du mur supérieur de L2, consécutive à l'accident du 23.06.2014, était bien stabilisée, n'ouvrirait pas de droit à une IpAI et entraînait qu'une activité professionnelle adaptée était une activité ne nécessitant pas de porter de façon répétitive des charges de plus 20 kg, de faire des travaux en position de porte-à-faux, nécessitant des mouvements répétés de flexion/extension ou de rotation du rachis, lors de l'examen du Docteur C._____ du 27.01.2016, il n'en va pas de même en ce qui concerne la fracture du poignet gauche » (dossier AI, p. 713). Le Dr G._____ estimait également que le recourant était davantage limité au niveau du poignet gauche que ce qui avait jusqu'alors retenu, évoquant même une « dextérité nulle » : « Le

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 port de charge de 20 kg, avec le bras gauche, est absolument impossible. Le patient n'arrive même pas à soulever 5 kg et ne peut absolument pas utiliser sa main, même pas pour des travaux légers. La dextérité du poignet est nulle, que se soit en flexion-extension ou en prosupination. Ainsi donc, Monsieur souffre de problèmes concernant sa fracture du rachis pour laquelle les charges ne peuvent pas dépasser 20 kg, les activités en port-à-faux et les travaux nécessitant des mouvements répétés en flexion-extension et rotation du rachis sont impossibles. Mais en plus de ce problème, le patient souffre du membre supérieur gauche qu'il ne peut absolument pas utiliser » (dossier AI, p. 715). Il laissait entendre, cela étant, que l'état de santé était effectivement stable, pour ce qui concernait ledit poignet comme le dos, ne remettant en cause que l'exigibilité d'une activité adaptée requérant l'usage d'une motricité du poignet: « Alors que l'état de santé est effectivement stable, aussi bien pour le poignet que pour le dos, le patient n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée comme ouvrier dans la production industrielle légère ou les services tels que le contrôle de produits finis ou la conduite de machines semi-automatiques et encore moins l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger notamment. Dans ces conditions, je conteste votre évaluation de sa

capacité de travail puisqu'elle ne tient compte que d'un des deux problèmes du patient ».

E. 9.1.4

Lors du second séjour à B. _____ au printemps 2018, les spécialistes n'ont retenu que les limitations suivantes, tout d'abord pour ce qui concernait le poignet gauche : « Les limitations fonctionnelles retenues étaient donc les suivantes : au niveau de la main gauche, pas de ports de charge répétitif et/ou prolongé avec le membre supérieur gauche, ni de fonctions monomanuelles ou bi-manuelle, pas de port de charge, de mouvements de préhension répétitifs et/ou prolongés et de la force-endurance avec la main, pas d'activités nécessitant la flexion-extension du poignet ». Puis, pour ce qui concernait le dos : « Au niveau du rachis, pas de port de charge lourde de manière répétée et/ou prolongée, pas d'activités nécessitant le maintien du tronc en porte-à-faux ou des mouvements de rotation ou de flexion répétées du tronc » (rapport B. _____ du 2 mai 2018, dossier AI, p. 954). Une capacité de travail était dès lors envisageable dans le respect de ces limitations. Les faibles performances accomplies par le recourant aux ateliers, également au niveau de la main droite valide, n'avaient ainsi pas été prises en considération : « Les performances fournies par Monsieur sont sous la moyenne et ceci même pour le test avec sa main droite dominante et non lésée. Monsieur est actuellement focalisé sur ses douleurs et n'est pas dans une optique de reprise d'une activité professionnelle » (rapport des ateliers professionnels du 29 mars 2018, dossier AI, p. 976).

E. 9.1.5

Le Dr C. _____ de la SUVA confirmait les limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes de B. _____ : « L'assuré est par la suite vu par différents spécialistes qui s'opposent au refus de l'assurance accident vis-à-vis d'une rente. Suite à une appréciation médicale, l'assuré est à nouveau admis à B. _____ où il séjourne du 28.03. au 17.04.2018. On relève la persistance d'un probable syndrome régional douloureux complexe pour le poignet et la main G. Le bilan psychiatrique retient un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Des limitations fonctionnelles sont retenues pour ce qui concerne le poignet et la main G : pas d'activité nécessitant des mouvements de préhension répétitifs et de force avec le poignet ou la main G. Pour le rachis, on reconnaît des limitations fonctionnelles pour le port de lourdes charges (plus de 15 kg), les activités en porte-à-faux et les activités nécessitant des mouvements

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 répétés de rotation et de flexion du tronc. On peut confirmer ces limitations fonctionnelles » (examen final du 26 septembre 2018, dossier AI, p. 1049). Le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne auprès de I. _____, fit de même, précisant à cet égard que l'atteinte dominante au poignet gauche n'était plus active à la fin du mois de janvier 2016 : « Le Dr. C. _____ ne rejette pas le diagnostic de algoneurodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) dans ces rapports. Il estime par contre qu'au moment de son évaluation, il ne trouve pas de signe actif de cette atteinte (rapport du 27.01.2016), ce qui est cohérent avec l'évolution connue de la pathologie (favorable en 6-24 mois) » (rapport du 28 octobre 2018, dossier AI, p. 1074). Il validait dès lors, pour sa part, la pleine capacité de travail, à partir du mois de février 2016, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de l'instruction du cas par la SUVA : « Les limitations fonctionnelles à retenir sont celles énumérées dans le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 26.09.2018. Pour la pathologie du poignet/main gauche : pas d'activité nécessitant des mouvements de préhension répétitifs et

de force avec le poignet ou la main gauche. Pour le rachis : pas de porte de charger de plus de 15 kg, pas d'activités en porte-à-faux et d'activités nécessitant des mouvements répétés de rotation et de flexion du tronc. Dans une activité adaptée qui tient compte de ces limitations, on valide la pleine capacité de travail ». Il précisait en outre, répondant sur ce point aux objections déjà formulées à cette époque par le recourant, que cette appréciation de l'exigibilité n'allait pas à l'encontre des observations du reste du corps médical : « Le patient a été examiné plusieurs fois, à des moments différents. Etant la médecine bien différente que la mathématique, il est très possible que la présentation clinique puisse varier légèrement entre un examen et un autre. De plus, il ne faut pas oublier que des incohérences entre les plaintes de l'assuré et ses limitations réelles ont été mises en évidence plusieurs fois et même avec des test objectifs (exemple : test de marche). Dans un contexte pareil, il est facile d'imaginer des différences entre un examen clinique et un autre. Il ne s'agit de toute manière pas de différences qui pourraient changer les conclusions, surtout en regard des limitations fonctionnelles, qui ressortent pas seulement du dernier rapport du Dr. C._____, mais de la globalité du dossier examiné ».

E. 9.1.6

Il sied de relever à cet égard qu'aucun des médecins figurant au dossier n'a retenu d'incapacité de travail durablement nulle dans toute activité adaptée. Ainsi, le Dr D._____, qui recommandait pourtant que de plus amples investigations médicales soient menées, estimait-il à la fin de l'année 2016 qu'une telle activité légère était « dès à présent » possible : « L'activité adaptée au handicap, c'est-à-dire ne sollicitant pas le membre supérieur gauche autrement que pour soutenir ou pousser des objets légers, est possible dès à présent. (...) Une reconversion me semble nécessaire » (rapport du 2 décembre 2016, dossier AI, p. 627). Quant au Dr K._____, médecin-assistant au service de chirurgie de H._____, qui estimait pourtant que la situation avait peu changé et que les douleurs subsistaient en « chronicité », il préconisait une reprise du travail à 100% pour le 6 août 2018 (rapport du 20 juin 2018, dossier AI, p. 919).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 Une activité adaptée était également envisageable pour ce qui concernait l'atteinte située au niveau du rachis : « En lien avec l'atteinte du rachis et les séquelles d'une fracture du plateau supérieur de L2 prédominant légèrement du côté gauche, on peut retenir des limitations pour ce qui concerne les ports de charge lourde répétés et les activités nécessitant le maintien du tronc en porte-à-faux ou nécessitant les mouvements de rotation et de flexion répétés du tronc. La situation est stabilisée pour ce qui concerne le rachis » (rapport B._____ du 13 avril 2018 du Dr L._____, dossier AI, p. 967).

E. 9.2

Au plan psychique L'exigibilité au regard des troubles psychiques a été essentiellement commentée par les psychiatres de B._____.

E. 9.2.1

Lors du premier séjour du recourant, au printemps 2015, aucune incapacité de travail n'avait été retenue au plan psychiatrique, le recourant semblant même refuser tout traitement : « Sur le plan psychiatrique, nous doutons du diagnostic d'état de stress post-traumatique posé à l'admission, les symptômes initiaux ayant fait place à une tendance à la dramatisation et une perte de confiance, chez un patient qui apparaît anxieux et démuné dans un contexte socioprofessionnel défavorable. Nous ne retenons pas d'incapacité de

travail pour motif psychiatrique. Le patient n'a pas souhaité de suivi psychologique ambulatoire » (rapport consilium psychiatrique du 30 mars 2015, dossier AI, p. 356). Le recourant demeurait centré sur les incidences socio-économiques de l'accident subi en 2014 : « Les discussions étaient centrées sur la validation du vécu émotionnel et les difficultés inhérentes aux conséquences de son accident sur sa vie professionnelle et sociale ». Il sied de relever sur ce point que la Cour de céans avait précisément écarté, dans son arrêt du 20 avril 2020 non contesté et dès lors entré en force, tout lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, relevant même à cet égard que, l'accident de gravité moyenne n'ayant pas laissé de grandes séquelles, le caractère invalidant des troubles psychiques n'était sous cet angle pas véritablement avéré (arrêt TC 605 2019 110, consid. 6.1.5.).

E. 9.2.2

A l'issue du second séjour, les psychiatres de B._____ ont observé que les souffrances psychiques étaient désormais presque exclusivement dues au conflit avec les assurances : « Sur le plan psychique il se montre facile de contact et même souriant en début d'entretien qui a eu lieu en présence d'une traductrice. Progressivement en évoquant ses difficultés et en particulier les difficultés financières et les problèmes qu'il cause à sa famille, son visage se referme et il pleure à plusieurs reprises. Il se dit triste, très en souci pour son avenir, il présente une aboulie, une anhédonie et des idées noires (idées de mort passive sans idéation suicidaire franche). Le sommeil est perturbé par un endormissement difficile et par des réveils fréquents, l'appétit est variable, mais il a constaté une prise pondérale de l'ordre de 8 kg depuis l'accident. Beaucoup de ruminations portent sur les responsabilités ayant conduit à l'accident et il a l'impression qu'on lui a caché des choses. Sa confiance dans le monde médical semble conservée contrairement à celle dans les assurances sociales. Il a peu d'hypothèses explicatives concernant les douleurs mais parle beaucoup de Sudeck du poignet en me montrant à plusieurs reprises lors de l'entretien les gouttes de sueurs dans sa main » (consilium psychiatrique du 4 avril 2018, dossier AI, p. 984).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21

E. 10

Discussion

E. 10.1

Atteintes physiques Dans ses écritures, le recourant se prévaut essentiellement des rapports médicaux émis à la fin de l'année 2016 et au début de l'année 2017, soit à un moment où des investigations complémentaires devaient encore été ordonnées par la SUVA. Pour autant, à l'instar du Dr D._____ qui avait préconisé ces nouvelles investigations, aucun médecin ne considérait alors la capacité de travail comme étant nulle dans toute activité légère adaptée aux limitations objectivement laissées par l'accident, à savoir principalement, à cette époque, au niveau du seul poignet gauche. Ce dernier laissait au contraire entendre qu'une activité légère adaptée était d'ores et déjà possible, cela indépendamment du résultat final des investigations complémentaires. Comme l'auront finalement relevé les spécialistes de B._____, au terme d'investigations de plusieurs semaines et dans le cadre de différents rapports qu'on ne saurait considérer comme peu clairs ou insuffisamment motivé, une pleine capacité de travail demeurait exigible dans le cadre d'une activité légère adaptée. Le degré d'invalidité finalement retenu par l'OAI s'approche ainsi du degré d'invalidité de 9% qu'avait pour sa part retenu la SUVA et qui a été confirmé par la Cour de céans. Les limitations plus marquées, notamment observées

dans le cadre du travail accompli par le recourant aux ateliers lors du second séjour à B._____, doivent être appréciées avec le plus grand recul, si l'on considère que la force du poignet droit demeuré valide était également apparue limitée lors de ce séjour. L'on ne peut s'empêcher de faire ici le rapprochement avec ce que les spécialistes de B._____ avaient déjà pu noter lors du premier séjour en 2015, à savoir que le recourant s'autolimitait ostensiblement : « Coopération et cohérences. Au vu de ce qui précède, la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible. Observations de l'évaluateur. Les observations au cours de l'évaluation sont : une diminution du balancement des membres supérieurs à la marche, des mouvements précautionneux, une posture figée/anormale, des frottements/soutiens de la zone douloureuse (poignet gauche), des mimiques douloureuses, des soupirs, des plaintes très fréquentes/spontanées des douleurs » (dossier AI, p. 345). La validation des limitations objectives, par le médecin d'arrondissement de la SUVA, comme par le médecin de I._____, ne semble ainsi guère critiquable. Elle s'accorde au demeurant avec ce qui avait pu être constaté par les médecins suivant le recourant, et notamment le Dr K._____, qui déclarait en été 2018 qu'une reprise du travail à 100% était exigible, cela en dépit même de la chronicité des douleurs, dont on peut penser qu'elle remontait déjà au cours de l'année 2015, au vu des plaintes et de l'attitude quasiment figée du recourant lors de son premier séjour à B._____, qui n'augurait à l'évidence rien de bon.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 21 Ainsi, au plan physique, un recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être retenue à la fin du mois de janvier 2016.

E. 10.2

Atteintes psychiques Dans son recours, le recourant soutient aussi que la cause n'a pas suffisamment été instruite au niveau psychiatrique.

E. 10.2.1

Comme la Cour de céans avait eu l'occasion de le relever dans son précédent arrêt, aucun rapport émanant d'un psychiatre déclarant ce dernier comme étant incapable de travailler ne figure au dossier. Il serait d'ailleurs étonnant qu'un tel document existe, si l'on considère son refus clairement affiché en 2015 devant les spécialistes de B._____ d'entamer un suivi psychiatrique : « Il n'a pas souhaité poursuivre de suivi psychologique » (consilium psychiatrique du 30 mars 2015, dossier AI, p. 356). Ces derniers spécialistes ont eu l'occasion de constater que le recourant était moins centré sur le traumatisme qu'aurait pu causer l'accident subi que sur, comme il a été dit plus haut, les conséquences socio-économiques nées d'un conflit avec les assurances : « la problématique anxieuse liée à d'éventuels souvenirs traumatiques de l'accident est passée au second plan, M. ne verbalisant pas, au cours du suivi, de symptôme particulier d'évitement ou de reviviscence de sa chute. Du fait de certaines réactions de prestance, il a semblé initialement disposer de capacités d'adaptation importantes, ce dont nous doutons en fin de séjour, au vu de sa péjoration et de sa tendance à la dramatisation » (consilium psychiatrique du 30 mars 2015, dossier AI, p. 356). Ils ne retenaient, en 2015, aucune incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Trois ans plus tard, la situation n'ayant pas changé, le recourant ne se prévalant aujourd'hui d'aucun rapport émanant d'un psychiatre traitant en dépit de ses promesses d'entamer un suivi à son retour à la maison, on ne voit pas pourquoi il en serait autrement. Il s'agit enfin de remarquer que le premier, comme tout particulièrement le

second séjour à B. _____ - lequel visait essentiellement à faire la lumière sur l'atteinte au niveau du poignet gauche -, n'avaient pas été motivés par la problématique psychique du recourant, qu'il n'avait pas même signalée dans le cadre de la demande, déposée pourtant plusieurs mois après la survenance de l'accident qui aurait été à l'origine de ces troubles, qu'il faut bien ici qualifier de secondaires. Le recourant n'avait enfin véritablement commencé à se plaindre de revivre les circonstances de l'accident qu'au cours du second séjour à B. _____, alors qu'il savait à ce moment que la SUVA n'entendait pas lui verser de rente.

E. 11

Facteurs extra-médicaux Dans sa décision, l'OAI relève la présence au dossier d'un certain nombre de facteurs extra- médicaux, que la Cour de céans n'avait du reste pas non plus manqué d'évoquer et qui achèvent de convaincre cette dernière que la suppression de la rente entière provisoirement octroyée est justifiée :

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 - des autolimitations et des incohérences ont en effet été rapportées, déjà en 2015 : « la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence faible, avec beaucoup d'autolimitations. (...) Il a réalisé une performance minimale ce qui correspond à ce qu'il a accepté de faire, mais pas à ses aptitudes physiques maximales » (rapport du 21 mai 2015, dossier AI, p. 340). Trois ans plus tard, il n'y avait aucun changement, et même le poignet valide était économisé ; - aucune amélioration au niveau physique n'a jamais été véritablement constatée, ceci malgré les très nombreuses séances d'ergothérapie (dossier AI, p. 934), les médecins traitants le reconnaissant d'ailleurs en 2018 : « peu de changement, persistance des douleurs » (dossier AI, p. 919). Lors du second séjour à B. _____, l'ergothérapeute exposait les réticences du recourant : « Il a été très difficile de proposer des thérapies au patient étant donné les autolimitations dues à la douleur ressentie. Toute mobilisation passive est impossible. Séjour du patient brusquement écourté rendant impossibles les évaluations de sortie » (rapport du 23 avril 2018, dossier AI, p. 980) ; - les spécialistes de B. _____ ont mentionné la présence chez le recourant d'une kinésiophobie (= peur excessive et irrationnelle de faire certains mouvements, alimentée par la crainte que le mouvement entraîne une augmentation de la douleur ou l'apparition d'une nouvelle blessure) « élevée » signalée par les spécialistes de B. _____ lors du premier séjour, confirmée également au cours du second séjour (dossier AI p. 339 + 953). Il refusait de se voir prescrire des médicaments plus forts que du Dafalgan (paracétamol), ne voulant pas non plus d'une infiltration pour soulager son épaule gauche ; - ils ont également évoqué, déjà à l'issue du premier séjour du recourant au printemps 2015, « des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées, à savoir une situation socio-économique défavorable (permis L, famille à M. _____, absence de formation professionnelle, absence de contrat de travail), kinésiophobie élevée, croyances dysfonctionnelles difficiles à améliorer, patient très centré sur sa douleur, inquiétudes quant à la prise en charge financière de sa famille toujours au pays d'origine. Ces facteurs risquent de compliquer la reprise du travail » (dossier AI, p. 339). A l'issue du second séjour en 2018, ils disaient exactement la même chose, citant encore, désormais, « le litige juridique avec la SUVA » (dossier AI, p. 953) ; - à la fin de l'année 2016, le Dr D. _____ ne pouvait, dans ces conditions, que déplorer la chronicisation de la situation : « Il est difficile de me prononcer après une seule consultation. Il semblerait néanmoins que le pronostic soit réservé, la situation tend à se chroniciser » (dossier AI, p. 627).

E. 12

Le degré d'invalidité de 4,62% peut ainsi être confirmé à partir du mois de février 2016, à tout le moins dans la mesure où il découle de la prise en compte d'un revenu exigible dans le cadre d'une activité adaptée telle que définie par la SUVA, respectivement l'OAI. Cela étant, dans un grief secondaire, le recourant fait encore valoir que le calcul du taux d'invalidité est erroné, dans la mesure où l'OAI n'aurait pas tenu compte d'un abattement de 25% à opérer, au titre de désavantage salarial, sur le revenu exigible qu'il pourrait encore retirer de l'exercice d'une activité adaptée. Qu'en est-il ?

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21

E. 12.1

Force est de constater que certains des facteurs d'abattement cités par le recourant (non-maîtrise de la langue française et précarité du statut au niveau du séjour) ne semblent d'emblée pas devoir entraîner, sur le principe, une responsabilité plus étendue de l'assurance-invalidité, à tout le moins pas dans le cadre d'activités industrielles légères telles que celle retenues, pour lesquelles peut en théorie être engagée une main-d'œuvre moins qualifiée au statut précaire ne maîtrisant pas bien la langue. Ne resterait donc que la question de son âge : le recourant est né en 1967 et on peut imaginer que cela puisse constituer un désavantage. Mais, quoi qu'il en soit, un abattement maximal de 25% ne semblant pas entrer en ligne de compte dans le cas du recourant, un abattement de degré moindre ne pourrait en toutes circonstances avoir pour effet de porter le degré d'invalidité retenu de 4,62% jusqu'au seuil des 40% justifiant l'octroi d'une rente.

E. 13

Il découle de tout ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré après le délai d'attente prévu à l'art. 88a RAI (5.2) environ un an et demi après son accident, pour ne plus justifier de droit à la rente après le mois de janvier 2016. Infondés, les recours sont ainsi rejetés.

E. 14

Frais et indemnité de partie

E. 14.1

Vu l'issue du litige, des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils ne lui seront toutefois pas réclamés, pour les raisons qui suivent.

E. 14.2

Le recourant a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire. Celle-ci lui ayant été accordée dans le cadre de la procédure de recours en assurance-accidents, elle le sera également en l'espèce et le mandataire du recourant sera dès lors désigné défenseur d'office également dans la présente procédure de recours concernant l'assurance-invalidité. Le mandataire a produit une liste de frais alléguant 695 minutes de travail, soit un peu moins d'une douzaine d'heures. Celles-ci seront indemnisées au tarif horaire de CHF 180.-, soit un montant de CHF 2'160.-. S'ajoutent encore des débours de CHF 132.-, pour un total intermédiaire de CHF 2'292.-. Au final, avec encore une TVA de 7,7% (CHF 224.85), c'est une indemnité de CHF 2'516.85 qui est allouée au défenseur d'office. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 la Cour arrête : I. Les causes principales 605 2019 302 et 605 2019 307 sont jointes. II. Les deux recours sont rejetés. III. La requête d'assistance judiciaire 605 2019 303 est admise. La requête d'assistance judiciaire 605 2019 308 devient par conséquent sans objet. IV. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés. V. Une indemnité de CHF 2'516.85 (débours et TVA de CHF 224.85 compris) est allouée au mandataire désigné. Elle est prise en charge par l'Etat. VI. 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 octobre 2020/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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