

## **FR\_GERICHTE 605 2020 206 vom 2. Mai 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_206)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 206 du 2 mai 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 206 del 2 maggio 2021

### **Regeste**

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

### **Volltext**

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2020 206 Arrêt du 2 mai 2021 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Yann Hofmann, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse : Maude Favarger Parties A. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Véronique Aeby, avocate contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – droit à la rente – capacité de travail Recours du 15 octobre 2020 contre la décision du 14 septembre 2020 Tribunal cantonal TC Page 2 de 14 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, né en 1959, marié, domicilié à B. \_\_\_\_\_, aide-monteur de profession, travaillant en tant que métallurgiste auprès de C. \_\_\_\_\_ SA, a été victime d'un accident de travail le 18 juillet 2017, lors duquel il a été blessé à la main droite : il a reçu un lourd morceau de tôle sur la main ce qui a occasionné une grave coupure au niveau du pouce droit. Le diagnostic retenu par les médecins est celui d'écrasement de la phalange distale du pouce droit avec perte de substance, perte du lit unguéal et mise à nu de l'os. Le jour de l'accident, une opération de reconstruction de la phalange distale du pouce a eu lieu, avec une prise de greffe à l'index. Par la suite, l'assuré a développé d'importantes douleurs, particulièrement au niveau du pouce et de l'index et des premier et deuxième rayons du métacarpe, rendant l'utilisation de la main droite impossible pour toutes activités lourdes ou précises. Le 14 décembre 2017, il a déposé une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) en raison de l'accident du 18 juillet 2017 et du traumatisme au pouce droit qui en a résulté. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu que la situation correspondait quasiment à une amputation du pouce et de l'index droits, puisque ces deux doigts étaient quasiment inexistantes du point de vue fonctionnel. Un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% a été retenu par ce médecin. Dans l'examen final du 27 juin 2019, ce médecin a constaté que le cas est désormais stabilisé, vu l'échec de toutes les mesures thérapeutiques entreprises. Il a malgré cela retenu une capacité de travail de 100% dont il a précisé qu'il s'agissait d'une exigibilité purement théorique dans une activité mono-manuelle de la main gauche. Le 28 mars 2019, l'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail pour le 18 juillet 2019. Par décision du 14 septembre 2020, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité entière pour la période du 1er juillet 2018 au 30 septembre 2019, puis lui a nié le droit à une rente depuis le 1er octobre 2019. Il a en effet considéré que, depuis cette date et compte tenu de son état de santé, l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans l'industrie

légère ou les services tel que le montage à l'établi, le contrôle du produit fini, la conduite de machines semi-automatiques ou le conditionnement léger. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles (pas d'utilisation de la main droite, tout au plus pour soutenir la main gauche), il a retenu une diminution de rendement de 25%. La comparaison des revenus fait apparaître un degré d'invalidité de 29,67%, inférieur à 40%, et ne donnant ainsi plus droit à une rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2019. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Véronique Aeby, avocate, interjette recours devant l'Instance de céans le 15 octobre 2020, concluant, sous suite de dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1er juillet 2018, et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires. A l'appui de son recours, il fait valoir en substance que l'OAI a limité son atteinte à la santé aux seules conséquences de son accident du 18 juillet 2017, alors qu'il ressort de son dossier médical qu'il présentait, déjà au moment où le projet de décision a été rendu, différents diagnostics pouvant restreindre sa capacité de travail. Il en conclut que l'instruction du dossier Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 effectuée par l'autorité intimée est fortement lacunaire et doit être complétée. Dans ce cadre, tous les diagnostics entraînant une atteinte à sa santé devront être examinés, ce qui inclut les atteintes de sa main gauche résultant d'un précédent accident survenu dans l'enfance, ses atteintes psychiatriques et psychiques ainsi que ses atteintes liées à son problème oncologique survenu en cours de procédure. L'OAI, dont l'appréciation du cas se fonde exclusivement sur l'instruction réalisée par la SUVA, ne pouvait pas s'épargner de mener sa propre instruction dès lors que l'assurance-invalidité couvre la perte de gain résultant de l'ensemble des atteintes à la santé d'un assuré et non pas de la seule perte de gain pouvant être mise en lien de causalité avec un accident, comme l'a fait la SUVA. De plus, le recourant conteste les conclusions de la SUVA et l'exigibilité retenue par celle-ci. En effet, il estime que l'évaluation médicale du médecin d'arrondissement de la SUVA est en contradiction avec les autres rapports médicaux figurant au dossier, s'agissant en particulier de la gravité de ses limitations fonctionnelles ainsi que de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail. Il considère qu'il n'est pas correct de ne retenir, dans l'appréciation de sa capacité de travail, que la perte de la fonctionnalité, en faisant abstraction de l'importance de ses douleurs et de leur impact sur sa possibilité concrète de réinsertion dans le monde du travail. Enfin, compte tenu des contradictions flagrantes entre les appréciations formulées par le médecin d'arrondissement de la SUVA et tous les autres médecins de la Clinique Romande de Réadaptation de la SUVA, il considère qu'il y a lieu de ne pas accorder de valeur probante à l'avis formulé par le médecin rattaché à l'assurance. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 2 novembre 2020. Dans ses observations du 18 novembre 2020, l'OAI conclut au rejet du recours. Il considère en effet qu'il pouvait se baser sur l'instruction médicale menée auprès de l'assureur LAA étant donné que la problématique somatique était un cas dit « commun pur » avec cette assurance. S'agissant de la problématique oncologique, l'OAI indique en avoir eu connaissance au stade des objections et rien au dossier ne fait apparaître un impact sur la capacité de travail de l'assuré avant cette date. Ainsi, comme cette nouvelle atteinte est intervenue postérieurement à la fin du délai d'attente concernant la première atteinte d'une autre nature, l'OAI, se référant à la jurisprudence, a décidé de traiter cette problématique dans une autre procédure d'instruction, dite procédure étant d'ailleurs toujours ouverte auprès de lui. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du

litige. en droit 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 et dûment représenté, le recours est recevable. Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 2. Aux termes 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 réputé 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence de l'atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources

personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

2.3. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soit qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

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

2.5. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b ; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, n.35 ad art. 28). Quant à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, il règle le moment à partir duquel la modification en cause prend effet si la révision est demandée par l'assuré. L'augmentation prend effet au plus tôt dès le mois où la demande est présentée.

3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158 ; 114 V 314 ; RCC 1982 P. 36). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine

valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concert ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'ailleurs, l'assureur-accidents n'a pas qualité pour formuler des objections contre le projet de décision ou pour recourir contre la décision de l'Office AI sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité, et l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour lui (ATF 131 V 362). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limités et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 convaincante ou entachée d'inobjectivité (arrêt du TF U84/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1). Il en va de même lorsque les atteintes prises en compte par

l'assurance-invalidité ne présentent pas toutes un lien de causalité avec l'accident (arrêt du TF 8C\_517/2007 du 16 septembre 2008 consid. 4.1). L'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise. Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales.

5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une invalidité et, cas échéant, quel est le taux de celle-ci, ce qui découle d'une appréciation médicale de sa situation, plus particulièrement de sa capacité de travail.

5.1. Les éléments suivants ressortent du dossier.

5.1.1. Dans son rapport médical du 5 octobre 2017, son médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, explique que son patient a été immobilisé en raison de la greffe cutanée qu'il a subie à la main droite et qui nécessite actuellement des traitements intensifs d'ergothérapie et de physiothérapie. Il présente des allodynies importantes dans la région de la greffe au pouce et à l'index et des troubles de la motricité avec une rigidité importante. Il précise que le pronostic est réservé et qu'il y aura de probables troubles de la motricité fine persistants sur le long terme. Lors de son premier entretien à la SUVA le 14 décembre 2017, l'assuré décrit avoir le pouce et l'index un peu endormis, avec des sensations diminuées mais accompagnées de fourmillement et d'électricité. Les douleurs sont continues. La mobilité reste diminuée, il arrive à faire la pince mais sans réussir à mettre de pression. Pour la reconstruction du pouce (greffe), la peau a été prélevée sur l'index de la même main. Il explique que dans son travail d'aide-monteur, il effectuait exclusivement des travaux de pose sur les chantiers (façades, fenêtres, portes, etc.). Les outils utilisés étaient la visseuse, la perceuse, le Hilti, la meuleuse, la clé à molettes. Il lui était également nécessaire de pouvoir faire du travail fin avec les doigts, notamment pour la pose de vis. Dans son rapport médical du 11 janvier 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique qui suit l'assuré, indique que ce dernier présente une douleur sur la face dorsale du pouce ainsi que sur la face dorsale de l'index de la main droite. Les douleurs sont présentes lorsqu'il laisse pendre le bras et la mobilité du pouce et de l'index reste passablement réduite. L'origine des douleurs lui semble faire suite à un conflit avec la branche superficielle du nerf radial raison pour Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 laquelle il propose une infiltration (Rapidocaïne). En parallèle, il instaure un traitement avec du Lyrica et prescrit la continuation du traitement par l'ergothérapie. Dans un rapport médical subséquent du 2 mai 2018 à l'attention du médecin-conseil de la SUVA, il indique que l'infiltration n'a pas permis de diminuer les douleurs allodyniques que son patient ressent et il l'adresse à G. \_\_\_\_\_, ergothérapeute, pour une réhabilitation au niveau sensoriel. L'assuré a été vu par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 6 avril 2018. L'assuré déclare que lorsqu'il sollicite sa main, par exemple lors des séances d'ergothérapie ou lorsqu'il essaie de prendre

quelque chose avec sa main droite, les douleurs augmentent pendant quelques heures pour ensuite descendre à environ 4/10. Il précise qu'il n'arrive pas à utiliser sa main droite car il n'arrive pas à effectuer correctement la pince entre l'index et le pouce, d'une part à cause d'un déficit de mobilité et d'autre part parce que l'extrémité du pouce droit est extrêmement douloureuse lors du toucher d'une certaine intensité (pas l'effleurement). Le médecin d'arrondissement relève également un status post-brûlure à la main gauche à l'âge de deux ans (tombé dans un feu) provoquant des cicatrices rétractiles touchant tous les doigts de la main gauche à part l'index avec un important déficit d'extension. Objectivement, les cicatrices au niveau face palmaire des 1er et 2ème doigts de la main droite, de la région du Thénar et jusqu'à 4 cm en proximal du poignet du côté radial sont rétractées et empêchent une extension de l'index. Le pouce droit est très peu mobile. La main droite est douloureuse à la palpation, surtout au niveau de l'extrémité du pouce. La coloration de l'index et de la face interne du pouce est rougeâtre. La force de Jamar est nettement diminuée du côté droit. La main gauche présente des cicatrices à la face palmaire, rétractées, empêchant une extension complète des doigts, sauf l'index. Du point de vue médical, la situation n'est pas stabilisée. Tant les sensations douloureuses que les limitations des articulations de la main droite, partiellement en lien avec une rétraction cicatricielle, devraient être revues par un chirurgien de la main. Le médecin d'arrondissement propose une consultation spécialisée dans le service du Prof. H. \_\_\_\_\_ (chirurgie de la main et chirurgie reconstructive) au CHUV. Dans son rapport du 9 mai 2018, G. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de névralgie brachiale incessante de branche superficielle du nerf radial droit avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales). Il estime, qu'en étant optimiste, il faudrait trois mois pour voir disparaître l'allodynie mécanique puis commencer la rééducation de l'hypoesthésie tactile sous-jacente présumée responsable des douleurs neuropathiques spontanées – névralgie brachiale. Dans son rapport médical du 27 août 2018, le Prof. H. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de dysesthésies sur le versant radial de l'avant-bras des deux premiers rayons de la main droite et un status post- couverture du défaut par cerf-volant. Le patient mentionne des douleurs essentiellement sur le dos du premier et deuxième rayon irradiant à l'appui sur le versant dorso-radial de la main et des douleurs avec la main en déclive. La cicatrice palmaire est indurée et empêche une extension de l'index (datant de l'accident de 1961 ayant causé des brûlures aux mains de l'assuré). L'examen fonctionnel montre une dysesthésie sur le versant radial de la main ainsi que sur le versant dorsal et palmaire du premier et du deuxième rayon. La palpation de cette zone déclenche une décharge électrique non-associée au territoire nerveux. Un EMG moteur et sensitif est demandé. Dans son rapport d'ergothérapie du 26 septembre 2018, G. \_\_\_\_\_ mentionne que ce n'est pas une neurolyse qui va diminuer les mécanismes de sensibilisation spinale, supra-spinale et corticale que connaît l'assuré. En effet, même si l'électroneuromyographie (ENMG) était positive, une intervention chirurgicale par neurolyse ne résoudrait pas son allodynie handicapante. A cet égard, Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 il explique suivre un patient qui vient de subir une telle intervention dont le résultat a été simplement une augmentation de l'allodynie. Lors de l'entretien téléphonique du 3 octobre 2018 entre le Dr I. \_\_\_\_\_ (service du Prof. H. \_\_\_\_\_ du CHUV) et la SUVA, ce dernier explique que le patient présenterait une symptomatologie très fluctuante lors de l'examen. Ce médecin indique que la partie somatique des symptômes est inférieure à 10% et qu'un ENMG doit être demandé pour exclure une atteinte nerveuse qui paraît très peu probable. L'assuré a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 23 octobre 2018 au 20 novembre 2018 pour rééducation intensive et évaluation multidisciplinaire. A l'entrée, les plaintes et les

limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au repos sur d1 et d2 droits, évaluées à 4-5/10 sur l'échelle EVA. Les douleurs sont décrites comme fourmillements, brûlures et décharges électriques. Les douleurs augmentent si le patient laisse tomber le bras, s'il bouge les doigts et surtout lors de contacts prolongés avec les deux doigts radiaux. A l'exposition au froid, il présente des changements de couleurs de d1 et d2 et une augmentation des douleurs. Les médecins confirment qu'aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. L'ENMG du 2 novembre 2018 confirme une neuropathie radiale sensitive distale pouvant expliquer les douleurs et met en évidence une souffrance tronculaire modérée du nerf médian droit au tunnel carpien, sans indication opératoire mais pouvant justifier une infiltration locale de cortisone. Ils indiquent que la participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée et qu'aucune incohérence n'a été relevée. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils précisent que la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un suivi en ergothérapie et les adaptations médicamenteuse pourraient permettre de diminuer les douleurs et d'améliorer les capacités fonctionnelles. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de quatre mois. Au cours du séjour, le patient a été vu par leur consultant spécialisé en chirurgie de la main. Ce dernier ne pense pas qu'une intervention chirurgicale pourrait avoir un effet sur la douleur. Il précise qu'une plastie en « Z » ou une greffe de peau totale pourraient améliorer les mobilités des doigts, mais ce type d'intervention est difficile à envisager sur un terrain déjà allodymique. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable. Si l'allodynie ne diminue pas nettement, la reprise d'une quelconque activité professionnelle semble difficile. En effet, ce patient a une allodynie du pouce et de l'index de la main dominante (suite de l'écrasement du 18.07.2017) et une limitation de mobilité des deux mains (séquelle d'une brûlure durant l'enfance). Selon le rapport d'ergothérapie de la CRR du 23 novembre 2018, le pourcentage d'utilisation de la main lésée (d, dominante) est de 38%, le pourcentage d'utilisation de la main lésée (g) est de 65%. L'ergothérapeute en conclut que l'assuré est indépendant pour les activités de base de la vie quotidienne, même s'il rencontre des difficultés. Par contre, il reste limité pour les activités nécessitant de la force et pour certaines préhensions et ce, malgré une volonté d'intégrer sa main dans les activités. Dans son rapport du 29 janvier 2019, G. \_\_\_\_\_ indique, qu'après un séjour à la CRR, ce patient lui a été adressé pour une deuxième tentative de rééducation sensitive. Malheureusement, à l'évaluation, il a constaté que la sévérité de l'allodynie mécanique statique avait empiré et qu'à ce stade, l'ergothérapie ne peut plus améliorer la situation médicale de ce patient. Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Dans son rapport médical du 10 avril 2019, le Centre médical de la douleur de l'Inselspital mentionne la persistance d'une allodynie au niveau du pouce et de l'index à droite. L'assuré présente toujours une sensation de décharges électriques dans le pouce et l'index droit lors de la percussion du nerf médian au niveau du poignet. Une infiltration au niveau du nerf médian effectuée le 26 mars 2019 a augmenté les douleurs signalées par l'assuré au niveau des deux premiers doigts. La Dre J. \_\_\_\_\_ estime ainsi que de nouvelles infiltrations ne pourraient pas soulager le patient. Un traitement de Surmontil per os n'a pas été supporté par le patient (démangeaisons) pas plus qu'un traitement de Neurodol Tissu Gel. Dans un rapport médical subséquent du 4 juin 2019, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement de Qutenza instauré n'a apporté aucune diminution des douleurs, un traitement de Novalgin n'a pas non plus permis de diminuer les douleurs. Le traitement de Trittico n'a pas réussi à améliorer le sommeil du patient. La Dre

J. \_\_\_\_\_ en conclut que tous les traitements connus par elle, qu'ils soient médicamenteux, infiltratifs ou locaux n'ont soit pas permis de diminuer les douleurs neuropathiques soit ils ont provoqué des effets indésirables. La Dre J. \_\_\_\_\_ ne peut plus faire d'autres propositions thérapeutiques. Elle constate que par ces multiples traitements infructueux, le patient est maintenant stressé et désécurisé et elle estime qu'il est important d'accompagner le patient au niveau psychologique et psychosomatique. L'examen final par le médecin d'arrondissement a eu lieu le 27 juin 2019. Le médecin d'arrondissement mentionne que ce patient est connu pour avoir subi des brûlures au niveau des deux mains à l'âge de deux ans qui ont provoqué des cicatrices au niveau des deux paumes des mains, rétractiles, avec un déficit d'extension des doigts. Le 18 juillet 2017, le patient a subi une blessure avec perte de substance et du lit unguéal à l'extrémité du pouce droit. Il a bénéficié d'une chirurgie reconstructive puis de multiples traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, d'un séjour à la CRR, de traitements médicamenteux antalgiques per os, anesthésiants, anti-dépresseur (effet neurogène), de traitement local (crème anesthésiante, Qutenza), sans aucun effet sur les douleurs d'après le patient. Subjectivement, le patient mentionne la présence d'une douleur de type serrement, ressentie en permanence au niveau du pouce et de l'index puis une petite zone du 3ème doigt du côté de l'index, puis des métacarpes 1 et 2 de la main droite jusqu'au niveau du poignet. Cette douleur est chiffrée en permanence à 6/10 même au repos. Le toucher de cette zone est perçu comme très douloureux, le toucher au niveau de l'avant-bras du côté radial déclenche également des douleurs au niveau des deux premiers doigts de la main droite. Durant la nuit, le patient ressent des douleurs sous forme de décharges électriques. Le sommeil en est fortement perturbé. Le patient signale également des épisodes de changements de couleur au niveau de la main droite, favorisés par la météo fraîche. Le patient n'utilise sa main droite que très peu dans sa vie quotidienne et, lorsqu'il l'utilise, épargne complètement le pouce et l'index, n'utilisant que les doigts 3 à 5. Objectivement, le patient présente d'importantes cicatrices au niveau palmaire des deux mains en lien avec l'événement à l'âge de deux ans. L'extension de plusieurs doigts des deux mains en est fortement limitée. Le toucher du pouce et de l'index et du premier et deuxième métacarpe face dorsale et face palmaire à droite est douloureux même lorsque le toucher est effectué légèrement. La fonctionnalité de la main droite est sévèrement diminuée (pince pollicidigitale, mouvement fin) et surtout par une mobilité sévèrement réduite du pouce, y compris le premier rayon du métacarpe. La force au niveau de la main droite est sévèrement diminuée. Lors du Jamar, le patient n'utilise que les doigts 3 à 5. Il n'y a pas de véritable amyotrophie et la musculature semble relativement symétrique au niveau de deux membres supérieurs. Le médecin d'arrondissement considère que la situation peut aujourd'hui être considérée comme stabilisée. Sur le plan de l'exigibilité, le médecin d'arrondissement estime que le patient peut, sans utilisation de sa main droite ou alors tout au plus pour soutenir la main gauche, réaliser une activité en pleine capacité (mono-manuelle avec la main Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 gauche). La main gauche ne présente aucune limitation fonctionnelle en lien avec l'événement qui concerne la SUVA. Il y a néanmoins des cicatrices palmaires rétractiles qui empêchent une utilisation normale de la main gauche. Cette atteinte de la main gauche est en lien avec un événement survenu dans l'enfance. Le médecin d'arrondissement précise qu'il s'agit là d'une exigibilité purement théorique pour un patient de bientôt 60 ans, qui a travaillé toute sa vie dans des activités physiques. La dernière activité dans la construction métallique, que le patient exerce chez le même employeur depuis environ 18 ans, n'est plus exigible car ne correspond pas à ses limitations. Dans son

rapport médical du 30 septembre 2019 à la SUVA, son médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_ s'étonne de la capacité de travail de 75% retenue par la SUVA. Il considère que son patient ne pourrait être employé dans aucune profession à ce taux-là au vu du contexte, de sa formation, de son âge et du fait qu'il a travaillé toute sa vie dans des activités physiques. De plus, les douleurs liées à son accident l'empêchent de mener une vie normale et lui cause une forte souffrance physique et psychologique. 5.1.2. Sur le plan médical, il ressort du dossier que, en plus de la blessure de la main droite survenue en 2017 laquelle correspond, selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, à une amputation du pouce et de l'index droit, l'assuré a subi, à l'âge de deux ans, des brûlures aux deux mains qui ont provoqué des cicatrices au niveau des deux paumes des mains, rétractiles, avec un déficit d'extension des doigts. Il résulte de ce qui précède que les constatations et déclarations faites par les médecins de la CRR peuvent être prises en considération, s'agissant de leur évaluation de l'exigibilité que l'on peut attendre de l'assuré dans un travail adapté. En effet, il n'est pas inutile de rappeler ici que si la SUVA ne s'est pas basée sur elles, dans sa décision sur opposition du 26 septembre 2019, c'est parce que ces évaluations tenaient compte aussi de l'état séquellaire de la brûlure subie dans l'enfance, laquelle n'engage pas la responsabilité de la SUVA, mais dont doit par contre tenir compte l'OAI dans le cadre de l'évaluation globale de la capacité résiduelle de travail de l'assuré qu'il doit faire. Selon la lettre de sortie de la CRR, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : port de charge supérieur à 10 kg, port de charges répété supérieur à 5 kg, activité nécessitant de la force ou une dextérité fine de la main droite, contacts répétés sur le pouce et l'index gauche. Les médecins de la CRR ont encore mentionné que si l'allodynie ne diminuait pas nettement, la reprise d'une quelconque activité professionnelle s'avérerait difficile. Par la suite, les médecins qui suivent l'assuré ont tous confirmé qu'il n'y avait pas d'amélioration possible. Les nombreux traitements proposés sont restés vains et il n'y a pas de nouvelle mesure thérapeutique à proposer. En dernier lieu, l'assuré a été envoyé au centre de la douleur de l'Inselspital. La Dre J. \_\_\_\_\_ mentionne la persistance d'une allodynie au niveau du pouce et de l'index à droite. Elle estime que de nouvelles infiltrations ne pourraient pas soulager le patient et que tous les traitements connus n'ont pas permis de limiter les douleurs neuropathiques ou alors ils ont provoqué des effets indésirables et elle ne peut donc plus faire de proposition thérapeutique. Ainsi, l'allodynie n'a pas diminué étant donné que les médecins s'accordent à dire que les traitements n'ont pas pu améliorer la situation. Or, si l'on s'en tient à l'appréciation médicale ressortant de la lettre de sortie de la CRR, on devrait en conclure que la reprise d'une quelconque activité professionnelle semble dès lors exclue. Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 Il résulte de ce qui précède que, dans le cas d'espèce, il y a bien une atteinte à la santé plus importante que celle retenue par la SUVA, respectivement des limitations fonctionnelles plus importantes que celles déterminées par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr D. \_\_\_\_\_, dans son examen final du 27 juin 2019. Au surplus, ce médecin a retenu que la situation de l'assuré correspond quasiment à une amputation du pouce et de l'index droit puisque ces deux doigts sont quasiment inexistantes du point de vue fonctionnel. L'OAI ne pouvait donc pas se contenter de se fonder uniquement sur l'instruction faite par la SUVA pour rendre la décision attaquée. En effet, compte tenu du status post-brûlure de la main gauche consécutif à un accident ayant eu lieu dans l'enfance (tombé dans le feu à l'âge de deux ans), lequel a des incidences aujourd'hui encore sur l'utilisation des deux mains (cicatrices rétractiles touchant tous les doigts de la main gauche à part l'index, avec un important déficit d'extension, et les doigts 1 et 2 de la main droite palmaire, provoquant une rétraction des

cicatrices jusqu'à 4 cm en proximal du poignet, face radiale), il ne s'agit pas d'un pur cas commun LAA/LAI. L'OAI devait ainsi également tenir compte de l'atteinte à la santé préexistante touchant les deux mains de l'assuré pour évaluer sa capacité résiduelle de travail suite à l'accident survenu en 2017 qui n'a touché que la main droite. En effet, on ne peut pas se priver d'examiner si les séquelles des brûlures survenues durant la petite enfance du recourant, qui ne l'ont en elles-mêmes pas empêché de travailler durant la plus grande partie de sa vie professionnelle, ont eu un effet sur sa capacité de travail dès le moment où il a perdu en grande partie l'usage de sa main dominante. Dès lors, la cause étant insuffisamment instruite sur le plan physique, il incombe à l'OAI de mettre en œuvre une expertise somatique comblant cette lacune. L'OAI devra également vérifier, par le biais de cette expertise, que les limitations fonctionnelles qui seront retenues tiennent suffisamment compte des douleurs ressenties par le recourant et ne pas retenir, dans l'appréciation de la capacité de travail, que la perte de la fonctionnalité, en faisant abstraction de l'importance des douleurs et de leur impact sur la possibilité concrète de réinsertion du recourant dans le monde du travail.

5.1.3 Dans la mesure où il a été constaté que certaines questions importantes n'ont pas du tout été éclaircies du point de vue médical, le dossier doit être retourné à l'OAI, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise somatique afin de déterminer de façon précise s'il existe une capacité résiduelle de travail chez le recourant et, cas échéant, quelles seraient les activités professionnelles encore adaptées.

5.1.4. Depuis le 9 décembre 2019, un cancer de l'estomac a été diagnostiqué au recourant. Suite à l'annonce de ce diagnostic, celui-ci, souffrant d'un état dépressif et anxieux, est allé consulté un psychiatre, le Dr K. \_\_\_\_\_. A l'appui de son recours, il demande à ce que tous les diagnostics ayant une incidence sur son état de santé soient examinés, ce qui englobe les atteintes de sa main gauche, les atteintes psychiques et les atteintes liées à son cancer de l'estomac. Concernant les troubles psychiques dont il allègue souffrir, l'Instance de céans relève qu'aucun diagnostic appartenant à la sphère psychiatrique n'a véritablement été posé avant qu'il n'aille consulter le Dr K. \_\_\_\_\_, selon lequel (cf. rapport médical du 13 janvier 2020, pièce 599 du dossier), ces troubles sont en lien avec les problèmes d'estomac que connaît son patient. Quant au cancer de l'estomac, l'OAI a agi correctement, en se fondant sur la jurisprudence fédérale (cf. arrêt TF I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3), en considérant que le cas oncologique donnait Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 lieu à une nouvelle demande de prestations à l'assurance-invalidité et faisait courir un nouveau délai d'attente dès le mois de décembre 2019. Les troubles psychiques étant apparus à la même époque que le problème oncologique, ils devront eux aussi être examinés dans le cadre de la nouvelle demande de prestations.

6. 6.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

6.2. Compte tenu de l'issue du litige, il convient de faire supporter à l'autorité intimée qui succombe les frais de procédure, par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

6.3. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Compte tenu de la liste de frais déposée par sa mandataire le 21 avril 2021, du temps et du travail requis, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit à CHF 3'658,30, soit, comme demandé, à 878 minutes (calculée à CHF 250.- de l'heure) et, à CHF 118,35 de débours, les photocopies étant indemnisées à CHF 0,40 (cf. art. 9 du tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, RSF 150.12), soit à un total de CHF 3'776,65, plus CHF 290,80 de TVA à

7,7%, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 14 septembre 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui étant restituée. III. L'indemnité de partie allouée au recourant est fixée à CHF 3'776,65, plus CHF 290,80 au titre de la TVA, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 2 mai 2021/mfa Le Président : La Greffière-rapporteure :

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