

FR_GERICHTE 605 2022 72 vom 28. Februar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_72

FR: FR_GERICHTE 605 2022 72 du 28 février 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 72 del 28 febbraio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

novembre 2017, l'état de son genou ne s'était pas amélioré et qu'il subissait déjà des troubles psychiques, ces deux atteintes entraînant une incapacité de travail de 100% justifiant l'octroi d'une rente entière. Puis, pour la période à partir du 19 mai 2020, date de l'examen du recourant par les seconds experts, il affirme qu'en plus du taux d'activité exigible réduit à 50%, il faudrait également prendre en considération un rendement limité d'autant, ce qui réduit à 25% sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Enfin, à titre subsidiaire, il conteste le revenu sans invalidité pris en compte dans le calcul du taux d'invalidité. L'avance de frais de CHF 800.- requise du recourant le 4 mai 2022 a été acquittée dans le délai imparti. F. Dans ses observations du 13 juin 2022, l'Office de l'assurance-invalidité conteste les griefs du recourant, point par point. Il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. G. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 24 en droit 1. Recevabilité 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. 2. Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2535). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31

décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). En l'espèce, le droit à la rente a été reconnu dès le 1er juin 2014 et les modifications de l'état de santé susceptibles d'entraîner une modification de ce droit sont toutes antérieures au 1er janvier 2022. Ainsi, la Cour devrait tenir compte des règles en vigueur à ces moments déterminants, de telle sorte que l'ancien droit en vigueur avant cette date reste applicable.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 24 3. Dispositions relatives à l'invalidité 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 3.2. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3.2.1. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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 6 de 24 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. 3.2.2. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Plus ils apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique 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 au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique 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 et les références). 3.3. 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2, et les références citées). 3.3.1. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 la personne assurée avant l'atteinte à la santé (arrêts TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1, 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2, et les références citées). 3.3.2. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut notamment être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (voir arrêt TF 9C_140/2017 précité consid. 5.4.1 et la référence citée). 4. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves 4.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 24 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). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a

Tribunal cantonal TC Page 8 de 24 directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 5. Questions litigieuses Dans sa décision du 29 mars 2022, l'Office de l'assurance-invalidité reconnaît au recourant le droit à une rente entière du 1er janvier 2014 au 31 mars 2017, en prenant en compte une incapacité de travail totale en raison de son atteinte au genou droit. Il nie ensuite tout droit à la rente à partir du 1er avril 2017, avant d'admettre à nouveau – désormais en raison d'une invalidité liée à une atteinte psychique incapacitante depuis novembre 2017 – le droit à une rente entière du 1er novembre 2018 au 31 mai 2020, puis à une demi-rente à partir du 1er juin 2020. Le recourant fait quant à lui valoir qu'au 1er avril 2017, l'état de son genou ne s'était pas encore amélioré et il subissait en outre déjà des troubles psychiques, ces deux atteintes entraînant une incapacité de travail de 100% justifiant le maintien du droit à une rente entière au-delà du 31 mars 2017. Puis qu'à partir de novembre 2017, ce même droit était désormais justifié par une incapacité de travail totale causée par ses troubles psychiques. Il soutient par ailleurs que, pour la période à partir du 1er juin 2020, il a certes recouvré une capacité de travail de travail de 50%, mais avec en sus une diminution de rendement de 50%, ce qui entraînerait une perte de gain de 75% justifiant le maintien de son droit à une rente entière. Il en découle que le litige porte uniquement sur deux périodes. Celle du 1er avril 2017 au 30 novembre 2017, pour laquelle se pose la question de l'amélioration de la capacité de travail et de gain par rapport aux trois années précédentes. Et celle à partir du 1er juin 2020, pour laquelle se pose la question de savoir si le recourant dispose désormais d'une capacité de travail de 50% et d'une capacité de gain correspondante, ou s'il faut encore réduire de moitié ces capacités résiduelles pour tenir compte d'une diminution de rendement de 50% et aboutir ainsi à une incapacité de travail de 75% justifiant le maintien du droit à une rente entière. Il convient dès lors de revenir sur l'évolution des atteintes subies par le recourant et d'évaluer sa capacité de travail et de gain résiduelle pour les deux périodes susmentionnées. 6. Evolution des atteintes et discussion sur la capacité de travail et de gain du 1er avril 2017 au 30 novembre 2017. 6.1. L'évolution suivante ressort en particulier des rapports médicaux figurant au dossier. 6.1.1. Accident et suites jusqu'au printemps 2014 Le recourant s'est blessé le 25 janvier 2013 à son genou gauche en chutant sur les genoux sur du gravier.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 24 Il a subi une fracture parcellaire de la tubérosité tibiale antérieure du genou gauche, suivie d'une bursite pré-patellaire secondaire. Il a été opéré le 15 avril 2013. En raison du développement d'un hématome du site opératoire, il a été réopéré pour évacuer l'hématome et parer la plaie (voir lettre de sortie du 18 avril 2013 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique; dossier SUVA p. 22). L'évolution a d'abord été qualifiée de bonne avec des douleurs de moins en moins présentes et une marche possible, sans canne et sans boiterie. Le recourant a même repris temporairement le travail à 50% le 10 juin 2013 (dossier SUVA p. 27, 46). Des douleurs au genou gauche ont subsisté, avec une mobilité réduite et des difficultés à la marche (voir not. rapports de Prof. Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique; dossier SUVA p. 32 et 65). Puis, le recourant a bénéficié le 27 novembre 2013 d'une arthroscopie qui a servi à mettre à plat un kyste dans le corps de Hoffa, à savoir dans la masse graisseuse située dans la partie

antérieure du genou. Suite à celle-ci, son genou gauche et une partie de la jambe au-dessous de ce genou ont enflé et il a dû marcher avec des béquilles. A fin janvier 2014, il a marché à nouveau sans canne, avec toutefois une boiterie du membre inférieur gauche et une symptomatologie douloureuse persistante en regard de la tubérosité tibiale antérieure, site de la toute première opération (voir not. rapport de Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dossier SUVA p. 108). Le 3 février 2014, il a pu reprendre son activité professionnelle à 50% (dossier SUVA p. 101). Par la suite, des douleurs ont persisté. Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment mis en évidence une double douleur antérieure du genou avec une composante neuropathique selon lui très certaine sur le nerf saphène interne, en lien avec une branche qui a été sectionnée lors de la chirurgie primaire de révision de la tubérosité tibiale antérieure, et une composante mécanique rétro-patellaire impliquant la chaîne latérale. Il a proposé un traitement antalgique et indiqué que le recourant serait adressé auprès de médecins anesthésistes en vue de gérer la douleur, avec une éventuelle infiltration (dossier SUVA p. 126, 174). Se déterminant sur ce rapport, Dr H. _____, médecin conseil de la SUVA, s'est prononcé le 14 mai 2014 en indiquant notamment que le traitement était en cours et qu'il était trop tôt pour poser un pronostic de reprise dans l'activité de constructeur de route (dossier SUVA p. 127).

6.1.2. Survenance d'une problématique psychique en mars 2014 Lors d'une discussion téléphonique du 14 mars 2014, I. _____, psychologue, travaillant sur délégation de Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé la SUVA qu'elle suivait le recourant « dans le cadre de son accident ». Elle a indiqué que suite à cet événement, son patient a développé une dépression post-réactionnelle, qu'il est angoissé quant à la poursuite de son emploi, qu'il souffre de troubles du sommeil et de troubles de la concentration. Une thérapie cognitive comportementale est en cours, avec pour but d'ôter les idées noires et travailler sur cet avenir incertain (dossier SUVA p. 114). Dans un rapport du 3 juin 2014, la psychologue traitante a précisé qu'elle avait pris en charge le recourant le 14 mars 2014, dans un état dépressif majeur qui aurait requis un arrêt de travail à 100%, avec des troubles importants du sommeil, une baisse forte de l'appétit, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que des idées suicidaires massives. Une médication a été immédiatement installée pour améliorer le sommeil et diminuer l'état dépressif, avec un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 24 accompagnement psychologique, ce qui a permis une bonne évolution de la santé psychique. Un soutien psychologique régulier restait toutefois nécessaire selon elle, notamment pour affronter les changements professionnels probables (dossier SUVA p. 129).

6.1.3. Séjours à la Clinique romande de réadaptation et suites Suite à la recommandation des chirurgiens pour un traitement antalgique, Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur s'est prononcé le 26 mai 2014. Il a notamment fait état de douleurs neuropathiques du nerf saphène gauche, d'une chondropathie fémoro-patellaire gauche et d'une faiblesse du membre inférieur gauche sur probable lésion du nerf sciatique (dossier SUVA p. 184). En parallèle, le 4 juin 2014, Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a confirmé la suspicion d'une neuropathie de la sciatique gauche. Il a par ailleurs relevé que les douleurs neuropathiques décrites par le patient dépassaient le territoire du nerf sciatique gauche, ouvrant le diagnostic d'un éventuel CRPS, sous réserve du fait qu'il n'avait pas pu examiner le patient en phase aiguë (dossier SUVA p. 182). Le 27 juin 2014, Dr F. _____, chirurgien traitant, a constaté que son patient est désormais à distance de sa prise en charge chirurgicale, qu'il a effectué quelques infiltrations qui ont permis une courte période rémission, mais que la

symptomatologie liée à l'atteinte au nerf saphène semblait à nouveau se faire ressentir. Il confirme une capacité de travail limitée à 50% et propose à la SUVA une évaluation dans le cadre d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion (dossier SUVA p. 137). Le recourant a séjourné à la CRR du 20 août 2014 au 16 septembre 2014. Dans son rapport du 9 octobre 2014, le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecin à la Clinique romande de réadaptation (CRR), relève notamment que les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais que des facteurs contextuels tels qu'un patient centré sur les douleurs, démonstratif, jouent également un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. Une composante psychogène de la symptomatologie douloureuse n'est de plus selon lui pas exclue chez un patient émotif et fragilisé dans son estime de soi. A cet égard, il qualifie la participation du patient aux thérapies comme moyenne en précisant que celui-ci se montre ponctuel mais qu'il est à tel point centré sur la douleur du genou gauche qu'il n'a pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. Des incohérences sont par ailleurs relevées, sous la forme de discordances entre le testing musculaire et les aptitudes fonctionnelles du patient dans les activités de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles suivantes sont provisoirement retenues : longs trajets, terrains irréguliers, escaliers, échelles, positions contraignantes pour le genou, ports de charges lourdes (dossier SUVA p. 159). Dans son rapport du 19 septembre 2014 portant sur une évaluation de la thymie, Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CRR, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21). Il mentionne également des troubles du sommeil. Il retient aussi qu'une composante psychogène à la symptomatologie douloureuse n'est pas exclue chez un patient émotif et fragilisé dans son estime de soi. Il ajoute que malgré des progrès durant le séjour inférieurs aux attentes, le recourant peut se projeter dans la reprise à temps partiel d'une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 24 activité auprès de son employeur, en mettant beaucoup d'espoir dans des mesures de reconversion professionnelle comme chauffeur (dossier SUVA p. 159). Puis, consulté une nouvelle fois, Dr G. _____ relève à nouveau la douleur neuropathique dans son rapport du 13 novembre 2014. Il propose une courte hospitalisation en vue d'un traitement antalgique spécifique à l'aide d'un cathéter (dossier SUVA p. 174). Dans son rapport du 21 janvier 2015 faisant suite au traitement en question, ce médecin constate que malgré une antalgie adéquate par cathéter, ayant permis la disparition de la douleur neuropathique, son patient n'a pas pu générer une force suffisante sur le dynamomètre pour que l'on puisse recommander un travail de renforcement et en attendre une amélioration suffisante pour maintenir l'emploi actuel (dossier SUVA p. 197). En parallèle, se fondant notamment sur un rapport du 4 juin 2014 de Dr L. _____, spécialiste en neurologie, Dre O. _____, spécialiste en médecine générale, médecin traitante, a établi le 21 novembre 2014 un rapport à l'attention de la SUVA. Elle y mentionne en particulier être frappée par la discrédance entre les plaintes de son patient qui apparaissent essentiellement mécaniques et l'orientation neurologique, voire psychosomatique donnée au traitement. Elle soutient que la plainte essentielle qui cause l'invalidité est un blocage de la flexion du genou gauche en charge qui reste inexplicé et qui devrait faire l'objet d'un nouveau regard. Elle ajoute que la situation de son patient ne concerne pas seulement un problème de genou, mais que celui-ci, dans une constellation familiale difficile, met toute sa fierté et son énergie dans le fait de pouvoir par son travail

soutenir sa famille et permettre à ses cinq enfants de faire une bonne formation professionnelle, avec pour conséquence que l'incertitude concernant son avenir professionnel pèse particulièrement lourd (dossier SUVA p. 186). Puis, le 25 avril 2015, après avoir examiné le recourant sur demande de sa généraliste traitante, Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a relevé que le recourant se déplaçait désormais avec deux cannes et que la mobilité du genou gauche était diminuée à 100° en flexion, malgré l'absence d'épanchement ou de souris articulaire. Il a constaté ainsi l'existence d'une invalidité fonctionnelle, sans être en mesure de proposer d'autres mesures que des injections de viscosupplémentation (dossier SUVA p. 222). Dans son examen médical du 9 juillet 2015, Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, revient quant à lui sur l'évolution de l'atteinte au genou gauche du recourant. Il constate notamment que celui-ci se présente avec deux cannes anglaises et que la marche sans canne s'effectue avec une boiterie et une extension incomplète du genou. Il note en particulier qu'une IRM réalisée en octobre 2014 met en évidence quelques signes chondropathie fémoro-patellaire, ainsi qu'une méniscopathie postéro-interne et externe. Il en déduit que le tableau évolutif défavorable actuel pourrait s'expliquer par un status adhérentiel rétro- patellaire du genou associé à la chondropathie rotulienne et à la méniscopathie interne décrites à l'IRM. Au vu de l'échec des mesures conservatrices, il pose la question de l'indication à une toilette arthroscopique du genou éventuellement associée à un geste de la rotule (libération de l'aileron externe). Il conclut en indiquant que l'incapacité de travail reste à ce moment entière, le pronostic étant réservé quant au retour à une pleine capacité de travail sur les chantiers (dossier SUVA p. 232). Suite à la recommandation du médecin d'arrondissement, le recourant a consulté Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, qui a établi un rapport le 7 octobre 2015. Il y indique être frappé par les importantes douleurs qui sont

Tribunal cantonal TC Page 12 de 24 particulièrement disproportionnées par rapport au status local et à l'imagerie. Après réalisation d'une scintigraphie qui ne démontre aucun signe d'atteinte inflammatoire osseuse ou articulaire et aucun signe de surcharge mécanique, il estime très peu probable que les importantes douleurs du recourant aient une origine mécanique. Il propose plutôt une prise en charge sérieuse dans un centre pluridisciplinaire de la douleur (dossier SUVA p. 254). Dans un deuxième temps, le 13 janvier 2016, il propose toutefois également une mobilisation sous narcose pour améliorer la mobilité (dossier SUVA p. 265). Suite à cette opération réalisée le 18 février 2016, le recourant a gagné en mobilité mais les douleurs ont persisté. Il a continué à se déplacer avec des béquilles hors de son domicile (dossier SUVA p. 271, 279). Le 1er juillet 2016, Dr S. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'évolution n'était pas satisfaisante (dossier SUVA p. 284). Un nouveau séjour à la CRR a été proposé (dossier p. 304). Après ce séjour du 8 novembre 2016 au 14 décembre 2016, Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la CRR, a mis en évidence le 3 février 2017 que le recourant sous-estimait quelque peu le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, qu'il restait limité pour la marche sur de longs trajets, le maintien prolongé de position assise ou debout, ainsi que la montée et la descente d'escaliers et d'échelles. Il a précisé qu'une stabilisation médicale était attendue à deux mois de sortie de la CRR. Sur cette base, dans le consilium de l'appareil locomoteur du 23 novembre 2016, Dr M. _____ indique que, du point de vue thérapeutique, aucune intervention ou geste invasif ou semi-invasif n'est à même de changer la situation du patient

et qu'il est important de le rassurer sur l'état de son genou et d'essayer de l'accompagner dans une reprise progressive d'activité et de mobilisation fonctionnelle du genou. Selon lui, des facteurs extra-médicaux semblent prédominants et avoir une influence négative sur le handicap fonctionnel perçu et les limitations fonctionnelles démontrées par le patient (dossier SUVA p. 328). Dans son rapport du 9 février 2017 basé sur une consultation du 9 novembre 2016 portant sur l'évolution de la situation au niveau psychique, Dr U. _____, psychiatre auprès de la CRR, fait état que le recourant souffre d'un épisode dépressif modéré à l'admission, qui s'est quelque peu amélioré au cours de son séjour. Le recourant continue à bénéficier d'un soutien psychothérapeutique, considéré comme primordial. Cela étant, le psychiatre relève qu'il arrive à formuler des objectifs et que la question de l'incapacité de travail du point de vue psychique paraît être circulaire : un emploi tant soit peu valorisant, compatible avec les gonalgies, permettrait sans doute au recourant de surmonter son épisode dépressif. En effet, il a les ressources nécessaires pour y arriver, à condition qu'il puisse être soutenu dans ses démarches et compris dans sa souffrance (dossier SUVA p. 328). Dans son rapport d'examen final du 20 mars 2017, Dre V. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, indique notamment avoir expliqué au recourant que la poursuite de la physiothérapie pouvait être progressivement remplacée par des auto-exercices à apprendre durant les prochains 3 mois et que, plus de 4 ans après l'accident, ces mesures n'étaient plus considérées comme efficaces pour améliorer l'état du genou gauche de manière significative. Au niveau de l'exigibilité, elle estime la capacité de travail à 0% dans l'ancien travail. Par contre, dans un travail adapté respectant les limitations formulées par la CRR, la capacité de travail est estimée à 100% (horaire et rendement), avec les limitations suivantes: pas de marche sur de longs trajets, pas de maintien prolongé de la position assise ou debout, pas de montée ou descente d'escaliers et d'échelles (dossier SUVA p. 338).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 24 Le 23 mars 2017, Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'un CRPS du genou gauche. Elle a indiqué procéder une fois par semaine à des infiltrations avec des anesthésiques locaux permettant de soulager la douleur et de potentialiser la physiothérapie intensive, tout en poursuivant le traitement antalgique per os. Elle a précisé que son patient était motivé car le physiothérapeute qui l'avait suivi jusqu'à présent avait pu mettre en évidence l'évolution positive bien que lente (dossier SUVA p. 347). Dans son appréciation complémentaire du 7 juin 2017, Dre V. _____ relève qu'il n'y avait pas de diagnostic de CRPS confirmé lors de l'évaluation multidisciplinaire à la CRR selon les critères de Budapest. Par ailleurs, il n'y avait selon elle pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier l'exigibilité du 20 mars 2017. Dans son rapport du 25 août 2017, établi pendant la procédure d'opposition en matière d'assurance- accidents, le Dr R. _____, chirurgien traitant, mentionne encore que, depuis les opérations, l'évolution n'a plus jamais été favorable, avec persistance de douleurs importantes au niveau de ce genou et développement d'un syndrome douloureux régional, résistant à toute forme de traitement, les seuls traitements qui permettraient une amélioration étant les infiltrations locales au niveau du nerf fémoral. Au vu de l'importance des douleurs, son patient a développé une importante raideur articulaire qui a nécessité une mobilisation sous narcose en février 2016. Avec la mobilisation et l'arthroscopie effectuée dans le même temps opératoire, il a récupéré une mobilité passive complète de ce genou. Il est uniquement handicapé par l'importance des douleurs, mais mécaniquement il n'y a pas de blocage au niveau de ce genou. En revanche, il doit absolument maintenir une physiothérapie d'entretien sans quoi il y aura une nouvelle péjoration de la mobilité de ce

genou (dossier p. 374). 6.1.4. Expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 L'Office de l'assurance-invalidité a fait réaliser une première expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et rhumatologique, dont le rapport a été établi le 27 novembre 2018 (dossier AI p. 877). Dans leur évaluation consensuelle, les experts retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), de syndrome algodystrophique du genou gauche post-traumatique et chirurgical et de neuropathies post-traumatiques du nerf saphène gauche et du nerf tibial gauche. Au plan somatique, ils fixent la capacité de travail dans une activité adaptée à 20% au 11 novembre 2017, 28 % (3 heures par jour sur 4 jours) dès le moment de l'expertise et 38% (4 heures par jour sur 4 jours avec un quart d'heure de pause toutes les deux heures) un mois plus tard. Du point de vue psychiatrique, ils considèrent toutefois que le recourant n'a plus de ressources, qu'il est submergé par les angoisses, par un vécu fort d'un état douloureux incurable et par une symptomatologie dépressive sévère. Le tableau clinique est dans ce sens incompatible avec toute activité professionnelle, même la vie quotidienne étant très restreinte. Sur cette base, ils retiennent une incapacité de travail totale depuis au moins le 14 mars 2014, avec un pronostic sombre. Dr X. _____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est prononcé le 5 décembre 2018 sur le rapport pluridisciplinaire. Il est d'avis que l'évaluation psychiatrique est lacunaire et que les conclusions de l'expertise ne peuvent être validées en l'état, au motif que le diagnostic psychiatrique attesté n'est pas médicalement démontré comme conforme aux critères d'une classification internationale reconnue

Tribunal cantonal TC Page 14 de 24 et que si ce diagnostic était avéré, la prise en charge médicale actuelle serait alors clairement insuffisante (dossier AI p. 927). Le 13 mai 2019, l'Office de l'assurance-invalidité a indiqué qu'il avait d'abord envisagé de faire procéder à une nouvelle expertise limitée au plan psychique, mais qu'en raison du caractère prospectif et peu précis de l'exigibilité retenue sous l'angle somatique par l'expertise du 27 novembre 2018, la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, neurologie, rhumatologie, médecine interne) s'imposait (dossier AI p. 968). 6.1.5. Expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020 La seconde expertise pluridisciplinaire demandée par l'Office de l'assurance-invalidité au printemps 2019 a finalement été réalisée au printemps 2020 et a fait l'objet d'un rapport du 2 juillet 2020 établi par des spécialistes en médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie de Y. _____ du Centre Z. _____, à Lausanne (dossier AI p. 1210). Dans leur évaluation consensuelle, les experts retiennent les diagnostics suivants : état dépressif, épisode actuel moyen (F32.1) ; syndrome douloureux chronique avec gonalgies gauches chroniques d'étiologie indéterminée et syndrome douloureux du membre inférieur gauche avec pseudo-parésie, troubles sensitifs mal systématisés, d'étiologie indéterminée ; discrète polyneuropathie d'origine indéterminée, plutôt axonale longueur dépendante ; cardiomyopathie hypokinétique non dilatée avec FEVG légèrement diminuée. Ils précisent ensuite que les opérations au genou gauche limitent sa capacité de travail à une activité physique légère, en position assise, avec possibilité d'alterner la position du genou gauche, sans position accroupie ou à genou, ni appui monopodal gauche, sans marche en terrain irrégulier. La polyneuropathie n'entraîne selon les experts pas de limitation fonctionnelle. Il en va de même du syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Quant à la cardiomyopathie, elle exclut une activité lourde. Enfin, du point de vue psychique, la fatigabilité et les difficultés de concentration diminuent la capacité de planification et de structuration des tâches, la capacité de l'usage des compétences spécifique, ainsi que les activités spontanées et l'endurance. L'irritabilité

diminue la capacité de flexibilité et d'adaptation. Et la baisse d'estime de soi diminue la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions. Les experts retiennent ensuite en résumé que le recourant a une personnalité équilibrée et structurée, qu'il a récupéré certaines ressources personnelles avec l'amélioration de son état dépressif et qu'il dispose d'un bon réseau familial et amical. Sous l'angle du contrôle de cohérence, ils constatent du point de vue somatique un hiatus entre ses plaintes et l'absence de lésion organique significative. Ils relèvent également que l'ensemble des domaines de la vie n'est pas uniformément impacté par les limitations fonctionnelles (participation aux tâches ménagères, activités avec les enfants, vacances), qu'il n'y a pas d'isolement social et que l'entente familiale est harmonieuse. Sur cette base, les experts estiment que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier de la construction et qu'elle est de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ils précisent ce qui suit sur l'évolution de cette capacité : « La pathologie du genou gauche a été considérée comme totalement incapacitante par la SUVA jusqu'en mars 2017 où la situation médicale a été jugée stabilisée et la capacité de travail jugée entière dans une activité adaptée. La pathologie cardiaque n'a pas occasionné d'incapacité de travail durable. L'état dépressif est considéré sur la base de la documentation à disposition comme de sévérité légère sans répercussion sur la capacité de travail de 2014 à novembre 2017. En novembre 2017, l'état

Tribunal cantonal TC Page 15 de 24 psychique s'est dégradé avec un épisode dépressif considéré alors comme sévère à l'origine d'une disparition des ressources de l'assuré et donc d'une incapacité de travail totale. Cet état dépressif semble ensuite s'être amélioré à partir d'août 2018 avec la reprise d'une activité de type occupationnel. Actuellement nous constatons un état dépressif de sévérité moyenne avec amélioration des ressources. [...]. La capacité de travail est encore susceptible de s'améliorer. Une réévaluation dans six mois – un an est suggérée ». Complétant le rapport d'expertise le 27 octobre 2020, la spécialiste en médecine interne a précisé que le recourant a été en incapacité de travail totale pour sa pathologie du genou gauche de 2013 jusqu'en mars 2017 (date de stabilisation retenue par la SUVA), qu'il a récupéré à partir de mars 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'en novembre 2017 une nouvelle incapacité de travail totale de nature psychiatrique a débuté et s'est poursuivie jusqu'au plus tard à la date de l'expertise, moment où la capacité de travail est estimée à 50%, à savoir un mi-temps avec un plein rendement (dossier AI p. 1284). Puis, dans un nouveau complément du 9 mars 2021, faisant suite à de nouveaux rapports détaillés établis par les médecins traitants et produits à l'appui des objections formulées par le recourant contre le projet de décision du 4 novembre 2020, les spécialistes en médecine interne et en psychiatrie ont donné des explications complémentaires, tant sous l'angle psychiatrique que psychique (dossier AI p. 1355ss, 1397). 6.2. Prenant en considération les éléments médicaux qui précèdent, l'Office de l'assurance- invalidité ne conteste pas que le recourant a été, sous réserve de tentative de reprise à temps partiel dans son ancien emploi, incapable de travailler dans toute activité jusqu'en mars 2017. Il s'agit dès lors d'examiner ce qu'il en est à partir d'avril 2017. 6.2.1. Sur le plan somatique d'abord, en lien avec le CRPS allégué par le recourant, il faut constater qu'il a été envisagé en juin 2014 par le neurologue traitant. Celui-ci s'est toutefois limité à constater que les douleurs neuropathiques ressenties dépassaient le territoire du nerf sciatique gauche, ce qui « ouvrait le diagnostic d'un éventuel CRPS ». Il a également ajouté qu'il n'avait pas pu examiner le patient en phase aiguë. Le diagnostic de CRPS est ensuite mentionné bien plus tard dans un rapport d'ergothérapie du 2 juin 2016, faisant état d'un tel syndrome de la branche fémorale médiale du nerf saphène gauche (stade V de lésions

axonales, névralgie crurale incessante de la branche infrapatellaire du nerf saphène gauche (stade IV de lésions axonales) et faible hypoesthésie tactile des branches cutanées antérieures du nerf fémoral gauche (stade I de lésions axonales). Plus tard encore, le 23 mars 2017, la médecin généraliste traitante du recourant pose également le diagnostic d'un CRPS. Cette appréciation se base sur une analyse des critères de Budapest : « le patient répond aux points suivants: Point 1: Douleur continue disproportionnée par rapport à l'élément initial, point 2: symptômes somatosensoriels: hypersensibilité, hyperesthésie présente, symptômes vasomoteurs: température asymétrique, changement de couleur de peau et dyscoloration cutanée asymétrique, symptômes de sudation/oedèmes: présence d'oedème, sudation asymétrique, symptômes moteurs/trophiques: raideur articulaire (douleur), hypomobilité, point 3: signes cliniques somatosensoriels: allodynie et hyperalgésie confirmées, signes clinique vasomoteurs: température asymétrique, changement de couleur de peau et couleur de peau asymétrique constatés, signes cliniques sudomoteurs/oedème: présence d'oedème, sudation

Tribunal cantonal TC Page 16 de 24 légèrement augmentée par rapport au côté controlatéral, signes cliniques moteurs/trophiques: diminution de la mobilité articulaire évidente (douleur), limitations des amplitudes, point 4: aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes ». Cette médecin a par ailleurs indiqué procéder à raison d'une fois par semaine à des infiltrations avec des anesthésiques locaux permettant de soulager la douleur et de potentialiser la physiothérapie intensive, tout en poursuivant le traitement antalgique per os (Targin, Oxynorm, Trittico). Elle a par la suite confirmé à plusieurs reprises son appréciation, en l'expliquant (voir notamment rapport du 21 septembre 2020 adressé au mandataire du recourant, dans lequel explique notamment que l'allodynie a heureusement disparu avec les traitements et le suivi antalgique, que l'hypoesthésie persévère, que celle-ci est souvent associée à une neuropathie sous-jacente et que le CRPS est une entité particulièrement compliquée comprenant différents mécanismes loco-régionaux et centraux, tant nociceptifs que neuropathiques, végétatifs, vasculaires et trophiques; voir dossier AI p. 1472). Quant au chirurgien traitant du recourant, il part lui aussi de l'idée, dans son rapport du 25 août 2017, que l'évolution défavorable de la situation avec persistance de douleurs importantes au niveau de ce genou correspond au développement d'un syndrome douloureux régional, résistant à toute forme de traitement, dont les seuls traitements qui permettaient une amélioration étaient les infiltrations locales au niveau du nerf fémoral. Il ne trouve en effet aucune raison anatomique pouvant expliquer les symptômes du patient, autant d'un point de vue chirurgical en peropératoire qu'avec les différents examens d'imagerie qu'il a effectués. Il rejoint donc en cela ses collègues anesthésistes qui pensent que la problématique est essentiellement neurogène, de type CRPS. Dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire réalisée dans la procédure relative à l'assurance-invalidité, dont le rapport a été établi le 27 novembre 2018, l'expert rhumatologue a lui aussi posé le diagnostic d'un syndrome algodystrophique (= CRPS) du genou gauche, en précisant que celui-ci était « post-traumatique et chirurgical », en plus du diagnostic de « neuropathies post- traumatiques du nerf saphène gauche et du nerf tibial gauche, consécutives au développement d'un hématome post-opératoire et après le traitement d'une fracture survenue suite à une chute le 25 janvier 2013 » posé par l'expert neurologue. L'existence du syndrome en question a toutefois été retenue sur les seuls constats de la persistance d'une douleur du genou, d'épisodes vaso-moteurs et troubles neurologiques non systématisés à l'examen clinique, de difficultés à la marche, d'une neuropathie mal systématisée à l'électro-myogramme et d'une atteinte articulaire modérée

sans changement depuis 2014. Concrètement, l'expert a estimé que ces seuls éléments étaient en faveur d'une algodystrophie séquellaire, même en l'absence d'une positivité de la scintigraphie osseuse. En plus d'être incertain (« [le] genou est globalement augmenté de volume avec une irradiation qui descend dans la jambe. Il est plutôt amélioré par des bains écossais ce qui tendrait à penser qu'on pourrait se rapprocher d'un diagnostic d'algodystrophie du genou, ce qui est somme toute peu étonnant après quatre interventions »), son diagnostic ne se fonde ainsi pas sur une analyse systématique des critères de Budapest. Il est encore plus sujet à caution du fait que l'expert rhumatologue ne paraît pas tenir compte dans son appréciation du caractère très démonstratif du recourant, notamment devant l'expert psychiatre le 19 septembre 2018 lorsqu'il « se déplace difficilement avec ses deux cannes et s'écroule avec soulagement sur sa chaise », « pleure à plusieurs reprises », puis « à un moment donné s'écroule par terre sous prétexte qu'il ne peut plus rester assis tellement il a de douleurs ». L'avis des différents médecins traitants – ainsi que celui imprécisément fondé ressortant de la 1ère expertise menée dans la procédure d'assurance-invalidité – est remis en cause par la médecin d'arrondissement de la SUVA, sur la base d'une autre analyse des critères de Budapest, résultant

Tribunal cantonal TC Page 17 de 24 des appréciations des divers spécialistes de la CRR et, surtout, prenant en considération les autolimitations du recourant: le point 1 est admis, avec la présence d'une douleur continue disproportionnée par rapport à l'élément initial. S'agissant du point 2, il n'est pas rempli, en l'absence d'hypersensibilité et/ou d'hyperesthésie, avec seulement une hypoesthésie autour du genou et hypopallesthésie symétrique des deux malléoles faisant évoquer une légère polyneuropathie symétrique. En lien avec le point 3, il n'y a pas d'asymétrie de température selon le rapport de la CRR, pas d'autres signes inflammatoires ou dystrophiques, pas d'épanchement à l'examen détaillé par le spécialiste de la CRR. Concernant les symptômes moteurs/trophiques, le consilium neurologique fait ressortir que la force segmentaire est conservée à au moins M4 au niveau du genou et de la hanche et M4+ au niveau de la cheville. Les réflexes sont tous obtenus normo-vifs et symétriques. Du point de vue orthopédique, le spécialiste de la CRR décrit une hypoesthésie globale du genou en forme de genouillère et une dysesthésie latéralement à la cicatrice. Par contre, le testing musculaire s'est révélé non interprétable en raison des autolimitations du patient. Se fondant sur ces constats interdisciplinaires établis, la médecin d'arrondissement a nié de façon convaincante l'existence d'un CRPS. Dans leur appréciation interdisciplinaire du 2 juillet 2020 ressortant de la deuxième expertise réalisée dans la procédure d'assurance-invalidité, les spécialistes du Centre Z. _____ ont été encore plus catégoriques que la médecin d'arrondissement, faisant les constats suivants : « Sur l'ensemble de ces données, nous considérons qu'il n'y a pas de pathologie neurologique pouvant rendre compte des symptômes rapportés par l'assuré. En effet existe une importante discordance entre la boiterie à caractère de verrouillage du genou à la charge et la quasi-plégie du membre inférieur gauche au repos et les discrètes anomalies cliniques. L'hypomyotrophie du membre inférieur gauche ne peut ainsi expliquer l'importance du déficit moteur. Par ailleurs, les troubles sensitifs décrits sont mal systématisés ne correspondant pas à un territoire nerveux défini et les réflexes tendineux restent symétriques. Hormis un syndrome douloureux important, il n'y a aucun signe clinique de CRPS. » Tant la médecin d'arrondissement, se fondant sur l'avis pluridisciplinaire des spécialistes de la CRR, que les experts du Centre Z. _____ nient de façon convaincante l'existence d'un CRPS. L'atteinte dont souffre le recourant ne remplissant pas les critères de Budapest permettant de retenir un tel syndrome, il convient de suivre leurs conclusions et

de les préférer notamment aux avis de la médecin généraliste traitante et du premier expert rhumatologue sollicité dans la procédure d'assurance-invalidité. Ce d'autant plus que ceux-ci ne prennent pas en considération que l'intensité des plaintes du recourant est également largement influencée par les autolimitations et le comportement très démonstratif de celui-ci. En conséquence, l'existence même d'un CRPS n'est pas établie, de telle sorte qu'une telle affection n'entre pas en ligne de compte pour évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant à partir du 1er avril 2017. 6.2.2. Sous l'angle somatique toujours, mais en lien avec les atteintes objectivables au genou gauche, la SUVA retient dans sa décision du 5 juillet 2017, confirmée sur opposition, que le recourant subit des séquelles organiques de l'accident à son genou droit, mais que celles-ci ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il puisse travailler en position alternée assise et debout. Le recourant estime quant à lui que la raideur de son genou gauche ainsi que les importantes douleurs qui sont apparues très rapidement après l'accident et qui ont persisté ont une incidence sur sa capacité de travail, quelle que soit l'activité. Se référant au volet rhumatologique du premier

Tribunal cantonal TC Page 18 de 24 rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 dans la procédure d'assurance-invalidité, il estime que l'atteinte à son genou permettait une reprise du travail dans une activité adaptée à 20% du 1er novembre 2017 au 13 septembre 2018, à raison de 3 heures par jour sur quatre jours du 14 septembre 2018 au 14 octobre 2018 et à raison de 4 heures par jour sur quatre jours dès le 15 octobre 2018. Il ressort de l'évolution décrite dans l'ensemble des rapports médicaux résumés ci-dessus qu'en juin 2014 déjà, le chirurgien traitant du recourant constatait que son patient était désormais à distance de sa prise en charge chirurgicale, qu'il avait effectué quelques infiltrations qui avaient permis une courte période rémission, mais qu'il existait une symptomatologie liée à l'atteinte au nerf saphène qui se faisait ressentir. Selon le spécialiste en médecine physique et réhabilitation de la CRR qui s'est prononcé en octobre 2014, les limitations fonctionnelles s'expliquaient alors certes principalement par les lésions objectives, mais des facteurs contextuels jouaient également un rôle important chez un patient centré sur ses douleurs. Le médecin-conseil de la SUVA attendait quant à lui une stabilisation médicale au mois de février-mars 2015, en précisant que le recourant ne recouvrerait jamais une capacité de travail totale dans son activité de constructeur de route. Par la suite, tant les médecins traitants que les médecins de la SUVA ont fait dans un premier temps plutôt mention de douleurs neuropathiques, résistant aux traitements, sans proposer d'autres mesures que des traitements antalgiques, notamment par des injections. Puis, suite à des avis formulés en été 2015, une nouvelle opération consistant en une mobilisation du genou sous narcose et une arthroscopie diagnostique a été réalisée au début de l'année 2016. Elle a permis au recourant de gagner en mobilité, mais sans évolution significative des douleurs qui ont persisté. C'est après cette nouvelle tentative chirurgicale et un nouveau séjour d'un peu plus d'un mois auprès de la CRR que la médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son examen final du 20 mars 2017, a retenu que la situation était stabilisée et qu'il pouvait être exigé du recourant de reprendre une activité à 100%, sans diminution de rendement, avec toutefois les limitations suivantes: pas de marche sur de longs trajets, pas de maintien prolongé de la position assise ou debout, pas de montée ou descente d'escaliers et d'échelles. Il faut constater d'emblée que la médecin d'arrondissement donne peu de détails sur les raisons de son appréciation et ne se prononce en particulier pas expressément sur l'influence des douleurs qualifiées de neuropathiques sur la capacité de travail du recourant. En rapprochant son avis des rapports établis par les

médecins de la CRR peu de temps plus tôt à fin 2016 et début 2017, il apparaît toutefois qu'elle retient elle aussi que le recourant sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser et que des facteurs extra-médicaux semblent prédominants et avoir une influence négative sur le handicap fonctionnel perçu et les limitations fonctionnelles démontrées par le recourant. Contrairement à l'appréciation des médecins de la SUVA, les médecins traitants ont continué à retenir, y compris à partir de mars 2017, de très importantes limitations dans toute activité, réduisant la capacité de travail dans une activité adaptée à 20%. Ces avis tiennent toutefois compte de l'existence supposée d'un CRPS, qui a été niée ci-dessus. Ils ne peuvent dès lors servir à une évaluation fiable de la capacité de travail résiduelle du recourant en lien avec les seules atteintes à son genou gauche qui peuvent être objectivées. Il y a dès lors lieu de se référer aux expertises pluridisciplinaires ordonnées plus tard dans la procédure d'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 24 Cela étant, il doit également être constaté que la première expertise réalisée en 2018, même en se limitant à son seul volet rhumatologique, souffre d'un même défaut que les avis des médecins traitants. Il a en effet été vu ci-dessus que l'expert rhumatologue fonde son évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant en tenant lui aussi compte d'un CRPS dont l'existence n'est en réalité pas établie. Dans la seconde expertise réalisée en 2020, les spécialistes en médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie de Y. _____ du Centre Z. _____ ont apprécié les éléments ressortant à leur discipline, puis un consensus a été établi et précisé dans un deuxième temps par le spécialiste en médecine interne. Cette expertise a été établie sur la base de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier, ainsi que sur des examens cliniques. Elle répond aux exigences formelles applicables. S'agissant plus particulièrement du volet neurologique, sur la base de son examen clinique, Dr AA. _____ a relevé que des incohérences prédominaient et a conclu à l'absence de substrat neurologique permettant d'expliquer la douleur au genou gauche et de justifier les limitations fonctionnelles alléguées. Il conclut à l'absence de diminution de la capacité de travail sur le plan neurologique. Quant au volet rhumatologique, Dr AB. _____ constate l'existence de gonalgies gauches qu'il qualifie d'invalidantes en indiquant toutefois que leur étiologie demeure indéterminée. Il précise que l'anamnèse, l'étude des documents radiologiques et l'examen clinique orientent vers le diagnostic de gonalgies gauches chroniques non spécifiques, la persistance des douleurs étant « médicalement mal à peu explicables ». Sur la base de ces constatations, il estime que pour une activité physique légère, en position assise, avec possibilité d'alterner la position du genou gauche, sans position accroupie et/ou à genou, ni appui monopodal gauche, ni marche en terrain irrégulier, la capacité de travail médico-théorique d'un point de vue rhumatologique est complète. Il ajoute toutefois qu'une baisse de rendement de 20% peut être admise, en raison de la chronicité des douleurs. En recoupant les éléments qui précèdent, notamment ceux ressortant des volets neurologique et rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2020, il est constaté que, compte tenu de l'exclusion de tout CRPS, les douleurs persistantes peu systématisées, qui avaient dans un premier temps été qualifiées de neuropathiques par les médecins de la SUVA, ont en réalité une origine non déterminée. En conséquence, il pourrait tout au plus être admis avec le spécialiste en rhumatologie que leur existence – non remise en question – et leur chronicité entraînent une baisse de rendement de 20% même dans une activité adaptée, également à partir du 1er avril 2017. Compte tenu de ce qui suit, il n'est toutefois pas nécessaire de statuer définitivement sur cette question à ce stade. 6.2.3. Sous l'angle psychiatrique enfin, le recourant a suivi un traitement régulier depuis mars 2014 auprès

d'une psychologue, sur délégation d'un psychiatre. Celle-ci indique toutefois que les symptômes dépressifs, les angoisses et les idées suicidaires qu'elle a constatés chez son patient ont évolué assez rapidement de façon positive, ce qui a permis une bonne évolution de la santé psychique (voir ci-dessus consid. 6.1.2). Cette amélioration est notamment confirmée par le premier psychiatre de la CRR qui, à l'automne 2014, pose certes le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21) en relevant également une émotivité et une fragilisation de son estime de soi, mais ajoute que le recourant peut se projeter dans la reprise à temps partiel de son emploi. Puis, sur la base d'une consultation du 9 novembre 2016, le second psychiatre de la CRR qui se prononce sur l'évolution de la situation constate lui aussi un épisode dépressif modéré à l'admission en relevant l'importance de la poursuite du soutien psychothérapeutique, mais il part de l'idée que le recourant a les ressources nécessaires pour reprendre un emploi adapté à ses gonalgies (voir ci-dessus consid. 6.1.3).

Tribunal cantonal TC Page 20 de 24 Le volet psychiatrique de la première expertise a été considéré comme non probant et il n'y a pas lieu d'y revenir. Quant aux constatations effectuées et aux conclusions retenues par l'expert psychiatre dans la seconde expertise, elles sont en partie contradictoires et ne permettent pas de clarifier à quel moment les troubles psychiques du recourant ont entraîné une incapacité de travail. Plus spécifiquement, le rapport de consensus du 2 juillet 2020 se réfère pour l'essentiel au rapport de consultation du 9 novembre 2016 auprès du psychiatre de la CRR, mentionnant l'absence de traitement antidépresseur à ce moment-là, pour nier l'aggravation de l'état psychique dont fait état le psychiatre traitant à partir de novembre 2016. Or, celui-ci indique précisément et de façon constante que les symptômes dépressifs se sont aggravés au courant du mois de novembre 2016 (troubles du sommeil, pensées négatives et suicidaires, baisse de la concentration et des capacités de mémoire, grande irritabilité et pulsions agressives fortes à cause des perspectives de travail nulles), avec la reprise d'un rythme de consultations hebdomadaire et la prescription d'un antidépresseur en plus d'une médication anti-douleurs très lourde (voir notamment rapport du 11 août 2017 à l'assureur-maladie du recourant, dossier AI p. 1363; rapport du 6 décembre 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité, dossier AI p. 786). La conclusion de l'expert psychiatre selon laquelle on ne pourrait retenir une aggravation de l'état psychique qu'à partir de novembre 2017 paraît ainsi basée sur un constat erroné et n'est dès lors pas convaincante. D'autant moins qu'elle est par la suite contredite dans le complément d'expertise du 9 mars 2021, notamment signé par l'expert psychiatre, qui semble affirmer le contraire : « Concernant la première période du 1er avril 2017 au 31 octobre 2017, [le mandataire du recourant] rappelle que le psychiatre traitant retenait une incapacité de travail totale. [...]. Dans notre rapport d'expertise, nous avons suivi l'avis du psychiatre traitant pour cette période-là, une incapacité de travail totale ayant été retenue mais qui n'a pas été considérée comme durable par définition » (voir dossier AI p. 1397). Dans ces conditions, il y a lieu de se référer à l'avis clair et constant du psychiatre traitant – dont on ne sait finalement pas si et dans quelle mesure il est contesté par l'expert psychiatre – et de retenir que l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant ayant entraîné une incapacité de travail totale n'est pas survenue en novembre 2017, mais en novembre 2016 déjà. Il en résulte que pour la période déterminante à partir du 1er avril 2017, le recourant a continué à subir une incapacité de travail totale, cette fois pour des motifs psychiques, jusqu'au 19 mai 2020, date à laquelle une incapacité de travail partielle a été recouvrée de façon durable – au sens de l'art. 88a al. 1 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité – selon l'expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020 qui fixe la

date de cette amélioration à celle de l'examen par l'experte psychiatre, à défaut d'autre document médical y relatif. Le recours sera dès lors admis sur ce point, dans le sens que le droit à une rente entière sera reconnu du 1er juin 2014 jusqu'au 31 mai 2020 à tout le moins, sous réserve de ce qui suit. 7. Capacité de travail et de gain à partir du 1er juin 2020. 7.1. Pour la période à partir du 1er juin 2020, il s'agit de déterminer si le recourant a recouvré une capacité de travail de travail de 50%, comme cela ressort de la décision attaquée, ou s'il subit en sus une diminution de rendement qu'il évalue à 50%. 7.2. L'Office de l'assurance-invalidité fonde sa position sur les conclusions consensuelles de la seconde expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020, telles que précisées le 27 octobre 2020 et le 9 mars 2021 (voir ci-dessus consid. 6.1.5).

Tribunal cantonal TC Page 21 de 24 Le recourant conteste ces conclusions sous trois angles. 7.2.1. Premièrement, il affirme une nouvelle fois que la seule atteinte liée à son genou gauche devrait conduire à l'octroi d'une rente d'invalidité entière également à partir du 1er juin 2020. A cet égard, il a déjà été retenu ci-dessus, sur la base d'une analyse des documents médicaux figurant au dossier, que l'existence même d'un CRPS doit être niée (voir consid. 6.2.1) et que les douleurs persistantes peu systématisées, qui avaient dans un premier temps été qualifiées de neuropathiques par les médecins de la SUVA, ont en réalité une origine non déterminée de telle sorte que leur existence – non remise en question – et leur chronicité entraînent tout au plus une baisse de rendement de 20% même dans une activité adaptée, selon l'avis de l'expert rhumatologue (6.2.2.). Pour les raisons déjà exposées, il ne saurait dès lors être suivi dans sa première critique. 7.2.2. Deuxièmement, le recourant relève que la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne tient compte ni des conclusions de l'expert rhumatologue qui s'est prononcé dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire réalisée en 2018, ni des avis répétés des médecins traitants selon lesquels sa capacité de travail ne dépasse pas 20% même dans un milieu professionnel protégé. Dans la mesure où tant l'expert en question que les médecins traitants prennent en compte dans leur évaluation les effets supposés d'un CRPS dont l'existence n'est en réalité pas établie, il est en quelque sorte logique que leurs conclusions soient en discordance avec celles de la seconde expertise pluridisciplinaire. Cette différence d'appréciation ne suffit dès lors pas à remettre en cause la solution retenue en consensus par les experts qui se sont prononcés en 2020. Il en va de même de l'avis du Directeur de l'institution protégée dans lequel le recourant exerce une activité à temps réduit. Un tel avis ne saurait en effet se substituer à une appréciation médicale. 7.3. Enfin, le recourant allègue que la capacité de travail résiduelle de 50% sans diminution de rendement qui a été retenue par les experts dans leur analyse consensuelle du 2 juillet 2020 serait en contradiction avec leurs propres constatations ressortant des rapports spécifiques aux spécialités de rhumatologie et de psychiatrie. Il peut certes être relevé avec le recourant que l'expert psychiatre, dans son rapport du 25 mai 2020 concernant sa spécialité, a retenu l'existence d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 50% et cela quelle que soit l'activité envisagée qui tiendrait compte des éventuelles limitations physique. Et qu'à cela s'ajoute que l'expert rhumatologue, dans son rapport du 17 juin 2020 concernant sa spécialité, a lui aussi fait état d'une capacité de travail médico-théorique à 100%, avec toutefois une diminution de rendement en raison des douleurs d'étiologie indéterminée, qu'il a évaluée à 20%. Quoi qu'en dise le recourant, ces premières évaluations centrées sur des aspects spécifiques de son état de santé ne lient en elles-mêmes pas les experts lorsqu'ils sont amenés à effectuer une analyse commune et consolidée de la situation. Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'en l'espèce, les circonstances formelles dans lesquelles cette analyse

consensuelle a été réalisée remettent en question la force probante des conclusions communes formulées d'abord le 2 juillet 2020, puis précisées le 27 octobre 2020 et le 9 mars 2021.

Tribunal cantonal TC Page 22 de 24 Plus spécifiquement, le rapport de consensus établi le 2 juillet 2020 par les experts en médecine interne et en psychiatrie, ainsi que par Dre AC. _____, également spécialiste en médecine interne, présentée comme « médecin superviseur », n'explique en rien le revirement de l'expert psychiatre qui, après avoir retenu pour sa spécialité une capacité de travail à 100%, avec diminution de rendement, a finalement admis que le recourant ne subirait aucune diminution de rendement dans une activité à 50%. En effet, dans son rapport du 25 mai 2020 portant sur sa spécialité, l'expert psychiatre a noté que sur le plan psychiatrique exclusivement, la capacité de travail du recourant restait entière avec une baisse de rendement de 50% tenant compte de la fatigue et des troubles du sommeil. Quant au rapport de consensus du 2 juillet 2020, il fait lui aussi ressortir que l'état dépressif est à l'origine d'une fatigabilité et de difficultés de concentration qui entraînent une diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, ainsi qu'une diminution des activités spontanées et de l'endurance, mais il ajoute la présence d'une irritabilité qui diminue la capacité de flexibilité et d'adaptation et d'une baisse d'estime de soi qui diminue la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions. L'expert psychiatre n'y explique toutefois pas pourquoi la diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, des activités spontanées, de l'endurance, de la capacité de flexibilité, de la capacité d'adaptation et de la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions resterait sans effet sur le rendement. Or, une telle absence d'influence de ces facteurs sur le rendement du recourant paraît a priori difficilement concevable. Le rapport complémentaire du 27 octobre 2020, dont il était justement attendu qu'il précise si la capacité de travail résiduelle de 50% correspondait à une activité professionnelle exercée à plein temps avec un rendement de 50% ou à une activité professionnelle à mi-temps avec un plein rendement, n'est pas plus convaincant. Premièrement, alors que l'Office de l'assurance-invalidité demandait au centre d'expertise en question d'inviter les experts à préciser leurs conclusions y relatives, seule Dre AC. _____, présentée comme « AD. _____ », ainsi que l'experte en médecine interne ont répondu à la question posée. L'expert psychiatre ne s'est ainsi pas prononcé. Deuxièmement, la réponse donnée est laconique (« la capacité de travail de 50% correspond à un mi-temps avec un plein rendement ») et sans explication relative aux doutes légitimes que pouvait susciter notamment le revirement de l'expert psychiatre sur ce point. Les experts en médecine interne et en psychiatrie, ainsi que Dre AC. _____, donnent plus d'explications dans le second rapport complémentaire du 9 mars 2021. Ils y mettent en évidence que c'est la diminution de l'endurance causée par l'état dépressif les a amenés à retenir collégalement une diminution de temps de travail plutôt qu'une baisse de rendement, en précisant que cette diminution du temps de travail quotidien prend en compte également le besoin de récupération en rapport avec le syndrome douloureux chronique exprimé par le rhumatologue. Ce raisonnement formulé a posteriori n'est pas convaincant. Premièrement, il ignore totalement les constats effectués par l'expert psychiatre selon lesquels les troubles psychiques du recourant ont non seulement pour conséquence une diminution de l'endurance, mais également une diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, une diminution des activités spontanées, une diminution de la capacité de flexibilité et d'adaptation, ainsi qu'une diminution de la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions. Or, ces éléments paraissent plutôt aller dans le sens d'une

diminution de rendement, comme l'expert psychiatre l'avait du reste retenu dans un premier temps. Deuxièmement – et peut-être surtout – il y a également lieu de remettre en cause l'argument présenté comme consensuel selon lequel la diminution du temps de travail permettrait de tenir compte du besoin de récupération lié aux douleurs admises par l'expert rhumatologue. En effet, cette façon d'apprécier la situation sous l'angle rhumatologique ne semble pas avoir été

Tribunal cantonal TC Page 23 de 24 discutée avec l'expert rhumatologue qui n'a signé ni le rapport de consensus du 2 juillet 2020, ni ses compléments, alors qu'il mentionnait uniquement une diminution de rendement dans son rapport du 17 juin 2020, justifiée par la chronicité des douleurs, sans faire état d'un besoin de récupération particulier sous l'angle rhumatologique. Il résulte de ce qui précède que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020 relatives à la capacité de travail du recourant à partir de mai 2020 ne peuvent être suivies en l'état, tant pour des raisons formelles, à savoir plus particulièrement l'absence de discussion consensuelle en lien avec l'avis de l'expert rhumatologue, que sur le fond, à savoir la négation de toute baisse de rendement alors que les experts psychiatre et rhumatologue font des constats dans le sens contraire. Par ailleurs, il n'appartient pas à la Cour de procéder à sa propre appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant – taux horaire et rendement – sur la base des différentes limitations mises en évidence par les experts. En conséquence, un renvoi du dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour complément d'instruction est justifié au sens de la jurisprudence (voir ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Ce complément d'instruction pourra prendre la forme d'un rapport complémentaire à requérir de l'ensemble des experts, plus particulièrement de l'expert psychiatre et de l'expert rhumatologue, afin d'éclaircir les effets des différentes limitations concrètes du recourant sur sa capacité de travail, tant sur le plan de l'horaire exigible que sur son rendement, pour la période à partir du 1er juin 2020. Le recours sera dès lors également admis pour la période à partir du 1er juin 2020, sans qu'il soit nécessaire d'examiner encore l'argument subsidiaire du recourant relatif au calcul de son taux d'invalidité, plus spécifiquement en lien avec l'estimation de son revenu sans invalidité. 8. Sort du recours, frais et dépens 8.1. Le recours sera admis, dans le sens que la décision attaquée sera annulée, que le droit à la rente sera reconnu du 1er juin 2014 jusqu'au 31 mai 2020 et que pour la période à partir du 1er juin 2020, la cause sera renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants, sous la forme d'un rapport complémentaire à requérir de l'ensemble des experts, plus particulièrement de l'expert psychiatre et de l'expert rhumatologue, afin d'éclaircir les effets des différentes limitations concrètes du recourant sur sa capacité de travail, tant sur le plan de l'horaire exigible que sur son rendement. 8.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est entièrement restituée. 8.3. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité pour ses dépens. Par courrier du 7 février 2023, le mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant notamment état d'un total de 13 heures 18 minutes de travail au tarif de CHF 250.- par heure. Sur le vu des opérations effectuées, l'indemnité due au recourant peut être fixée au montant requis de CHF 3'650.05 au total, soit CHF 3'324.95 pour les heures de travail, CHF 64.20 de débours et CHF 260.90 de TVA au taux de 7.7%.

Tribunal cantonal TC Page 24 de 24 Cette indemnité est mise à la charge de l'OAI. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée. Le droit à une rente

entière d'invalidité est reconnu du 1er juin 2014 jusqu'au 31 mai 2020. Pour la période à partir du 1er juin 2020, la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance- invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants, sous la forme d'un rapport complémentaire à requérir de l'ensemble des experts, plus particulièrement de l'expert psychiatre et de l'expert rhumatologue, afin d'éclaircir les effets des différentes limitations concrètes du recourant sur sa capacité de travail, tant sur le plan de l'horaire exigible que sur son rendement. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. Partant, l'avance de frais, par CHF 800.-, est entièrement restituée au recourant. III. Une indemnité de CHF 3'650.05, y compris CHF 260.90 de TVA, est allouée au recourant pour ses dépens. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 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 28 février 2023/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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