

## **FR\_GERICHTE 608 2019 102 vom 8. Juli 2020**

FR Kantonsgericht, 2020-07-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_102](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_102)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 102 du 8 juillet 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 102 del 8 luglio 2020

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

avril 2018, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et retenu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 11%, ce qu'il confirma par décision sur opposition du 14 août 2018. B. Par décision du 7 mars 2019 faisant suite à son projet du 4 mai 2018 et aux objections de l'assuré, du 28 mai 2018, l'OAI a reconnu à celui-ci le droit à une rente entière limitée dans le temps, du 1er avril 2017 au 30 avril 2018; depuis cette dernière date, le degré d'invalidité était de 0%. Le droit à un reclassement a été nié. C. Contre cette décision, l'assuré recourt (608 2019 102) auprès du Tribunal de céans, le 8 avril 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, au maintien de sa rente entière au-delà du 30 avril 2018, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il requiert d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle gratuite (608 2019 103; ci-après: AJP). Il reproche à l'OAI d'avoir omis les volets psychiatrique et rhumatologique de son état de santé, de s'être contenté de l'avis de l'assureur-accidents, et de ne pas tenir compte des justes revenus sans atteinte à la santé. Dans ses observations du 13 mai 2019, l'OAI propose le rejet du recours au motif que la situation a été appréciée eu égard aux éléments figurant au dossier à la date de la décision attaquée, et en parallèle avec l'assureur-accidents. L'affection psychiatrique n'est pas démontrée, en tous les cas n'était pas annoncée avant la notification de cette décision; une nouvelle demande peut être déposée si cette éventuelle atteinte est effectivement invalidante. Enfin, l'office estime que le volet orthopédique a été instruit et que les conclusions médicales peuvent être suivies. Le 12 juin 2019, le recourant produit spontanément deux pièces médicales, soutenant qu'elles démontrent l'état catastrophique de sa santé et la nécessité d'investiguer davantage les volets psychiatrique et rhumatologique en sus de celui relatif aux douleurs. Le 25 juin 2019, il confirme entièrement son recours. L'atteinte psychiatrique et ses effets invalidants ne sont pas apparus spontanément après la décision querellée; il devait en être tenu compte; subsidiairement, les derniers documents présentés valent nouvelle demande à cet égard. Le 26 juin 2019, l'OAI propose le rejet du recours. Il produit l'avis de son service médical régional (SMR), Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du 25 juin 2019, auquel ont été soumises les dernières pièces médicales versées.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Le recourant produit une nouvelle pièce médicale le 13 août 2019 et annonce une autre, d'un centre de la douleur, qui ne viendra en définitive pas. Il soutient que du fait notamment d'un manque de force et de son état psychologique, il est en incapacité de travail totale. Le 17 mars 2020, le fonds LPP de l'assuré, appelé en cause,

indique renoncer à se prononcer. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. 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 réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 2.2. Il découle de la notion d'invalidité que 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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 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 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). En outre, 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.3. 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 concret 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). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

2.4. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPG) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPG). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPG). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas

droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 2.5. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 3. Le litige porte sur l'éventuel droit de l'assuré à des prestations de l'AI au-delà du 30 avril 2018, date à laquelle a pris fin la rente allouée temporairement par l'OAI. 3.1. L'assuré a subi un accident, le 27 novembre 2015, à l'index de la main, dominante, droite (d2 D) entraînant (cf. rapports médicaux du 28 février 2017 et du 1er mars 2018 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, dos. OAI 258 et 453; également 449) une fracture à fort déplacement intra-articulaire et plurifragmentaire d2 D de la phalange proximale (ci-après: P1). Trois opérations auront lieu: ostéosynthèse par deux plaques de la phalange proximale, le 30 novembre 2015; ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO), ténolyse, arthrolyse de l'articulation interphalangienne proximale (ci-après: IPP) et de l'articulation métacarpophalangienne (ci-après: MCP), cure de pseudoarthrose avec greffe spongieuse radius distal ipsilatéral, ré-ostéosynthèse par plaque, le 24 février 2016; AMO, ténolyse, arthrolyse PIP et MCP, le 12 septembre 2016. 3.2. Au terme de son instruction, l'OAI, se fondant notamment sur l'analyse de l'assureur-accidents, a retenu que la capacité de travail dans l'ancienne activité d'aide-jardinier était nulle. L'octroi d'une rente entière, du 1er avril 2017, six mois après le dépôt de la demande de prestations, au 30 avril 2018, n'est pas contesté et la Cour n'a pas de motif de le remettre en question; sur ce plan, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui n'empêche pas d'examiner et de statuer ici sur la période postérieure au 30 avril 2018 (cf. ATF 135 V 141 consid. 1.4.4-1.4.6; 135 V 148 consid. 5.2, SVR 2009 IV no 39 113). 3.3. Pour l'OAI, une amélioration notable, déterminante de l'état de santé doit être retenue dès le printemps 2018, l'assuré disposant depuis lors d'une capacité de travail entière dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce que conteste le recourant. 3.3.1. Dans son rapport du 28 novembre 2016 (dos. OAI 203), la Dresse D. \_\_\_\_\_, chirurgie, chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, chirurgie de la main, note qu'après la première opération, et malgré une rééducation en ergothérapie

qui a débuté rapidement, les suites ont été compliquées par un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) avec un œdème et une impotence fonctionnelle avec une ankylose globale de la main et du poignet (algoneurodystrophie?). La 2ème opération n'apporta pas un mieux non plus. Après la 3ème opération, l'évolution est toujours défavorable, ce tant sur le plan subjectif qu'objectif, malgré l'ergothérapie et la physiothérapie intensives. L'assuré se plaint de douleurs globales au d2 permanentes, en particulier à la hauteur de l'IPP, exacerbées par la préhension; il note parfois des acroparesthésies de toute la main, surtout sur la face dorsale; et signale quelques douleurs au poignet, à l'aplomb de la cicatrice. Cliniquement, une hypotrophie globale du d2 est mentionnée. L'examen radiologique du d2 du 11 novembre 2016 met en évidence une consolidation satisfaisante de la fracture, une absence de troubles dégénératifs de la MCP et de l'IPP. Vu les plaintes subjectives et le tableau clinique, la praticienne peut confirmer que l'assuré présente une impotence fonctionnelle flagrante de la MCP et de l'IPP du d2 D, associée à un manque de force globale de la main D. Au vu de l'examen radiologique et de l'absence d'arthrose, il n'y a pas d'indication d'amputation du d2. Six mois de rééducation sont nécessaires après la dernière opération avant de pouvoir se prononcer quant à un éventuel geste chirurgical supplémentaire. Il est souligné que l'index est le seul doigt pouvant tolérer une impotence fonctionnelle, en particulier l'articulation IPP. Un traitement adapté (conservateur) est proposé.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 Ultérieurement à la 3ème opération menée, les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retiennent, le 6 décembre 2016 (cf. dos. OAI 133 ss), que si l'ancienne activité n'est plus exigible, une adaptée l'est, à plein temps mais avec une perte de rendement prévisible de 60%, soit un travail léger non répétitif pouvant principalement être effectué de la main G. Si l'utilisation des bras et mains est possible, il y a des limitations importantes de la main droite (soulever/porter, monter sur une échelle et un échafaudage; charge: main G: 5 kg; main D: 0.5 kg). Du point de vue des symptômes, le patient se présente avec des douleurs persistantes au niveau de l'IPP du d2 ainsi qu'une perte de mobilité qui reste importante; néanmoins les derniers rapports de physiothérapie notent une légère amélioration. Il semble peu vraisemblable que le patient retrouve une mobilité normale; à quel point cette mobilité évoluera vers le positif n'est pas actuellement prévisible. Le 22 décembre 2016 (dos. OAI 186), ils confirment une évolution favorable même si extrêmement lente, le patient ayant nettement moins mal que lors de la dernière consultation et commençant à noter une mobilité active; physiothérapie et ergothérapie se poursuivent de manière intensive. Le 19 septembre 2017 (dos. OAI 353), les praticiens indiquent que sur le plan symptomatique, le patient ne présente toujours aucun changement; il décrit toujours les mêmes douleurs au niveau du d2 avec une impossibilité d'utiliser son doigt; actuellement, il indique ne plus pouvoir du tout employer sa main D du fait d'une absence totale de force. A l'examen, il n'y a pas de signe d'infection inflammatoire, pas de douleur à la palpation. A la percussion en regard du nerf médian, présence de douleurs importantes dans tout l'avant-bras. Au vu de l'apparition de paresthésies au niveau de l'avant-bras rapportées, un ENMG a été organisé (cf. infra, Dr G. \_\_\_\_\_). Le 28 août 2018 (dos. OAI 571), le Dr F.\_\_\_\_\_ évoque un SDRC actuellement marqué. Le patient se plaint de douleurs se propageant du d2 vers proximale l'avant-bras ainsi que le bras; et aux d3, 4 et 5; et de son état psychologique dépressif. Pas de douleurs à la palpation au d2; flexion extension au niveau de l'IP et de la PIP nulle; doigt légèrement dystrophique. Il y a impasse thérapeutique, d'autres interventions chirurgicales ne peuvent pas améliorer la situation, ni

augmenter sa capacité de travail. Dernière option: amputation du doigt. A voir si le patient sera d'accord. Même si une capacité de travail dans un travail adapté peut être exigée du patient, au vu de ses connaissances linguistiques et de ses diplômes, une reprise du travail trois ans après accident ne semble que purement théorique. Dans ses réponses du 19 septembre 2018 (dos. OAI 605) à un questionnaire du service social, le praticien précité indique qu'une nouvelle intervention n'est pas prévue, et qu'une activité adaptée (selon l'assureur-accidents) est exigible au niveau médical, mais il reste néanmoins à définir dans quel cadre port-horaire et dans quelle activité précisément. Relativement à l'atteinte à l'intégrité retenue par l'assureur-accidents (11%), les douleurs qu'il ressent au d2 influencent la fonction de toute sa main droite et pas uniquement l'index, de sorte que ce degré lui semble plus proche de 30%; une réévaluation par le médecin d'arrondissement de l'assurance- accidents pourrait permettre de retenir une invalidité complète de la main D plus proche de la réalité. Après son premier examen clinique du 28 février 2017, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a recommandé un séjour auprès de H. \_\_\_\_\_ pour améliorer la situation des douleurs au niveau de l'index D, pour une approche psychologique et éventuellement pour des ateliers. Dans leur rapport du 28 juin 2017 du 1er séjour à H. \_\_\_\_\_ (10 mai au 13 juin 2017; dos. OAI 314), les Drs I. \_\_\_\_\_, médecine physique et réadaptation, chef de clinique, et J. \_\_\_\_\_, posent le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et raideur de la main D; diagnostics supplémentaires: SDRC parcellaire des d2 et d3 de la main D, au décours; allodynie de la face dorsale de d2 D; fracture intra-articulaire multifragmentaire déplacée P1-d2 de la main D

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 (27 novembre 2015); trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Comorbidité: hypertension artérielle. Divers examens paracliniques ont été effectués, qui ont notamment montré une fracture consolidée, une hypercaptation en phase tardive des d2 et d3 à la scintigraphie osseuse, en faveur d'une algodystrophie stade 3. Le SDRC a été confirmé (allodynie, troubles vasomoteurs persistants, raideur articulaire et troubles trophiques). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour (cf. diagnostics). Des facteurs contextuels (mauvaise compréhension du français, isolement social) influencent toutefois négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, qui se dit en outre peu confiant envers le corps médical. Le traitement antalgique est discuté (p. 5). Au terme du séjour, le patient décrit la persistance des douleurs de d2, pouvant s'étendre proximale; objectivement, il n'y a pas de gain de mobilité et il persiste une allodynie de d2. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles provisoires de ports répétés de charges supérieures à 5 kg, d'activités nécessitant dextérité ou préhension de force avec la main D, ainsi que de vibrations, sera limité par la mauvaise maîtrise du français, chez un patient non-qualifié. Il va se renseigner sur les possibilités de cours de langue dans sa région. Des rapports relatifs à la physiothérapie, à l'ergothérapie et au consilium psychiatrique sont produits (cf. dos. OAI 320 ss; cf. infra). Les médecins précités ajoutent, dans leur rapport du 30 août 2017 (dos. OAI 378), après le second séjour à H. \_\_\_\_\_, du 12 juillet au 25 juillet 2017, que des blocs du nerf médian au 1/3 moyen de l'avant bras D et du nerf radial au pli du coude ont été effectués en test le 14 juillet 2017 (cf. rapport, dos. OAI 384); le bloc radial a amené un bloc moteur complet ainsi qu'un bloc sensitif, ce qui a permis la mobilisation de d2, cependant dans des amplitudes limitées, et sans soulagement des douleurs selon le patient. A l'examen dirigé, il est rapporté une hyperesthésie sur la phalange proximale d3 et une

hypoesthésie de la phalange proximale et distale de d2 ainsi qu'en regard de la métacarpienne d2 et d3. Signe de Tinel positif à D; réflexes ostéo-tendineux (ROT) symétriques, normo-vifs. Les limitations fonctionnelles provisoires susmentionnées sont reprises. L'amélioration du français pourrait élargir les perspectives professionnelles dans une activité adaptée. Dans son rapport du 30 octobre 2017 (dos. OAI 404), le Dr K.\_\_\_\_\_, anesthésiologie, centre de la douleur, qui a vu l'assuré en consultation d'antalgie, considère qu'actuellement, le SRDC est encore majeur avec également une impotence fonctionnelle au niveau du doigt concerné. Diagnostic clairement retenu et confirmé, car on constate des douleurs de type neurogène à l'anamnèse, une allodynie au niveau du d2 et du d3, ainsi qu'une impotence fonctionnelle. Devait être examinée une éventuelle stimulation médullaire. Si du point de vue théorique, son indication test est clairement donnée, il faut noter que les chances d'amélioration amenée sont d'environ 50% quant aux douleurs à court et à moyen terme, et relativement faibles sur le plan fonctionnel. Il n'y a, en tout les cas actuellement, pas d'indication effective, au vu des réticences de l'assuré, au premier plan: en effet, le patient déclare une spondylose cervicale lui faisant craindre la pose d'un électrode, qui aurait conduit quelqu'un de son entourage à perdre l'usage d'un MS; il faut replacer cela en outre dans son contexte (déraciné, ne parlant pas le français, extrêmement déprimé et touché par des atteintes à la santé familiales multiples, notamment des parents). L'autre alternative thérapeutique, celle de stimulation nerveuse périphérique, n'est pas ouverte non plus, les blocs ciblés effectués n'ayant pas amené d'amélioration. A H.\_\_\_\_\_, en réadaptation de l'appareil locomoteur (physiothérapie; cf. dos. OAI 320), l'assuré se plaint subjectivement de sensation de douleurs au d2 au touché et aux exercices

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 sollicitant la prise par la main D, qui rayonne à la main et l'avant-bras (EVA 7-8/10). Objectivement, à l'issue du séjour, il est autonome pour toutes les activités de la vie quotidiennes de base (AVQB), est capable de porter un poids d'environ 7.5kg; il n'a pas de limitations de mobilité aux épaules, ni aux coudes ni aux poignets. Rapport d'ergothérapie (dos. OAI 321): aucune évolution, aucune technique efficace. Rapport service psychosomatique/consilium psychiatrique (dos. OAI 323), Dresse L.\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique: le patient rapporte que cinq personnes dépendent de lui financièrement actuellement. Les plaintes d'ordre psychique sont principalement ce qu'il décrit comme un état de stress et une anticipation anxieuse avec douleurs abdominales lors des visites médicales, qui provoqueraient, selon lui, une augmentation de sa tension artérielle; peur et préoccupation par rapport à l'avenir professionnel, ruminations, éléments de type traumatique relativement aux opérations passées. Une légère tristesse est observée, mais la thymie se module selon les sujets abordés. Le sommeil est habituellement correct en dehors des veilles de rendez-vous médicaux. Le traitement mené, dont une initiation à la relaxation, a permis d'améliorer le sommeil; il peut être poursuivi jusqu'à la stabilisation de l'évolution somatique de la main D; une quinzaine de séances (hors H.\_\_\_\_\_) de prise en charge psychothérapeutique est souhaitable dans un premier temps, pour travailler sur l'anxiété générée par le milieu des soins en lien avec l'accident et les ruminations en découlant. Selon l'avis (dos. OAI 326) de la Dresse M.\_\_\_\_\_, anesthésiologie, dans la prise en charge de douleurs du d2, l'évolution est marquée par un probable SDRC. Malgré les différents traitements antidouleurs, la physiothérapie et l'ergothérapie, les douleurs sont continues, très importantes, à connotation neuropathique. Dix-huit mois après l'accident, le patient ne présente pas de récupération fonctionnelle du doigt, mais des douleurs importantes, voire

disproportionnées. Les radiographies effectuées (cf. dos. OAI 329) montrent un remaniement de la P1-d2 traduisant une fracture consolidée; pas de signe de pseudo-arthrose; flexum interphalangien proximal; ostéopénie du d2; minime ostéopénie MPC des autres doigts par rapport au côté gauche. L'ultrason effectué (cf. dos. OAI 330) illustre un aspect hétérogène en regard de la MCP sans rupture tendineuse, sous réserve d'un examen suboptimal. Les rapports d'ergothérapie et de physiothérapie du 2ème séjour (cf. dos. OAI 386 et 388) rapportent une absence de modification notable de la situation; à relever que l'ergothérapie a cherché à diminuer les stratégies compensatoires. Globalement, le patient est indépendant, mais n'intègre pas du tout le d2 lors des AVQ (activités de la vie quotidienne). Allodynie. En physiothérapie (cf. dos. OAI 388), il est constaté que l'index et le majeur semblent figés en flexion, se chevauchant. Le patient se plaint que les douleurs influent sur son sommeil (3h/nuit); et mentionne des paresthésies. Dans son rapport du 30 août 2017 (dos. OAI 360), le Dr G. \_\_\_\_\_, neurologie, rappelle que la plainte principale est une raideur douloureuse du d2 D gênant la manipulation fine et utilisation plus en force de cette extrémité, avec un handicap fonctionnel important (droitier). L'assuré relate des fourmillements/picotements/sensations électrisantes permanents et diffus sur la main D. A l'examen dirigé: atrophie et raideur du d2, légère hypoesthésie tactile et algique de la pulpe des trois premiers doigts; normoréflexie tendineuse des MS, tests de provocation pour un tunnel carpien négatifs, pas de syndrome cervical, pas de parésie de la musculature thénarienne ou hypothénarienne, pas de signe de Tinel sur le nerf cubital au coude. L'examen électrologique, normal, ne confirme pas le diagnostic du syndrome du tunnel carpien suggéré par celui clinique; une irritation du nerf, dans le cadre de la maladie de Sudeck (SDRC), reste bien sûr possible mais il n'y a, à l'heure actuelle, pas de menace fonctionnelle et le médecin conseille plutôt un traitement conservateur. Il faut renoncer à une neurolyse, pour le moment en tout cas.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Le Dr N. \_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique, qui suit l'assuré depuis le 26 septembre 2017, retient (cf. dos. OAI 409), le 17 octobre 2017, une raideur sur chirurgie du doigt, et un SDRC. Des paresthésies au d2 sont rapportées. Le 24 avril 2018 (cf. dos. OAI 587), il indique que son patient a commencé l'ergothérapie et va légèrement mieux; CPRS du d2 et paresthésies à ce doigt. Le 12 juin 2018 (dos. OAI 583), il reprend les constatations et les diagnostics de son premier rapport. Il avait suggéré une stimulation médullaire, mais il n'y a pas d'indication; un traitement de Lyrica a débuté pour diminuer les conséquences de son SDRC. Le patient présente une importante douleur constante, tant inflammatoire que mécanique; il n'arrive pas à porter et la douleur provoque des réveils nocturnes. Si la reprise de l'activité (habituelle) est illusoire, vu qu'il est complètement handicapé de son MS D, une activité (adaptée) ne nécessitant pas l'utilisation de ce MS D pourrait être envisageable, cependant, chez un patient ne présentant aucune qualification professionnelle, cela serait difficile à envisager. Dans son rapport du 1er mars 2018 (dos. OAI 453), après nouvel examen clinique, la neurochirurgienne d'arrondissement C. \_\_\_\_\_, reprend les diagnostics retenus par H. \_\_\_\_\_. Le SDRC est incomplet séquellaire stable parcellaire, aux d2 et 3 de la main D, avec allodynie de la face dorsale de d2. L'assuré déplore une absence de toute amélioration depuis l'accident; au contraire, il y a eu, selon lui, une aggravation du fait des douleurs irradiant jusque dans le coude D. Il n'a pas cherché à reprendre une activité adaptée. Pour le médecin, la situation est stabilisée. Le SDRC séquellaire a été diagnostiqué par les experts de H. \_\_\_\_\_ et confirmé par le Dr K. \_\_\_\_\_. Ce dernier n'a pas préconisé de suivi thérapeutique particulier. Cliniquement, il est constaté que l'assuré donne la main avec la G, tout en portant des choses avec la D. Il

n'a pas d'attelle. La force au niveau des MS est de 5/5. Le déficit sensitif déclaré au niveau du d3 est accompagné d'une légère hyposensibilité et dysesthésie au niveau du d2. Il n'y a pas d'autres déficits sensitifs aux MS. L'assuré présente des callosités symétriques au niveau des mains et on ne constate pas de trouble de la pilosité ni des ongles. Le pouls est palpable symétriquement. Aucune allodynie au niveau de l'avant-bras et de la main, sauf pour le d2, n'est apparente. S'agissant de sa capacité de travail, pour le médecin, elle est nulle dans l'ancien travail. En revanche, est exigible, un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles concernant la main D, dominante, d'absence de port de poids, de travaux nécessitant la motricité fine des doigts de la main D, et de travaux sur les escaliers ou les échafaudages pour des raisons de sécurité; ce avec une capacité entière (100%, horaire et rendement). Le traitement en cours doit s'arrêter, au vu de son défaut d'effet, selon l'assuré, et d'un état stabilisé séquellaire. Le seul traitement proposé consisté en des antalgiques à long terme. En ergothérapie hors H.\_\_\_\_\_ (cf. not. rapports des 21 novembre 2017 et 22 février 2018, dos. OAI 397 et 407), il est retenu un SDRC de la branche superficielle du nerf radial droit avec allodynie mécanique (stade V de lésions axonales). La sévérité de l'allodynie mécanique statique est toutefois discrète. Elle diminue jusque là difficilement. Il n'y a alors pas de diminution de la douleur, ce qui est compréhensible tant que le SDRC est actif et l'allodynie présente. Le pronostic somesthésique est réservé, mais favorable. 3.3.2. Sur le plan somatique, l'OAI, par son SMR (cf. dos. OAI 528 et 608), a repris les conclusions médicales du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, basées notamment sur les analyses de H.\_\_\_\_\_. La Cour souligne que les médecins dudit assureur-accidents ont en particulier pris en compte le dossier asséurologique, ont fait état de la teneur d'autres rapports et examens médicaux, et, notamment, de l'anamnèse, des plaintes et indications subjectives de l'assuré, ainsi que des observations cliniques. Ils ne se sont en particulier pas contentés de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 considérer de manière abstraite la problématique, mais l'ont appréciée de façon circonstanciée, concrète, en s'appuyant, outre sur les examens paracliniques, en particulier sur les deux séjours de l'assuré à H.\_\_\_\_\_, les examens cliniques du Dr G.\_\_\_\_\_, du Dr K.\_\_\_\_\_ et les deux du médecin d'arrondissement, qui permirent des constatations objectives, avec l'observation de l'assuré et de son comportement. Ils ont mené et/ou examiné les résultats des traitements et se sont prononcés quant aux options thérapeutiques. Pleine valeur probante peut donc être donnée à ces documents médicaux de l'assureur-accidents et à leurs conclusions. Les autres pièces médicales des médecins traitants, y compris après le second examen du médecin d'arrondissement, ne sont aucunement susceptibles de mettre en évidence l'existence d'un doute sur la fiabilité et la pertinence des conclusions de l'assureur-accidents, reprises par l'OAI. Elles ont été en grande partie rapportées et appréciées par les médecins de H.\_\_\_\_\_ et le médecin d'arrondissement, et/ou soumises au SMR; elles ne se distancient pas clairement de l'avis de ces médecins, mais en reprennent les atteintes objectives retenues (et les diagnostics) et ne préconisent pas non plus d'autres opérations, etc. Elles ne remettent pas en cause, à tout le moins pas de façon suffisamment motivée, les constats objectifs sur lesquels ont notamment été fondées la capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles devant être respectées pour celle-ci. En outre, certains des médecins traitants eux-mêmes admettent l'exigibilité d'une activité adaptée. De plus, outre qu'ils s'expriment sommairement, de façon incomplète (taux, etc.) quant à cette capacité de travail dans une activité adaptée, ils intègrent, sans distinction d'avec les éléments objectifs, non seulement l'aspect subjectif donné par leur patient, mais

des critères extérieurs à l'atteinte somatique et à sa répercussion sur la capacité de travail: atteinte psychologique, retrait social, anxiété quant au corps médical, l'amputation d'un doigt et le soutien financier assuré à plusieurs membres de sa famille et la santé de ceux-ci, mauvaise maîtrise du français, insuffisance de qualification/diplômes allégués. On rappellera aussi la certaine réserve avec laquelle il y a lieu d'accueillir, cas échéant, les appréciations de médecins traitants, notamment dans un contexte marqué par les douleurs et leur intensité rapportées par l'assuré; et l'absence d'explications quant à des valeurs moindres retenues (force de préhension, etc.) par rapport à celles annoncées par les médecins de l'assureur-accidents, voire à une certaine péjoration quant à la situation que des médecins traitants avaient eux-mêmes décrite antérieurement. Encore dans son opposition du 13 septembre 2018 à la décision de l'assureur-accidents (dos. OAI 588), l'assuré indiquait qu'il ne pouvait conduire que 10 minutes par jour, conduite qui ne se conçoit cependant pas sans utilisation de la main et de tout bras D, ni avec l'incapacité d'effectuer les AVQB alléguée alors; il se référait également à la limitation de port (répété) de charges supérieures à 5 kg retenue par l'assureur-accidents, contestant qu'il existât un secteur d'industrie ne demandant pas de dépasser cette limite, mais ne soutenant pas, expressément, que tout port de charge inférieur lui serait impossible. L'obligation de tout entreprendre pour réduire son dommage implique aussi que, dans toute la mesure possible, l'assuré continue d'utiliser sa main (et son bras) D et écarte les stratégies d'évitement; un certain déconditionnement à cet égard ne relèverait pas a priori de l'assurance- invalidité. En outre, une atteinte objective somatique, des séquelles du SDRC partiel, parcellaire, n'ont pas été niées par l'OAI, pas davantage que leurs effets. Mais elles n'induisent pas une impossibilité médicale et objective totale de tout usage de la main D complète, ni du bras D. Il n'y a pas, de leur fait, une incapacité d'exercer une activité adaptée. La seule présence de limitations articulaires et/ou de douleurs chroniques ne suffit pas pour écarter l'exigibilité de celle-ci. Selon la

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Dresse D. \_\_\_\_\_, l'index, soit la partie du MS principalement atteinte ici, peut en principe supporter une impotence fonctionnelle. Et l'OAI, avec l'assureur-accidents, a dûment pris en compte toutes les répercussions avérées à ce MS, singulièrement quant à l'usage de la main D pouvant encore être attendu de l'assuré. De surcroît, même si l'assuré devait, ce qui n'est pas, être considéré du point de vue fonctionnel comme n'ayant qu'un bras et ne pouvant réaliser qu'un travail léger, il existerait alors néanmoins, selon la jurisprudence, assez de possibilités réalistes d'activités sur le marché équilibré (art. 16 LPG), tels de simples surveillance, examen et contrôle, ou services à des machines (semi-) automatiques ou à des unités de production, activités ne réclamant pas l'usage de la main (ou du bras) ne pouvant plus être employée (cf. arrêt TF 8C\_217/2015 du 28 août 2017 consid. 2.2.1; liste exemplative d'activités figurant dans la décision attaquée). Le manque de bagage technique et linguistique allégué ne doit pas être pris en considération à cet égard. Etant de surcroît relevé que l'assuré a indiqué avoir suivi une formation d'électricien (avec ou sans diplôme à la fin, une interruption pour motif financier ayant été une fois alléguée), et que lors du 1er séjour à H. \_\_\_\_\_ en 2017, un médecin avait relevé qu'il comprenait quelques mots en français, mais peinait à s'exprimer dans cette langue et entendait suivre des cours à cet effet. Enfin, le seul écoulement du temps n'a pas d'incidence ici, compte tenu déjà de l'obligation de l'assuré de réduire son dommage. Un volet rhumatologique ne devait pas être instruit encore (cf. recours, p. 7ss): l'assuré n'a pas fait mention de douleurs et limitations à cet égard, pas davantage que des constats objectifs n'ont été rapportés, notamment quant aux coudes, aux épaules, aux

cervicales. Soutenir que l'assuré ne s'en est pas plaint uniquement parce qu'il se concentrait sur sa main D ne suffit clairement pas à rendre hautement probable l'existence d'une atteinte à la santé pertinente. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a réfuté l'existence d'un syndrome cervical, et le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est borné à rapporter que l'assuré avait évoqué une spondylose cervicale; pas plus. Que le SMR n'ait pas lui-même examiné l'assuré n'infirmes en rien tout ce qui précède. Sur le plan somatique, l'OAI ne devait ainsi pas réaliser des mesures d'instruction complémentaires; il n'y a en particulier pas lieu d'ordonner ici une expertise à cet égard. 3.3. Les pièces médicales quant à la situation somatique produites en procédure de recours sont postérieures à la date de la décision attaquée, qui marque en principe le terme de la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, même si ce n'est que de douze jours pour l'une. Le médecin traitant N. \_\_\_\_\_, dans ses courtes réponses du 19 mars 2019 à un questionnaire (non fourni), pose toujours le diagnostic (unique) de SDRC d2 main D suite à trois opérations. Il ne discute aucunement les autres avis médicaux et de thérapies, singulièrement pas l'analyse des médecins de l'assureur-accidents. Pas davantage qu'il n'explique pourquoi il s'écarte à présent de sa propre appréciation du 12 juin 2018, savoir qu'une activité serait envisageable si elle ne nécessite pas l'utilisation du MS D. Il se borne à affirmer qu'aucune activité (de même qu'aucune formation) ne serait adaptée, que cela est tout à fait impossible, ce d'autant plus que l'utilisation du MS D est proscrite, car l'assuré présente toutes les contre-indications pour la reprise de toute activité avec. Ce qui ne dit pas pourquoi une activité sans usage de ce MS ou de façon très limitée serait impossible. Il ne détaille pas la péjoration locale qui serait intervenue malgré la légère amélioration amenée par l'ergothérapie, soit en particulier une raideur de plus en plus importante notée. Dans son rapport du 29 mars 2019, le Dr O. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic, au d2, de neuropathie de la branche superficielle du nerf radial et de dystrophie du rayon complet. La situation n'a pas

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 changé depuis la dernière consultation. Le 18 juin 2019, il diagnostique un SDRC au stade séquellaire main D et MSD. Il n'explique pas cette plus grande étendue du SDRC par rapport à ce que lui-même et d'autres médecins avaient retenu, savoir que le d2 était (essentiellement) concerné par cette atteinte. L'amputation du d2, aurait des résultats non prévisibles. Il ne se prononce pas quant à une capacité dans une activité adaptée, mais se borne à mentionner que son patient est un travailleur de force et que même si ses douleurs venaient à être améliorées, il persisterait un manque de force et son état psychologique rendrait la reprise de son activité impossible. Dans son rapport du 10 avril 2019 après consultation du jour précédent, le Dr P. \_\_\_\_\_, chirurgie de la main, ainsi que plastique, reconstructive et esthétique, indique, pour fonder le SDRC séquellaire étendu à toute la main et au MS, que l'assuré a aussi subi un traumatisme au medius en novembre 2015, ce qui est erroné, seul le d2 ayant été concerné; pour le reste, il souligne l'ankylose au d2 et une raideur en extension au d3, et des douleurs prédominantes au d2, même si généralisées au MSD. La Cour ne discerne pas en quoi, de façon notable et déterminante, la situation aurait changé par rapport à ce que retenu précédemment. Si le médecin, en se fondant aussi sur les plaintes du patient rapportant notamment plus de limitations dans la vie quotidienne désormais, retient une situation fonctionnelle dramatique, il indique que cela est parce que la main D n'est plus utilisée en raison des douleurs provoquées au moindre mouvement et en raison de la perte de force, et ne se prononce pas quant à une activité adaptée, écrivant seulement que sa capacité de travail va être limitée par les douleurs permanentes, l'état dépressif réactionnel et la sédation médicamenteuse. Ces documents ne justifient pas de revenir sur ce qu'a retenu l'autorité intimée quant à l'état de santé déterminant somatique et ses conséquences sur la capacité de

travail de l'assuré. 3.4. S'agissant de l'aspect somatique, la Cour retient dès lors qu'au plus tard dès le 31 mai 2018, soit trois mois après l'examen du 26 février 2018 du médecin d'arrondissement de l'assureur-accident, date prise en compte par le SMR (cf. dos. OAI 609; art. 88a al. 1 RAI), l'amélioration stable et déterminante de l'état de santé et de ses effets sur la capacité de travail permettait l'exercice à plein temps et sans perte de rendement d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin d'arrondissement dans son rapport du 1er mars 2018 – plus favorables à l'assuré encore que celles maintenues par H.\_\_\_\_\_ à l'issue du second séjour et par l'assureur-accidents dans sa décision sur opposition, en particulier s'agissant du port de charges. La décision attaquée doit dès lors être modifiée uniquement en ce sens que le droit à une rente entière a couru du 1er avril 2017 au 31 mai 2018, et non au 30 avril 2018. 4. En revanche, c'est à raison que le recourant fait valoir que la question d'une atteinte psychiatrique et de son effet sur la capacité de travail n'a pas été instruite par l'OAI, ce qui empêche la Cour de se prononcer dûment à cet égard. Une atteinte sur ce plan a cependant été alléguée à plusieurs reprises dans le dossier. En particulier: l'assureur-accidents et ses médecins ont évoqué cette question; le Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, traitant l'assuré depuis le 20 octobre 2017, a retenu un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1) le 25 mai 2018 (cf. dos. OAI 585), et un épisode dépressif sévère (F32.2) le 15 mars 2019; le 25 juin 2019, le SMR a indiqué que l'évolution de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive constaté en juillet 2017 par H.\_\_\_\_\_ vers un épisode dépressif caractérisé est plausible.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Partant, le dossier sera retourné à l'OAI, qui mettra en œuvre toute mesure d'instruction nécessaire, puis rendra une nouvelle décision, pour la période à compter de l'amélioration constatée du point de vue physique, soit dès le 26 février 2018, respectivement dès le 1er juin 2018 en tenant compte du délai de trois mois précité, eu égard à la situation psychique de l'assuré. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner ici plus avant le calcul auquel a procédé l'OAI quant au degré d'invalidité, ni le grief du recourant selon lequel, son salaire de valide est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche et un parallélisme des revenus à comparer est justifié (cf. ATF 135 V 297). Il appartiendra, cas échéant, à l'OAI de se pencher sur cette problématique dans la décision qu'il devra rendre. 5. Le recours doit dès lors être admis dans la mesure qui précède. La décision est partiellement modifiée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière du 1er avril 2017 au 31 mai 2018; elle est annulée pour la période subséquente au 31 mai 2018, la cause étant renvoyée à l'autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'OAI, qui succombe. La requête d'AJP devient sans objet. Le renvoi de la cause valant gain de cause total s'agissant de l'octroi des dépens, le recourant a droit à une indemnité de partie (cf. art. 61 let. g LPGA), qui sera fixée, eu égard à la liste de frais du 3 avril 2020, à CHF 1'577.10, soit CHF 1'432.15 d'honoraires (11h01 x CHF 130.-, et non CHF 250.-, s'agissant d'un avocat œuvrant pour un organisme d'utilité publique; cf. arrêts TF 9C\_415/2009 du 12 août 2009 et 9C\_688/2009 du 19 novembre 2009), plus CHF 32.20 de débours (45 x frais de copies à CHF 0.40/pièce et non CHF 1.- [art. 9 al. 2 Tarif JA] + CHF 14.20 de frais de port), et CHF 112.75 au titre de la TVA à 7.7%, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 102) est admis, et la décision partiellement modifiée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière du

1er avril 2017 au 31 mai 2018. Elle est annulée pour la période postérieure au 31 mai 2018 et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2019 103), devenue sans objet, est rayée du rôle. IV. L'indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'577.10, soit CHF 1'432.15 d'honoraires, plus CHF 32.20 de débours, ainsi que CHF 112.75 de TVA, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. 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 8 juillet 2020/djo Le Président :  
Le Greffier-rapporteur :

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