

FR_GERICHTE 608 2019 209 vom 18. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_209

FR: FR_GERICHTE 608 2019 209 du 18 septembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 209 del 18 settembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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; 143 V 418), 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,

E. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

E. 2.3

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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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).

E. 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 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). 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 LPGA). 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. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

E. 3

Est litigieux en l'espèce le refus de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de mesures d'ordre professionnelles. Il convient à cet égard d'examiner l'état de santé de l'assuré.

E. 3.1

Sur le plan somatique, ceci:

E. 3.1.1

Le 26 septembre 2016, l'assuré s'est encoublé et s'est réceptionné sur la main G, non dominante, contre une étagère (cf. not. rapport médical initial du 20 décembre 2016, dos. OAI 137; déformation latérale au niveau de l'IPP constatée; sinon, doigt en place, pas de fracture visualisée, pas de déficit de sensibilité; port d'une attelle durant 3 semaines comme thérapie, passant de 30°

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 à 10° de flexion durant ce laps de temps; reprise prévue à 100% dès le 3 octobre 2016 – l'incapacité totale sera cependant prolongée ultérieurement, cf. dos. OAI 149 et 153 ss; également les rapports de radiographiques, dos. OAI 145 ss).

Dans son rapport du 13 janvier 2017 (dos. OAI 22), la Dre B. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecine physique et réadaptation, pose le diagnostic principal de luxation inter-phalangienne proximale du 5ème D G, réduite le jour même de l'accident; un traitement conservateur avec attelle ainsi qu'un traitement de mobilisation avec ergothérapie ont été mis en place. Actuellement, le patient a moins de mobilité de flexion de l'inter-phalangienne proximale, un léger déficit de l'inter-phalangienne distale du 5ème D, pas de déficit de force ni de déficit de sensibilité.

Une consultation en urgence est demandée avec le médecin-conseil de l'assureur-accidents pour évaluer la reprise du travail; cette demande doit, pour la Cour, au vu du dossier, être mise en lien avec l'état psychique de l'assuré uniquement (cf. infra): lors de son appel avec dite assurance, le 20 février 2017, la praticienne indique en effet que déjà la dernière fois qu'elle a vu son patient (le 9 janvier 2017), une reprise du travail était possible sous l'angle des seules suites de l'accident (cf. dos. OAI 100; également courrier de l'assurance-accidents du

E. 3.1.2

Pour le Tribunal, au vu du dossier et de ce qui précède, au plus tard 6 mois après l'accident du 26 septembre 2016 au 5ème D G, soit dès le 26 septembre 2017, bien avant le dépôt de la demande de prestations de novembre 2017, il n'y a plus, objectivement, d'atteinte organique au 5ème D et à la main G engendrant une incapacité de travail, à tout le moins pas une incapacité de travail déterminante au sens de l'assurance-invalidité. Cette atteinte accidentelle a somme toute été (très) bénigne. D'ailleurs, dès janvier 2018, ce point ne sera plus mis en avant par les médecins de l'assuré ou ce dernier. La seule assertion de l'intéressé selon laquelle son activité passée lui imposait le port de charges avec la main G de 30 à 40 kg ne saurait modifier ce qui précède. Pas d'avantage que ses dires ultérieurs selon lesquels son activité passée nécessitait le port de charges de 20 à 50 kg et même plus, sans forcément disposer de moyens de levage suffisants (cf. les objections du 4 juin 2019, dos. OAI 297). Ces dires n'emportent au reste pas conviction de la Cour; ils sont notamment en contradiction avec ce qu'indiqué le 18 janvier 2017 par l'ancien employeur (cf. dos. OAI 125 s.), à savoir notamment le port de charges de 2 à 10 kg environ 10x par jour, une absence de travaux en-dessus de l'épaule et un maniement d'outils (poste à souder et petit outillage) non lourds, confirmé après visite de la place de travail par un collaborateur de

l'assureur-accidents, le 22 février 2017 (cf. dos. OAI 353) et repris par le médecin d'arrondissement de celui-ci. En outre, l'on relèvera qu'aucune limitation liée au port de charges, notamment, n'a jamais été faite valoir par l'assuré lorsqu'il a relaté le déroulement de ses journées hors travail, ses tâches ménagères et le soutien à son épouse, laquelle se trouve dans un fauteuil roulant. Bien plus, il a, par l'entremise de son généraliste traitant, demandé, le 15 mai 2018 (cf. dos. OAI 203), l'ouverture d'un dossier de proche aidant, ce qui se concilie aussi mal avec l'impossibilité de porter des charges de plusieurs dizaines de kg cas échéant. Enfin, l'on rappellera que ce qui est déterminant ici, c'est l'exigibilité non à l'ancienne place de travail uniquement, mais dans l'activité habituelle (et il paraît peu vraisemblable qu'une entreprise n'offre pas des moyens de levage appropriés) ou, cas échéant, dans une adaptée, soit un travail respectant la limitation de port de charge de 10kg, la seule jamais médicalement énoncée. Selon le généraliste traitant, dans des tâches légères, l'assuré n'a du reste aucune difficulté. S'agissant de la problématique dorsolombaire, la Cour souligne que jusqu'au rapport du 30 janvier 2018 du généraliste traitant, ne figurait au dossier aucune mention, même vague, de difficultés et/ou douleurs y relatives. A aucun moment l'assuré (ou son épouse) n'y avait fait allusion, y compris lors des examens cliniques du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents ou des deux experts-psychiatres. Ces médecins n'avaient rien observé à cet égard non plus. Il peut également être renvoyé à ce que retenu ci-dessus notamment quant au port de charges, ainsi qu'aux activités ménagères et familiales. En définitive, l'assuré s'est borné à mettre en exergue un blocage de dos au réveil un jour du début juin 2018 (cf. dos. OAI 237). Il est en outre relevé qu'un surpoids, que connaît l'assuré, et un besoin éventuel de reconditionnement musculaire n'ont valeur, en principe, ni d'éléments fondant un taux d'incapacité de travail (déterminante et durable), ni de maladie invalidante. L'accomplissement de séances de physiothérapie et/ou d'ergothérapie ne constitue pas davantage en soi, normalement, un obstacle à une reprise de l'activité

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 professionnelle ou à l'exécution d'un stage ORP (cf. dos. OAI 237). Enfin, il y a lieu ici de se rapporter davantage à l'avis du rhumatologue E. _____ qu'à celui du généraliste traitant, pour déterminer quelle incidence sur la capacité de travail peut, objectivement, exister du fait de l'atteinte – à nouveau, très modérée, pour la Cour. Celle-ci s'écarte notamment de l'avis du Dr C. _____ – que rien au dossier ne vient soutenir – selon lequel une incapacité de travail de 50% aurait existé sans discontinuer depuis le 7 mars 2015 du fait de la problématique dorsolombaire. En définitive, le Tribunal considère que celle-ci n'a pas créé et ne justifie pas une incapacité de travail déterminante et durable selon l'assurance-invalidité. Avec le rhumatologue traitant, il sera retenu que la capacité est pleine et entière – le médecin n'a, dans ce dernier rapport, pas même repris la limitation de 10% au maximum du rendement – dans l'activité habituelle, et, en tout état de cause, conformément à l'obligation de tout entreprendre pour diminuer son dommage, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées, activité adaptée pour laquelle le Dr E. _____ n'a jamais évoqué la moindre perte de rendement.

E. 3.2

Sur le plan psychique, ce qui suit:

E. 3.2.1

C'est le généraliste traitant C. _____ qui, le 23 janvier 2017, indique une péjoration nette de l'état de santé du fait de l'apparition, depuis ce mois-là, de troubles de l'humeur (signes dépressifs), qualifiés ultérieurement, par le praticien, de syndrome anxio-dépressif avec fluctuations rapides de l'humeur, existant depuis janvier 2017. Le suivi psychologique sera, jusqu'en septembre 2017, assuré uniquement par le généraliste, avec prescription d'un traitement à base de plantes (phytosanitaire). Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 juin 2017 (dos. OAI 6) demandée à la clinique F. _____ par l'assureur perte de gain, la Dre G. _____ pose le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23; autres émotions nommées: tristesse, colère, vécu d'injustice et d'incompréhension, troubles du sommeil et inquiétude quant à l'avenir). L'expertisé est en mesure de travailler à 100% et sans baisse de rendement dans une fonction équivalente au dernier poste. La symptomatologie fait immédiatement suite au licenciement annoncé (initialement) fin mars 2017. Il n'est notamment constaté ni tristesse de l'humeur anormale, ni anhédonie ou perte d'énergie significative ou non liée à un déconditionnement général, ni troubles de la concentration ou de ralentissement. Seuls persistent quelques troubles du sommeil, en cours de rémission et liés à des inquiétudes compréhensibles pour l'avenir; l'expertisé indique se coucher tard et avoir des nuits agitées. Il y a un amendement symptomatologique significatif, et le trouble d'adaptation est en rémission. Aucune modification thérapeutique n'est recommandée. Tout au plus un travail psychothérapeutique de confort pourrait être initié. L'assuré ayant demandé à son assureur perte de gain une contre-expertise psychiatrique, celle-ci est réalisée par le Dr H. _____ (cf. rapport du 16 décembre 2017, dos. OAI 175) lequel retient le diagnostic, avec influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). L'expert admet l'incapacité de travail psychiatrique attestée jusqu'ici par les médecins traitants, et le fait qu'elle puisse remonter à au moins fin mars 2017. Mais au vu de l'évolution tout de même favorable, il considère que le taux d'incapacité ne dépasse plus 50% depuis 1er décembre 2017. Il est toutefois contre-indiqué que l'assuré retourne à sa place de travail actuelle, au vu des tensions avec son employeur, le risque de rechute serait alors très élevé. L'expert n'a rien à proposer de plus ni relativement au traitement, ni quant à la question des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 activités adaptées, soulignant expressément qu'à priori, il n'existe au demeurant pas d'incapacité de travail totale ou partielle durable dans l'activité habituelle. Il lui est difficile de se prononcer sur l'avenir, et il serait peut-être bon de demander des rapports aux médecins traitants pour la suite. En effet, "le risque d'une évolution vers un comportement d'invalidé de longue durée n'est pas totalement exclu, au vu de ce qui se dégage de la dynamique du couple (...). Le cas échéant, il conviendra de faire la part des choses entre ce qui est strictement médical et un comportement anormal de malade qui sortirait du champ médical stricto sensu" (dos. OAI 189). Il relève, pour retenir la problématique dépressive, notamment une fatigabilité anormale ainsi qu'une diminution de l'intérêt et du plaisir. L'expert retient un épisode dépressif, qualifié de moyen et de récurrent, eu égard à un épisode antérieur qu'aurait, au vu de ses indications, connu l'assuré en 2010. Même si le tableau dépressif relève d'une composante réactionnelle, il est au-delà du trouble d'adaptation. L'assuré conserve des ressources conséquentes. Aucun autre diagnostic n'est retenu. En particulier, pas un trouble anxieux, ni un trouble de la personnalité. Seuls sont mentionnés des traits de dépendance accentués. L'épisode s'est installé progressivement depuis janvier 2017, la lettre de licenciement de fin mars 2017 ayant été un facteur de stress sévère. Des points évoluent favorablement (sommeil,

confiance en soi, ...); l'assuré, comme son épouse, est surtout révolté et se drape en position de victime. Si l'intéressé veut avec son épouse communiquer un tableau clinique de graves troubles psychiques, il n'y a pas d'exagération massive de la symptomatologie ni de signes de simulation. Le traitement médicamenteux est constitué de Relaxane (produit à base de plantes) et de 50mg de Trittico le soir, antidépresseur faiblement dosé et qui a bien corrigé les problèmes à l'endormissement. Le suivi psychiatrique par un spécialiste a débuté le 8 septembre 2018. Dans son rapport du 19 août 2018 (dos. OAI 243), le Dr I. _____, pose les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail et présents depuis octobre 2017 d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission (F32.2), et d'autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité immature (F60.8X-003). Il précise qu'il a retenu une dépression sévère (F32.2), en octobre 2017 (incapacité de 100%), une moyenne (F32.1) en février 2018 (incapacité de 50%), et, la symptomatologie dépressive étant en amélioration, un épisode dépressif léger (F32.0) à partir du 1er mai 2018 (incapacité de 20%). Il y a une évolution favorable avec amélioration de la symptomatologie dépressive, de l'humeur, de la capacité de concentration, de la qualité du sommeil avec passage d'un épisode moyen à un épisode léger. Le trouble dépressif est actuellement en rémission. Cette bonne évolution est sujet à des variations, le patient est rapidement affecté et déstabilisé par des événements externes considérés comme défavorables. Cette fragilité rend le pronostic difficile à déterminer. Au vu du fonctionnement de l'assuré et de la dynamique du couple, le risque de rechute dépressive et d'incapacité est significatif. Le traitement médicamenteux de Relaxane et de 50mg de Trittico est maintenu. Au titre des ressources est mentionnée une bonne habileté manuelle. Une activité peut être exercée à 80%, sans rendement diminué, y compris dans l'emploi précédent; une reprise progressive est préconisée. Les limitations sont des difficultés d'affirmation de soi et de régularisation des émotions liées à des conflits, une caractéristique de dépendant, et le fait que périodiquement, il peut rencontrer des difficultés de gestion du stress – il a indiqué avoir ressenti de la pression au rendement auprès de son dernier employeur. Il a amélioré sa capacité de gérer les conflits, a un début d'accès à la négociation, ainsi qu'un très bon contact relationnel. Le patient n'est en rien limité dans les activités ménagères, ni pour la conduite. Le suivi psychiatrique se fait une fois par mois, par vidéo conférence avec le psychiatre et la psychologue, laquelle, de façon déléguée, suit l'assuré une fois par semaine, ainsi que pour la thérapie de couple, chaque troisième semaine (cf. dos. OAI 167).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13

E. 3.2.2

Au vu du dossier et de ce qui précède, la Cour peut, au plus, retenir qu'a existé, depuis janvier 2017, mais avec effet sur la capacité de travail déterminant depuis fin mars 2017, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen au plus tard à partir du 27 novembre 2017 (date du second entretien avec l'expert H. _____), entraînant depuis cette date au maximum une incapacité de travail de 50%. C'est le lieu de souligner que l'atteinte à la santé ayant débuté, selon le généraliste traitant, dès janvier 2017, a été caractérisée par celui-ci comme des signes, des fluctuations de l'humeur, non un état constant, et qu'ils n'ont rendu nécessaires, avant septembre 2017, ni un suivi par un spécialiste, ni un traitement autre que la prise de cachets à base de plantes; tous éléments, joints notamment à la réaction au licenciement annoncé fin mars 2017, qui ont conduit le premier expert à parler de trouble de l'adaptation. Si le second expert s'est distancié de cette appréciation, c'est essentiellement en

retenant des éléments tels qu'une perte de poids de 2 kg chez une personne en surpoids; un certain intérêt ou plaisir moindre, bien que l'expertisé n'ait pas rapporté en quoi le déroulement de ses journées, loisirs et tâches ménagères qu'il avait avant janvier 2017 et qu'il avait encore narrés au premier expert (pratique de l'ordinateur, télévision, promenades et visites de musées avec son épouse, ...), se seraient essentiellement modifiés désormais; un certain trouble du sommeil, alors que l'assuré avait indiqué au premier expert se coucher tard et que le médicament phytosanitaire pris à cet effet avait déjà bien amendé la situation sur ce plan, et qu'il avait déclaré au Dr H. _____ que la prise à un dosage très léger d'un antidépresseur, essentiellement à cet effet qui plus est, avait suffi également à permettre une amélioration de l'endormissement; une récurrence du fait d'éléments rapportés par l'assuré – sans pièce médicale y relative au dossier – de malaises physiques connus en 2010 et qui auraient amené une certaine incapacité de travail et un suivi sur le plan psychique, sans autre précision à cet égard alors que, en tout état de cause, il n'a pas été indiqué que de 2010 à janvier 2017, une incapacité de travail pour maladie psychique et l'intervention d'un psychiatre seraient survenues. En outre, le Dr H. _____ a admis qu'un aspect réactionnel clair existait, que l'assuré disposait toujours d'importantes ressources, et que le couple tendait à faire apparaître l'assuré comme gravement malade psychiquement. Sans pour autant revenir sur la seconde expertise et ses conclusions, la Cour considère que les appréciations des deux experts concordent en tout cas en ce qu'ils ne décrivent pas une atteinte psychique grave amenant une incapacité de travail totale et durable, un suivi médicamenteux important, etc., et qu'ils ont tous deux constaté une certaine évolution positive rapidement intervenue depuis la péjoration de fin mars 2017. En revanche, c'est avec une certaine réserve qu'il y a lieu d'accueillir l'appréciation du psychiatre traitant. Lequel n'est pas à même de remettre en cause le contenu de la seconde expertise, qui lui fut communiquée, et n'explique pas pourquoi il retient, malgré une évolution favorable de l'état de santé relevée également et un traitement médicamenteux léger toujours identique, une incapacité de travail de 50% jusqu'en février 2018, et un trouble de la personnalité influençant la capacité de travail, qu'a exclu le Dr H. _____. Aucun développement n'est apporté non plus sur le fait que depuis le 1er mai 2018, la capacité de travail serait de 80% sans perte de rendement; si cette appréciation témoigne également de l'évolution toujours favorable, il n'est pas écrit pourquoi, médicalement, objectivement, l'assuré serait empêché de travailler à temps plein, sans diminution de rendement. A cet égard, la Cour relève que le souci de l'assuré pour son épouse, qui connaît un état de santé péjoré de façon importante, le fait qu'il entend être à ses côtés le plus possible et agir comme proche aidant, sont éminemment compréhensibles; pour autant, ce qui doit être déterminé ici, c'est uniquement l'éventuelle incapacité de travail découlant du seul état de santé de l'assuré. Non de celui de son épouse, ni du temps et de l'accompagnement qu'il souhaite lui consacrer, cas échéant en réduisant son temps de travail. Si le fonctionnement du couple – avec,

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 de fait, une présence de l'épouse lors des entretiens avec les experts, l'OAI, lors d'une tentative de mesure ORP, etc. – a été souligné comme pouvant potentiellement avoir une portée négative à cet égard, il ne constitue clairement pas une atteinte à la santé de l'assuré déterminante avec effet sur la capacité et qui devrait être prises en charge par l'assurance-invalidité. On notera également que le recourant ne saurait rien retirer du fait que le second expert a noté que retourner auprès du premier employeur serait contre-indiqué, au vu des tensions. Le Dr H. _____ a pour autant bien considéré que l'activité habituelle, cas échéant chez un autre employeur, était exigible. Le psychiatre traitant n'a pas dit le contraire, se bornant à relever des difficultés de gestion du stress et

d'affirmation de soi chez le dernier employeur. Au vu de ce qui précède, la Cour écarte l'avis du psychiatre traitant selon lequel l'incapacité de travail n'aurait passé de 100% à 50% qu'au 1er février 2018, et non au 27 novembre 2017. Pour le Tribunal, au vu du dossier et faute de tout élément médical objectif contraire et propre à expliquer pourquoi, selon ce praticien, un socle de 20% d'incapacité demeurerait toujours au 1er mai 2018, il est hautement vraisemblable qu'alors, plus aucune incapacité de travail n'existait du fait de l'atteinte psychique. A noter que l'assuré a indiqué n'avoir plus envie de son travail deux ans avant son accident (cf. dos. OAI 204) et a expliqué aux experts que dès 2008 (et/ou après 2012), du fait de changement dans le personnel supérieur de son entreprise, son plaisir avait diminué, des difficultés étaient survenues; ce qui, comme d'éventuelles préférences pour une autre activité, n'a pas valeur de maladie invalidante objective.

E. 3.3

En conclusion, à partir du 1er mai 2018 au plus tard, six mois après le dépôt de la demande de prestations, aucune incapacité de travail, ni aucune diminution de rendement n'existaient, tant sur le plan somatique que celui psychique, ce tant pour l'activité habituelle – y compris son volet de formation des apprentis – que dans une autre adaptée. Tout droit à une rente doit ainsi être nié. Ce qui serait clairement aussi le cas même si l'on devait, ce qu'il n'y a pas lieu de faire, retenir une incapacité de travail de 20% du fait d'une atteinte psychique: le degré d'invalidité de 40% minimum ouvrant le droit à une rente ne serait clairement pas atteint non plus, que ce soit relativement à l'activité habituelle ou à une activité adaptée, simple et répétitive. Il en va de même quant à d'éventuelles mesures de réadaptation: l'obligation de tout entreprendre pour diminuer son dommage existe à cet égard aussi. Or, ici, l'exigibilité d'une activité habituelle, comme celle d'une activité adaptée, est pleine et entière, sans prérequis d'aucune mesure d'ordre professionnel (en particulier sans nécessité d'un reclassement), ce au vu notamment de l'état de santé – tant somatique que psychique – et des aptitudes de l'assuré (degré de formation, expérience, etc.). Ce dernier ne connaît aucune perte de gain durable et/ou prolongée dans toute activité exigible, de sorte qu'aucune mesure de réadaptation n'entre en ligne de compte et n'est nécessaire. On rajoutera que toute mise en œuvre d'une mesure de réadaptation suppose une aptitude à la suivre tant objectivement que subjectivement; ce qui, à tout le moins quant au dernier point, ne paraît pas compatible avec un souhait d'être accompagné de son épouse lors de sa mise en œuvre.

4. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, et la décision du 13 juin 2019, confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe, et compensés par l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront compensés avec l'avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 18 septembre 2020/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

E. 6

avril 2017, dos. OAI 276: assuré apte à reprendre travail en regard des seules séquelles organiques de l'accident; rapport d'entretien avec l'assureur-accidents du 16 février 2017, dos. OAI 102: l'assuré indique que l'ergothérapie est terminée, qu'il ne prend aucun médicament actuellement, et que suite à un courrier de son employeur, du 16 janvier 2017, il ne se sent pas très bien psychologiquement et a consulté, le 23 janvier 2017, le Dr C. _____, son médecin de famille, qui lui prescrit un traitement phyto-thérapeutique pour cela; note téléphonique avec l'épouse, du 24 février 2017). Dans son attestation du 23 janvier 2017 (dos. OAI 106), le Dr C. _____ indique que l'état de santé de son patient s'est nettement modifié depuis l'accident, avec l'apparition de troubles de l'humeur (signes dépressifs). Le 5 mars 2017 (dos. OAI 88), il diagnostique un status post trauma auriculaire (entorse grave avec luxation de l'IPP). Il y a persistance d'un œdème de l'IPP avec un flexum de 5° et une limitation en flexion – 20 ; pronostic: guérison du status post-luxation; l'évolution du traitement a été influencée par le syndrome anxio-dépressif avec fluctuations rapides de l'humeur depuis janvier 2017. Au titre d'une persistance d'un problème, une certaine limitation de l'IPP de l'auriculaire G est à attendre. Jusqu'en septembre 2017, le généraliste traitant assurera seul le suivi sur le plan psychique, avec prescription de deux traitements phytosanitaires. Le 30 janvier 2018 (dos. OAI 192 s.), le généraliste traitant n'évoque plus la question du doigt, mais pose uniquement les diagnostics de syndrome dépressif ainsi que de lombalgies récurrents; la reprise de l'activité habituelle exposerait le patient à leur péjoration; une reconversion professionnelle est souhaitable, dans une activité avec exposition au stress limitée, ainsi que limitation du soulèvement de poids à 10 kg. De la physiothérapie (reconditionnement physique) est en cours. Le 12 juillet 2018 (dos. OAI 219), le praticien indique que son patient connaît, du seul fait des lombalgies récurrentes, une incapacité de travail de 50% depuis le 7 mars 2015 à ce jour. Il pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose lombaire à convexité G) et discopathies étagées (L4/L5 avec ostéophyte marginale); il y a une suspicion de hernie discale L5/S1 G. Les lombalgies apparaissent lors de postures assise ou debout prolongées; les sciatalgies à G apparaissent dans ces conditions, et sont moins fréquentes à droite; il n'y a pas de déficit moteur. Les douleurs sont météo-dépendantes. La scoliose est nettement responsable des douleurs et de l'incapacité fonctionnelle. Il y a trouble statique lombaire majeur avec incapacité fonctionnelle sévère; la physiothérapie est prévue sur du long terme pour

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 travailler sur les troubles statiques et le renforcement musculaire. Limitations: charge maximale de soulèvement 10 kg; nécessité de postures variées; contre-indication du travail en position accroupie ou penchée en avant. Lombalgies après 30 min de conduite. La profession actuelle ne peut plus être exercée. Une activité adaptée est possible 5 h par jour, de préférence le matin en raison des lombalgies moindres. Il faut éviter une exposition au stress. Les travaux légers sont effectués sans difficultés. Dans son rapport d'examen final du 29 mars 2017 (dos. OAI 69), le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, la Dre D. _____, neurochirurgienne, rapporte les indications relatives à la place de travail, soit, notamment: le fait que l'activité se produit à 80% debout, à 20% assis, et qu'elle implique un port de charges 2-10 kg environ 10x/jour. A l'examen clinique (à 6 mois de l'accident), la mobilité du bras, du coude et du poignet est sans particularité ddc; les mesures des MS sont semblables ddc; la coloration et la température sont symétriques et sans particularité aux MS et spécialement à la main G. Il y a une légère hyposensibilité au niveau de l'IPP 5 G, pas d'autre déficit sensitif; limitation

seulement pour le 5ème doigt main G avec moins de mobilité en flexion distance 0.5 mm; pas de dysesthésie, pas de critères cliniques (tels hyperesthésie/ allodynie, œdème, etc.) concernant le 5ème D G et la main G selon les critères de Budapest, de sorte qu'un CRPS n'est pas retenu. Diagnostic: Status post luxation interphalangienne proximale 5ème D G réduite aux urgences le même jour; traitement conservateur avec attelle, traitement de mobilisation avec ergothérapie, léger déficit de l'interphalangienne distale du 5ème D sans déficit sensitivo-moteur selon la Dre B._____. La situation est stabilisée et il n'y a plus de traitement pour le status post luxation; l'assuré peut reprendre le travail à 100% (horaire et rendement); pas de traitement ni de suivi nécessaires; les séquelles lésionnelles n'atteignent pas le seuil indemnisable par une IpAI. Il n'y a pas d'incapacité de travail pour les seules suites des troubles organiques de l'accident. Au titre de la comorbidité est uniquement rapportée l'atteinte à l'humeur, selon attestation du généraliste traitant, depuis janvier 2017. Le Dr E._____, médecine interne générale et rhumatologie, médecin traitant depuis le 1 septembre 2017, indique, dans son rapport du 20 septembre 2017 (dos. OAI 273): une mobilité conservée au 5ème D G, pas de flexum, pas de déficit sensitif ou moteur; la palpation latérale est légèrement douloureuse; séquelles d'une luxation avec minime schéma capsulaire résiduelle. Dans la mesure où l'assuré indique devoir porter des charges de 30 à 40 kg avec la main G dans son activité habituelle, celle-ci paraît peu adaptée; il convient de limiter les mouvements de flexion des mains de manière répétitive. De la physiothérapie est préconisée. Le 24 juillet 2018 (dos. OAI 279), il considère que l'activité habituelle est exigible à 100%, sans perte de rendement (tout au plus, un maximum de 10%). De l'ergothérapie peut aider. Toute activité adaptée est exigible, à plein temps, sans aucune perte de rendement. Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue, pas même relativement au port de charges. Dans son dernier rapport, du 15 octobre 2018 (dos. OAI 269), il pose les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de probable schéma capsulaire post-traumatique (luxation auriculaire accidentelle), persistance d'une lombalgie basse récurrente dans un contexte de scoliose dextroconvexe cob: 18 et discopathie L4-L5 et L5-S1. Relativement au doigt accidenté, il est constaté un minime empatement au niveau de l'IPP du 5ème rayon G, avec une mobilité conservée, une distance pulpe-paume de 0cm, une absence de flexum, de même que de déficit sensitif ou moteur. L'ultrasonographie de l'IPP a montré un minime remaniement cependant sans signe de synovite; au vu de la radiographie, il n'y a ni calcification, ni trouble dégénératif. Le pronostic de reprise à 100% est bon, cependant, aux dires du patient, il devait porter des charges de plus 30-40 kg avec la main G dans son activité passée. A plus d'une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 année, le status quo ante peut être raisonnablement admis. La physiothérapie et l'ergothérapie doivent être poursuivies selon les douleurs. Les limitations fonctionnelles sont les mouvements de préhension avec la main G de manière répétitive, mais ce au maximum 6 mois après l'évènement traumatique, ainsi que le port de charge de plus de 10 kg. L'activité habituelle comme une adaptée peuvent raisonnablement être exercées à 100%. Aucune diminution de rendement n'est rapportée. La capacité pour les tâches ménagères est également bonne.