

FR_GERICHTE 608 2020 32 vom 12. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_32

FR: FR_GERICHTE 608 2020 32 du 12 juin 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 32 del 12 giugno 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

% à titre de désavantage salarial, soit CHF 56'485.05), il a obtenu un taux d'invalidité de 0,46 %, insuffisant pour prétendre à une rente d'invalidité. Il a précisé que, conformément aux conclusions de l'expertise psychiatrique mise en œuvre, aucune atteinte incapacitante n'avait été objectivée sur le plan psychiatrique. Enfin, il a confirmé que l'état de santé était stabilisé et que l'exigibilité médico- théorique était justifiée. D. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Monferini Nuoffer, avocate, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 11 février 2020, concluant, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2017. A l'appui de ses conclusions, il relève tout d'abord une violation du droit d'être entendu, au motif qu'il a demandé à l'autorité intimée qu'elle lui communique le nombre de cas dans lesquels le Dr D._____ a été appelé à établir des expertises pour l'OAI ainsi que le nombre de cas où il a retenu une incapacité de travail supérieure à 40 %, susceptible de donner droit à une rente d'invalidité et qu'elle lui transmette les rapports d'expertises et les décisions en découlant dûment caviardés, ce à quoi elle n'a jamais donné suite. Il reproche également à celle-ci de n'avoir pas demandé son avis au Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) avant de diligenter l'expertise psychiatrique. Il conteste en outre la date retenue pour fixer l'exigibilité médico-théorique. Sur le plan somatique, il reconnaît qu'il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée, mais relève que l'on doit retenir une diminution de rendement de 30 %. Sur le plan psychiatrique, il estime qu'il présente une incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. A titre subsidiaire, il remet en cause les salaires de valide et d'invalidé, estimant qu'il faut appliquer le principe du parallélisme des revenus sur le revenu de valide et un abattement de 20 % sur le salaire d'invalidé. Le 16 mars 2020, le recourant a versé une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 31 mars 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à la motivation de celle-ci et au dossier. Le 7 juillet 2020, la mandataire du recourant produit un certificat médical du 10 juin 2020 attestant de l'hospitalisation de ce dernier à la clinique de jour du Réseau fribourgeois de santé mentale (ci- après: RFSM) et du maintien d'une incapacité totale de travail. Le 25 mai 2021, la Cour de céans a versé au présent dossier celui constitué dans le cadre de la procédure de recours (dossier 605 2019 74) engagée par A._____ auprès du Tribunal cantonal

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 21 février 2019 par la SUVA, laquelle s'est achevée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 mai 2021 (dossier 8C_600/2020), ce dont les parties ont été informées. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Le recourant allègue tout d'abord une violation de son droit d'être entendu au motif que l'autorité intimée n'a pas donné suite à sa requête tendant à ce qu'elle lui communique le nombre de cas dans lesquels le Dr D. _____ a été appelé à établir des expertises pour l'OAI ainsi que le nombre de cas dans lesquels il a retenu une incapacité de travail supérieure à 40 % susceptible de donner droit à une rente d'invalidité et qu'elle lui transmette les rapports d'expertises et les décisions en découlant dûment caviardés. Pour se faire, il se prévaut de la jurisprudence publiée aux ATF 144 I 170 et se base sur la loi fribourgeoise du 9 septembre 2009 sur l'information et l'accès aux documents (LInf; RSF 17.5). 2.1. Avant d'analyser plus précisément le grief soulevé, il convient tout d'abord de relever que l'autorité intimée a communiqué à l'assuré, par courrier du 24 mai 2019 (dossier OAI, p. 695), l'identité du médecin mandaté et le questionnaire qui lui serait soumis, en le rendant attentif tant à la possibilité de récuser celui-ci et de présenter des contre-propositions qu'à celle de poser des questions supplémentaires, et en lui fixant un délai à cet effet. Dans sa détermination du 11 juin 2019 (dossier OAI, p. 711), le recourant a expressément fait savoir qu'il n'avait pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert désigné et a ajouté plusieurs questions à poser à celui-ci, ce dont l'autorité intimée a dûment tenu compte en les intégrant dans le questionnaire envoyé à l'expert. Ce n'est que bien plus tard, par courrier du 2 décembre 2019 (dossier OAI, p. 770), que le recourant a présenté la requête dont il est ici question. Dans ce même courrier, le recourant a en outre posé des questions complémentaires, lesquelles ont été soumises à l'expert qui a ainsi déposé un rapport complémentaire en date du 17 décembre 2019 (dossier OAI, p. 785). 2.2. La première partie de la requête doit d'emblée être écartée, car il ressort clairement de l'arrêt du Tribunal fédéral précité que, dans la mesure où l'OAI ne tient pas de statistiques relatives aux experts mandatés et aux conclusions auxquelles ceux-ci sont parvenus, la statistique demandée n'est donc pas un document officiel existant auquel l'accès peut et doit être fourni. Cette statistique

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 ne peut pas non plus être aisément établie, de sorte que l'on ne peut pas exiger que celle-ci soit créée (cf. ATF 144 I 170 consid. 8.3). On rappellera également qu'en tout état de cause, le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ne constitue pas à lui seul un motif de récusation suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références citées). 2.3. La deuxième partie de la demande ne peut pas non plus être traitée favorablement. En effet, même s'il ressort de la jurisprudence fédérale que la valeur informative de toute tendance d'un expert à reconnaître l'incapacité de travail de manière plutôt prudente ou généreuse est à apprécier dans le cadre de la procédure de prestations AI (ATF 144 I 170 consid. 7.6), on ne voit pas en quoi, en l'espèce, la connaissance des

incapacités de travail attestées par l'expert-psychiatre dans d'autres affaires pourrait prouver un manque d'ouverture de sa part dans ses conclusions et ainsi remettre en cause la valeur probante de son expertise. En tout état de cause, le recourant n'apporte pas d'indices concrets permettant de conclure à une apparence de partialité de la part de l'expert dans son cas (cf. arrêt TF 8C_25/2020 du 22 avril 2020 consid. 5.1.2.2). Cela vaut d'autant plus que ce n'est pas seulement depuis l'ATF 144 I 170 que des données portant sur des estimations de la capacité de travail par certains centres d'expertise sont disponibles (cf. arrêt TF 8C_106/2017 du 12 avril 2017 consid. 2). Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur la jurisprudence qui refuse d'entrer en matière sur les demandes de récusation qui ne soulèvent que le grief d'une sévérité supérieure de certains experts par rapport à la moyenne des attestations d'incapacité de travail délivrées par d'autres (cf. arrêt TF 9C_232/2020 du 17 juillet 2020 consid. 4.1.3 et les références citées / SVR 2021 IV no 4 p. 10). Ici, par ailleurs, comme déjà évoqué, le recourant a expressément admis n'avoir pas de motifs de récusation à faire valoir contre la personne de l'expert; il est dès lors forclos de s'en prévaloir dans la présente procédure de recours. 2.4. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée n'a pas donné suite à la requête du recourant. Elle n'a ainsi commis aucune violation de son droit d'être entendu, de sorte que le recours est rejeté sur ce point. 3. 3.1. 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, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 3.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7

al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations 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.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 4. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas

invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en 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). 4.1. 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 donc 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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982 p. 36). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4.2. L'art. 59 al. 2 LAI prévoit que les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires et que le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons. L'art. 59 al. 2bis LAI précise que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. En vertu de l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les

services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. L'al. 2 ajoute qu'ils peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit, avec copie à l'assuré. Enfin, l'al. 3 relève que les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller. Selon la jurisprudence, les médecins SMR ont pour fonction, outre celle d'aider les laïcs en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux, à qui il appartient ensuite de trancher le droit aux prestations, non seulement de compiler et de résumer la situation médicale, mais aussi, en cas de rapports contradictoires, de dire sur quel avis se fonder, voire de proposer un examen supplémentaire. Les rapports des médecins SMR fondés sur l'art. 49 al. 3 RAI ne se basent pas sur les propres investigations du médecin en question mais sur les autres rapports médicaux, qu'ils compulsent et résument en vue d'émettre une recommandation. De ce fait, les rapports remplissent une autre fonction que les expertises au sens de l'art. 44 LPGA ou que les examens auxquels ils peuvent également procéder sur les assurés au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils ne font qu'apprécier les rapports médicaux existants. Leurs rapports ne doivent dès lors pas remplir les exigences formelles des expertises. On ne peut pas pour autant leur dénier toute valeur probante ou leur impact vers l'extérieur; ils constituent en effet des pièces déterminantes pour la prise de décision (arrêts TF I 143/2007 du 14 septembre 2007 consid. 3.3, 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_858/2014 consid. 3.3.2 et 3.3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 5. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (arrêt du TF U 84/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1). Il en va de même lorsque les atteintes prises en compte par l'assurance-invalidité ne

présentent pas toutes un lien de causalité avec l'accident (arrêt du TF 8C_517/2007 du 16 septembre 2008 consid. 4.1). L'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise. Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales.

6. Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à une rente d'invalidité. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de ce dernier en procédant à une appréciation médicale de sa situation.

6.1. Sur le plan psychiatrique, le recourant a débuté un suivi thérapeutique dès le 29 mai 2017.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 6.1.1. Dans un rapport du 17 juillet 2017 (dossier OAI, p. 311), le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr F._____, médecin assistant, auprès du RFSM, attestent que le recourant est suivi auprès de leur centre depuis le 29 mai 2017 pour une symptomatologie dépressive dans un contexte de syndrome douloureux post-traumatique. Ils posent les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et trouble de l'adaptation (F43.2). Ils indiquent que le patient bénéficie d'un traitement médicamenteux associé à des entretiens psychothérapeutiques médico-infirmiers intégrés, d'écoute et de soutien et que le pronostic de son trouble est actuellement réservé. Dans un courrier à caractère médical du 23 avril 2018 (dossier OAI, p. 651), la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr F._____ du RFSM maintiennent le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ils considèrent que l'état de santé psychique du recourant n'est pas stabilisé et qu'il paraît actuellement dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle. Dans un rapport du 10 septembre 2018 (dossier OAI, p. 666), la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre I._____, médecin assistante, auprès du RFSM, retiennent les diagnostics de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2). Ils estiment que, malgré un traitement psychiatrique intégré, psychopharmacologique et psychothérapeutique, l'état du patient reste stationnaire et que le pronostic quant à une reprise d'activité reste indéterminé. Dans un rapport du 5 décembre 2018 (dossier SUVA, pièce 244), le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA, estime que, sur la base du rapport du 23 avril 2018 des médecins du RFSM, on ne peut pas nier l'existence d'un lien de causalité naturelle au degré pour le moins probable entre l'accident et le trouble psychique retenu par les médecins traitants, soit un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Il considère toutefois que la situation clinique n'est pas stabilisée du point de vue

psychiatrique (état avril 2018), de sorte que la question de l'exigibilité ne peut pas encore être abordée. Dans un rapport du 5 juin 2019 (dossier OAI, p. 704), la Dre H. _____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique, actuellement chronifié (F32.2) et de troubles mixtes de la personnalité, actuellement décompensés dans le cadre d'un syndrome algique chronique, d'une inoccupation et d'une atteinte narcissique (F61). Elle retient les limitations fonctionnelles suivantes: ralentissement psychomoteur marqué, troubles de l'attention et de la concentration, discours centré sur la douleur, attitude persécutée subdélirante sans toutefois un délire franc de persécution, asthénie physique et psychique. Elle considère que l'état psychique du patient ne lui permet pas de reprendre une activité lucrative. Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2019 (dossier OAI, p. 728), le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient les diagnostics de dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1), existant depuis mai 2017 au plus tard, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existant depuis 2017, et accentuation de traits de personnalité histrionique (Z73.1), existant depuis probablement l'âge de jeune adulte. Il considère toutefois que ces troubles ne justifient pas une incapacité de travail durable et conclut donc que, sur le plan psychique, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 Il fait les constatations suivantes: "Les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens de [l'expertisé] correspondent à une dépression chronique et fluctuante de l'humeur qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour retenir un trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Dans ce cadre, [l'expertisé] décrit lui-même des périodes de quelques jours pendant lesquels il se sent relativement bien et par exemple capable de profiter d'activités, comme des voyages en Italie ou d'accueillir volontiers son frère en Suisse. Mais la plupart du temps, il se sent fatigué et déprimé. Beaucoup de choses lui coûtent et peu de choses lui sont agréables. Il rumine quant à ses déceptions et se plaint de douleurs dramatiques. Il dort mal et il a perdu confiance en lui-même. Néanmoins, il reste toujours capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, de s'occuper volontiers de ses petits-enfants et de sortir pour rencontrer ses amis. Or, sa dépression survient en réaction à une accumulation de facteurs de stress, comme un accident de travail nécessitant deux opérations dans l'espace de 8 mois et entraînant une incapacité à reprendre son activité habituelle, constatée par la Suva en février 2018. Dans le contexte d'une situation professionnelle instable, dépendant d'engagements occasionnels à durée déterminée interrompus de périodes de chômage, ces dernières années, cette dépression chronique de l'humeur correspond à une dysthymie, selon la CIM-10. Dans le cadre de cette dysthymie, le tableau clinique de [l'expertisé] peut correspondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, par exemple au début du suivi à la clinique de jour. En l'absence d'élément objectivable d'une persistance des symptômes dépressifs majeurs, il continue pourtant à s'occuper volontiers de ses petits-enfants, de rencontrer ses amis et sa famille, entre autres lors de séjours réguliers en Italie, tout en suivant un traitement antidépresseur relativement léger. Associé actuellement à deux antipsychotiques atypiques à faible dose, ce traitement évoque une poly- pharmacie surtout susceptible d'induire des effets secondaires. Cependant, l'exploration de l'anamnèse et l'examen psychiatrique actuel ne permettent pas de confirmer la persistance d'un épisode dépressif majeur. [...] L'anamnèse de [l'expertisé] ne met pas en évidence de perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence, demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, ces

particularités de fonctionnement correspondent à l'accentuation de traits de personnalité histrioniques. N'ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de personnalité favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de facteurs sortant du champ médical, comme une situation professionnelle instable depuis l'immigration en Suisse. Dans ce cadre, les perspectives professionnelles de [l'expertisé] semblent encore plus restreintes depuis son accident en mai 2016, à cause de l'âge, des difficultés de langue et l'absence d'une formation professionnelle lui rendant difficile d'accéder à un travail adapté à ses limitations fonctionnelles physiques. Face à cette situation, [l'expertisé] met en avant des plaintes dramatiques mais incohérentes avec des éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen, sans limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. En l'absence de mise à contribution d'options thérapeutiques correspondant à la gravité des diagnostics du CPS repris à la clinique de jour, il fait preuve de ressources préservées lui permettant de poursuivre ses activités sociales, comme des rencontres avec des amis et sa famille en Suisse ou des voyages en Italie. En faisant abstraction des plaintes incohérentes de [l'expertisé] et en tenant compte des ressources dont il fait preuve dans sa vie quotidienne, sa dysthymie qui maintient une majoration de symptômes physiques dans le cadre d'une accentuation de certains traits de personnalité ne justifie pas d'incapacité de travail durable. En conséquence, l'effort à surmonter ses plaintes physiques surajoutées et amplifiées afin de reprendre une activité professionnelle adaptée au plan physique reste raisonnablement exigible à 100 % au plan psychique".

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Dans un rapport d'examen psychologique du 17 septembre 2019 (dossier OAI, p. 781), K. _____, psychologue, se réfère aux tests Rorschach et TAT qui ont été effectués par le recourant. Il pose les conclusions suivantes: "Le fonctionnement structurel est marqué par une tendance au remaniement de la réalité et à la distorsion relationnelle, sous-tendue par la méfiance (besoin d'exercer une prise sur la réalité et une emprise sur l'objet relationnel, potentiellement menaçants, de façon à les contrôler). Celle-ci se manifeste plutôt sous la forme d'un trait de caractère stable, au sens de ce qui a été appelé «caractère paranoïaque» ou trait de «personnalité paranoïaque», avec des défenses maniformes contre l'angoisse de mort et de persécution, qui donnent au tableau une tonalité affective". Dans un courrier du 17 décembre 2019 (dossier OAI, p. 785), le Dr D. _____ se prononce sur les questions complémentaires posées par la mandataire du recourant. Il indique en particulier qu'il ne remet pas en cause les cauchemars décrits par le recourant relativement à l'accident, mais constate que l'évolution des plaintes en lien avec son accident contraste avec la survenue de symptômes typiques d'un état de stress post-traumatique dans les 6 mois suivant un événement traumatisant hors du commun, comme une catastrophe naturelle, une guerre ou une expérience de torture. Il relève que, malgré son vécu subjectif dramatique, ce critère diagnostic semble difficilement compatible avec l'accident subi par le recourant. De surcroît, son vécu subjectif ne motive pas de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique pendant la première année suivant l'accident et la première description de flashbacks environ trois ans après l'accident paraît particulièrement inhabituelle, voire incompatible avec une pathologie liée à l'accident de mai 2016. En l'absence d'autre signe caractéristique, comme un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres ou une insensibilité à l'environnement, la seule plainte de cauchemars concernant un accident ne suffit pas pour retenir un état de stress post-traumatique. Il précise que l'anamnèse montre que l'accident n'a pas motivé la mise à contribution d'options thérapeutiques correspondant à un trouble psychique majeur.

S'agissant du rapport du psychologue K. _____, il se prononce de la manière suivante: "Etant donné leur valeur diagnostique limitée, il est indiqué d'utiliser ces tests avec prudence. Toutefois, ces tests ne permettent pas d'établir un diagnostic, par exemple d'un trouble de la personnalité, qui doit s'appuyer sur les critères d'une classification reconnue, comme la CIM- 10 ou la DSM-V. Sur les pages 23 et 24 de mon rapport, je discute ces critères en me basant sur une exploration détaillée de l'anamnèse de l'expertisé documentée sur les pages 5 à 14. Selon ces critères, [l'assuré] ne souffre pas d'un trouble de la personnalité, mais montre des particularités de fonctionnement correspondant à une accentuation de traits de personnalité histrionique qui n'a pas valeur de maladie". Enfin, il relève que, dans le cadre de sa dysthymie, le tableau clinique de [l'assuré] peut correspondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, par exemple au début de son suivi à la clinique de jour et qu'un tel épisode dépressif peut justifier une incapacité de travail transitoire. En revanche, en l'absence de signe objectivable et cohérent en faveur de la persistance d'un épisode dépressif majeur, il conclut que l'exploration de l'anamnèse et l'examen psychiatrique de [l'expertisé] ne permettent pas de retenir une incapacité de travail durable sur le plan psychique. Dans un rapport du 6 février 2019 (pièce produite à l'appui du recours), le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il relève que le patient est orienté et collaborant, qu'il évoque rapidement des sentiments d'inutilité et d'échec, que la tonalité de son discours est d'allure mélancolique, qu'il pleure à plusieurs reprises, évoque l'idée de mourir comme solution, mais relate ne pas vouloir passer à l'acte. Ce médecin constate la présence de ruminations mentales, mais pas de troubles du cours de la pensée, ni de symptômes de la lignée psychotique. En raison de la sévérité de l'épisode dépressif,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 il a augmenté la médication, puis a changé celle-ci. Il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail. Dans un courrier à caractère médical du 22 janvier 2020 (pièce produite à l'appui du recours), les Dres G. _____ et H. _____ du RFSM constatent que, sur le plan psychiatrique, l'évolution est plutôt favorable avec une certaine amélioration de la thymie ainsi que l'amélioration des troubles du sommeil. Elles maintiennent le diagnostic de trouble de la personnalité mixte (F61) et précisent que l'intensité des symptômes correspond actuellement à un épisode dépressif d'intensité moyenne. Elles estiment que les prescriptions sont en adéquation avec les troubles présentés et que le patient présente une incapacité de travail durable à 100 %. Elles ajoutent que, dans le futur, une éventuelle capacité de travail en milieu adapté pourrait être discutée et évaluée. Dans un certificat médical du 10 juin 2020 (pièce produite durant la procédure de recours), le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du RFSM, indique que le patient séjourne auprès de la Clinique de jour depuis le 18 mai 2020 et atteste une incapacité de travail à 100 % du 18 mai au 30 juin 2020. 6.1.2. Amenée à statuer sur la question de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, la Cour de céans relève que l'expertise du Dr D. _____ remplit les conditions formelles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur une pleine connaissance de l'anamnèse, se base sur des examens complets et tient compte des plaintes exprimées par le recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. L'expert décrit de façon très détaillée les diagnostics retenus et les raisons pour lesquelles ceux-ci sont différents de ceux posés par les médecins du RFSM. Ainsi, s'agissant de l'épisode dépressif, les médecins traitants ont toujours retenu le diagnostic d'épisode

dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), sauf dans leur dernier rapport de 2020 où ils considèrent que l'épisode dépressif est d'intensité moyenne. Pour sa part, l'expert relève plusieurs contradictions entre ce diagnostic et ses constatations. Il rappelle qu'un épisode dépressif sévère se traduit par un tableau clinique marqué soit d'une agitation, soit d'un ralentissement majeur au plan psychomoteur avec des idées de dévalorisation entraînant souvent des idées de suicide manifestes et qu'il nécessite un traitement psychiatrique intense, notamment une médication psychotrope lourde, et souvent au moins ponctuellement une intervention en milieu stationnaire. Or, dans le cas du recourant, il n'y a ni agitation ni ralentissement psychomoteur majeur. Ce dernier poursuit volontiers ses activités sociales, comme des rencontres avec des amis et sa famille, notamment ses petits-enfants dont il s'occupe régulièrement, il effectue des séjours en Italie trois fois par année, dont le dernier encore en juin 2019, il accueille volontiers son frère en Suisse deux fois par année, comme encore en août 2019, lorsqu'il suit déjà le programme à la clinique de jour où il profite également des activités de groupe comme des sorties au musée ou autres. L'expert souligne également que la médication prise par le recourant est relativement faible (dose minimale et moyenne de Cymbalta, dose minimale et moyenne de Venlafaxine, dose très faible de Quétiapine, dose de Rexulti largement au-dessous des recommandations pour des états dépressifs) et ne peut pas correspondre à un épisode dépressif sévère. Il retient donc que les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens du recourant correspondent à une dépression chronique et fluctuante de l'humeur qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour retenir un trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 A côté de l'épisode dépressif, les médecins du RFSM ont posé différents diagnostics tels que trouble de l'adaptation (F43), douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), troubles mixtes de la personnalité, actuellement décompensés dans le cadre d'un syndrome algique chronique, d'une inoccupation et d'une atteinte narcissique (F61). De son côté, l'expert explique que le recourant exprime une souffrance psychique et physique contrastant avec des observations à l'examen et des éléments objectivables de son anamnèse en faveur d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, laquelle persiste dans le cadre d'une dysthymie et s'inscrit dans une structure de personnalité marquée d'une hyper- expressivité émotionnelle à l'origine d'une tendance au théâtralisme et à la dramatisation. Il constate que le recourant semble utiliser des moyens de défense immatures, comme le clivage, le déni, l'idéalisation et la projection ainsi qu'une tendance à déformer la vérité afin de convaincre son interlocuteur de son vécu subjectif pénible. Ainsi, il peut montrer une tendance au remaniement de la réalité et à la distorsion relationnelle, sous-tendue par la méfiance, comme décrite par le psychologue K._____. L'appréciation de ce dernier est toutefois relativisée par le fait qu'elle s'appuie sur des tests projectifs qui manquent de validation selon des critères scientifiques basés sur l'évidence. A noter que les médecins du RFSM reconnaissent également que les examens projectifs donnent des informations sur le niveau du fonctionnement du patient et la structure de la personnalité, mais qu'il ne faut pas confondre les résultats de ces tests avec les diagnostics CIM- 10. L'expert indique également que l'anamnèse du patient – qui a eu une enfance et une adolescence heureuses marquées d'une bonne intégration parmi d'autres enfants ainsi qu'une ambiance familiale positive, qui surmonte certains échecs et s'adapte à différents contextes professionnels, qui s'engage dans une relation conjugale stable et harmonieuse depuis 30 ans, fonde une famille et assume son rôle de père ainsi que grand-père, également depuis son accident en mai 2016 – ne met pas en évidence de perturbation sévère de la constitution caractérologique

persistant depuis l'adolescence, demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, il mentionne que ces particularités de fonctionnement correspondent à l'accentuation de traits de personnalité histrioniques qui n'a pas valeur de maladie, et favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de facteurs sortant du champ médical (situation professionnelle instable depuis l'immigration en Suisse, perspectives professionnelles restreintes depuis l'accident en raison de l'âge, des difficultés de langue et de l'absence de formation professionnelle). Face aux avis contradictoires de l'expert et des médecins du RFSM, on doit constater que l'on se trouve en présence d'une appréciation différente d'un même état de fait et que l'avis de l'expert est plus cohérent et plus convaincant, notamment en faisant application des indicateurs comme préconisé par la jurisprudence. Ainsi, en ce qui concerne l'indicateur "atteinte à la santé", l'expert mentionne que le recourant fait preuve de capacités surprenantes par rapport à ses plaintes de graves douleurs de la main gauche, en constatant qu'il tient son portemonnaie avec cette main afin de sortir sa carte d'identité et qu'il l'utilise pour signer une décharge du secret médical, porter les feuilles de laboratoires et sortir des cigarettes de la poche de son tee-shirt. Lors de l'expertise, il relève que les taux sanguins des antidouleurs restent au-dessous du seuil de détection, ce qui contraste avec les indications du recourant selon lesquelles il en prend des doses quotidiennes élevées. Enfin, sur le plan psychiatrique, il constate également l'absence de mise à contribution d'options thérapeutiques correspondant à la gravité des diagnostics retenus par ses médecins traitants. On ne peut dès lors pas retenir un caractère prononcé des éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic ou une résistance aux traitements.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 S'agissant de l'indicateur "personnalité", l'expert retient une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques persistant dans le cadre d'une dysthymie et s'inscrivant dans une structure de personnalité marquée d'une hyper-expressivité émotionnelle à l'origine d'une tendance au théâtralisme et à la dramatisation. Il relève que les particularités du fonctionnement du recourant correspondent à une accentuation de traits de personnalité histrioniques qui favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé. Toutefois, il constate également que le recourant fait preuve de ressources préservées lui permettant de faire face à sa vie quotidienne et de poursuivre ses activités sociales, comme des rencontres avec des amis et sa famille en Suisse ou des voyages en Italie. Pour l'indicateur "contexte social", le recourant est très entouré par sa famille. Il vit avec son épouse et a une très bonne relation avec sa fille et son beau-fils qui habitent tout près. Ils se voient chaque week-end pour des repas en famille et le recourant s'occupe très volontiers de ses petits-enfants. Il a également des contacts téléphoniques réguliers avec tous ses frères qui vivent à l'étranger. Très proche de son frère vivant en Italie, ils s'appellent tous les jours et se voient plusieurs fois par année soit en Italie soit en Suisse. Il rencontre également régulièrement des amis, des connaissances, des anciens collègues de travail, notamment dans un bar de son quartier. Il se décrit comme quelqu'un de très sociable et continue de l'être, par exemple à la clinique de jour où il est très empathique et aime discuter et écouter les autres. Enfin, en ce qui concerne l'indicateur "cohérence", l'expert relève clairement qu'il n'y a pas une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. A l'appui de son recours, le recourant invoque en outre l'avis du Dr L. _____ qui retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. A cet égard, il faut relever que l'expert reconnaît que, dans le cadre de la dysthymie, le tableau clinique du recourant peut correspondre transitoirement aux critères diagnostics d'un épisode dépressif plus conséquent, par exemple au début du suivi à la clinique de jour, mais qu'en l'absence d'élément objectivable d'une persistance des

symptômes dépressifs majeurs, on ne peut pas retenir un épisode dépressif sévère dans la durée, comme déjà souligné ci-dessus. Par ailleurs, le Dr L. _____ ne se prononce pas du tout sur la capacité de travail du recourant, de sorte que son avis n'est pas suffisant pour mettre en doute les conclusions étayées de l'expert. En outre, on peut également mentionner que l'avis du Dr J. _____ de la SUVA n'est pas non plus pertinent, dans la mesure où, à l'époque où il s'est prononcé, il considérait que l'état de santé psychique n'était pas stabilisé et que l'exigibilité ne pouvait être abordée. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert sont cohérentes et convaincantes, de sorte que l'on peut retenir que, sur le plan psychiatrique, les troubles du recourant ne sont pas suffisants pour l'empêcher d'exercer une activité adaptée à 100 %.

6.1.3. Le recourant reproche également à l'autorité intimée d'avoir mis en œuvre l'expertise psychiatrique sans avoir demandé préalablement l'avis du SMR. Ce grief est toutefois mal fondé. En effet, comme mentionné ci-dessus (cf. consid. 4.2), les SMR sont à la disposition des Offices AI pour les conseiller dans le cadre de l'instruction des demandes de prestations. Il n'existe aucune obligation légale forçant l'autorité à y recourir. En outre, leur avis n'a pas non plus un caractère absolument obligatoire et est examiné, avec les autres avis médicaux, dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il convient également de souligner qu'au moment de la mise en œuvre de l'expertise, le recourant ne s'y est nullement opposé et a même participé à l'élaboration du questionnaire soumis à l'expert en y ajoutant des questions complémentaires, reconnaissant ainsi de facto l'utilité de la mesure d'instruction.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19

6.2. Sur le plan somatique, les diagnostics présentés par le recourant ne sont pas litigieux. Tous les médecins s'accordent pour retenir qu'il a présenté une plaie délabrante de la face dorso-radiale du poignet gauche avec section du long extenseur du pouce, section du long extenseur radial du carpe, section de la branche sensitive du nerf radial et arthrotomie radio-carpienne ainsi que des plaies superficielles de la paume de la main droite et de la cuisse gauche. Les médecins sont également unanimes sur le fait que son ancienne activité n'est plus exigible. En revanche, la question litigieuse porte sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

6.2.1. Dans un rapport du 18 avril 2017 (dossier OAI, p. 96), la Dre N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, indique que l'état de santé du recourant s'est amélioré. Elle constate qu'étant donné la gravité de la lésion initiale avec lésions secondaires tendineuses, une reprise dans son activité actuelle, très physique, n'est probablement pas envisageable, mais qu'il pourrait exercer une activité sédentaire, ne sollicitant pas la main droite [recte: gauche] et sans port de charges lourdes, sans diminution de rendement.

Dans un rapport du 30 mai 2017 (dossier OAI, p. 106), le Dr O. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), se prononce de la façon suivante: "Il s'agit d'un cas commun pur LAA, pris en charge par la SUVA. Le dossier SUVA n'a pas été actualisé depuis octobre 2016. Il n'y a pas de rapport d'examen final par le médecin d'arrondissement. Les lésions concernent la main gauche; on ne sait pas quel est le côté dominant de l'assuré. Les séquelles de l'accident de la main gauche sont définitivement incompatibles avec le reprise de l'activité antérieure. A priori, toute activité adaptée, sans port de charge ni travail de force avec la main gauche, devrait être médicalement exigible à plein temps. L'exigibilité médicale devrait être confirmée par le médecin d'arrondissement après examen clinique de l'assuré. Des mesures de réadaptation professionnelle sont médicalement possibles immédiatement".

Dans son rapport du 1er mars 2018 (dossier OAI, p. 558), la Dre P. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement

auprès de la SUVA, se prononce de la façon suivante suite à son examen final du 26 février 2018: "Selon l'assuré, évolution stagnante avec une limitation fonctionnelle, des douleurs du poignet et main G. Il y n'a pas d'atrophie majeure au niveau des bras ddc, ce qui parle contre une exclusion de la main/bras G. Selon le rapport du Dr [...] Q._____, consultation antalgique du CHUV du 24.10.2017, l'assuré est gaucher. Par contre selon les rapports du Dr [...] N._____, du 30.08.2017 concernant le suivi depuis l'événement du 24.05.2016, dans le status, il est écrit « main dominante droite ». L'assuré a été vu par le médecin SMR, rapport du 30.05.2017 qui mentionne les lésions concernant la main G, mais pas de mention du côté dominant de l'assuré. Il y a des incohérences concernant le côté dominant selon les chirurgiens le côté D, selon l'assuré le côté G. Absence d'atrophie musculaire au MS/main ddc. Sur la base des documents médicaux à disposition et l'examen de ce jour, la situation est stabilisée. Exigibilité : la capacité de travail dans l'ancien travail est de 0 %. Dans un travail adapté respectant les limitations suivantes, capacité de travail à 100 % (horaire et rendement). Les limitations à respecter concernant la main G, sont les suivantes: pas de port de poids > 3-4 kg, pas de travail nécessitant la motricité fine de la main G, des mouvements répétitifs avec la main G, pas de travaux sur les escaliers ou les échafaudages. Les séquelles de la main G sont définitivement incompatibles avec la reprise de l'activité antérieure. A priori, toutes les activités adaptées sans port de charges ni de travail de force avec la main G devraient être médicalement exigible à plein temps".

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 Dans un courrier à caractère médical du 11 avril 2018 (dossier OAI, p. 640), la Dre R._____, spécialiste en médecine interne, confirme que l'état de santé est stabilisé et qu'il n'y a pas de possibilité d'amélioration en ce qui concerne la force et la mobilité du bras et de la main gauche du patient. Elle ajoute qu'elle ne voit pas quelle activité le recourant pourrait exercer avec une seule main et qui plus est la main droite qui est la main non dominante. Elle donne les précisions suivantes: "Dans l'industrie légère, il est nécessaire de prendre des appareils en main, ce qu'il ne peut pas faire, même légers. Et pour un travail de bureau, mis à part le fait qu'il n'a aucune formation pour cela, il ne pourrait même pas taper à l'ordinateur de manière adéquate". Dans un courrier à caractère médical du 23 avril 2018 (dossier OAI, p. 637), le Dr S._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, et la Dre N._____ estiment que la situation est globalement inchangée depuis novembre 2017. Ils constatent que la main gauche présente une mobilité ainsi qu'une force limitées, de sorte que l'on ne peut pas attendre du patient qu'il effectue des efforts autres que légers (pas plus de 3 à 5 kg) ou des mouvements répétés de sa main gauche. Ils maintiennent que l'activité antérieure est impossible, mais que, dans une activité adaptée, le patient présente une capacité de travail entière, étant donné que la main droite est sans dommage fonctionnel. Dans cette activité monomanuelle droite, ils retiennent néanmoins une diminution de rendement de 30 %, car il s'agit de la main non dominante. Dans un rapport du 8 octobre 2018 (dossier SUVA, pièce 236), le Dr T._____, spécialiste en chirurgie, et le Dr U._____, spécialiste en neurologie, auprès du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA, se prononcent de la façon suivante: "[L'assuré] a subi une lésion de la branche sensitive du nerf radial gauche, qui est à l'origine d'une hypoesthésie au niveau de la commissure entre le pouce et l'index gauches. Cette hypoesthésie était stabilisée au moment de l'examen du médecin d'arrondissement du 26.02.2018. Les traitements instaurés par le Dr Q._____ en 2017 n'étaient pas susceptibles d'améliorer de façon notable la capacité de travail de l'assuré. Dans leur appréciation du 23 avril 2018, les Drs S._____ et N._____, chirurgiens de la main au CHUV, ont conclu que la situation était stable

depuis novembre 2017. A leur avis, le pronostic était incertain, ce qui équivaut à dire qu'une amélioration sensible des douleurs était tout au plus possible mais pas probable au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant à la capacité de travail, tous les médecins sont unanimes à admettre que [l'assuré] ne peut plus exercer son ancien travail d'aide-monteur. Les avis médicaux des chirurgiens de la main et du médecin d'arrondissement convergent également en ce qui concerne la capacité de travail exigible. [L'assuré] est capable d'effectuer un travail monomanuel droit à temps complet". 6.2.2. Pour rendre sa décision, l'autorité intimée s'est essentiellement basée sur les conclusions auxquelles était parvenue la SUVA, lesquelles avaient été confirmées par la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans son arrêt du 19 août 2020. Ainsi, elle a retenu l'avis des Drs P._____, T._____ et U._____ selon lequel le recourant est capable de travailler à 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, dans son arrêt du 3 mai 2021, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du Tribunal cantonal et la décision sur opposition de la SUVA en tant qu'elle porte sur le refus d'une rente d'invalidité et a renvoyé la cause à cette dernière pour mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer le côté dominant du recourant et le rendement exigible dans une activité adaptée. Il a constaté d'une part que l'incertitude demeurerait quant au côté dominant du recourant et que l'éclaircissement de cette question était pertinent pour l'examen du droit à une rente d'invalidité, en particulier sur la question du rendement exigible. D'autre part, il a relevé que les avis de la Dre P._____ et de la

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 Dre N._____ étaient divergents concernant le rendement exigible du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que les Drs U._____ et T._____ ne se sont pas déterminés sur ce point, de sorte qu'une expertise médicale s'avérait également nécessaire pour statuer sur cette question. Dans la mesure où l'autorité intimée s'est basée sur l'évaluation faite par la SUVA, laquelle vient d'être annulée par le TF et la cause renvoyée pour instruction complémentaire, la présente cause ne peut pas être tranchée sur ce point et doit également être renvoyée pour instruction complémentaire. En effet, sur le plan somatique, les atteintes présentées par le recourant à prendre en charge par l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents sont les mêmes, de sorte qu'en raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée doit être identique. Dans la mesure où le Tribunal fédéral a considéré que la cause en matière d'assurance-accidents nécessite la mise en œuvre d'une expertise médicale concernant la main dominante du recourant et son rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que la même question se pose en matière d'assurance-invalidité, la présente procédure ne peut pas être tranchée avant de connaître les conclusions de l'expertise médicale qui sera mandatée par l'assureur-accidents. 7. 7.1. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours est admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur le plan somatique et nouvelle décision. 7.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. Partant, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est intégralement restituée. 7.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total s'agissant des dépens (cf. ATF 137 V 57; 133 V 450), le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 14 août 2020, sa mandataire a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 6'483.35, à savoir CHF 5'845.75 au titre d'honoraires (23 heures et 23 minutes à raison de CHF 250.- par heure), CHF 174.20 de débours et CHF 463.40 au titre de la TVA à 7.7%. Toutefois, l'on constate que l'ampleur du

travail alléguée par la mandataire ne saurait se justifier par la nature, l'importance et la difficulté de la présente cause, étant rappelé que la procédure est régie par le principe de la maxime d'office et qu'un seul échange d'écritures a été ordonné. Dans ces circonstances, la Cour de céans s'écarte des opérations qui figurent dans cette liste de frais et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation, conformément à l'art. 11 al. 1, 3ème phrase, du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire, l'indemnité de partie est ainsi fixée à un montant total de CHF 4'495.60, à savoir CHF 4'000.- au titre d'honoraires (16 heures à CHF 250.-), plus CHF 174.20 de débours et CHF 321.40 au titre de la TVA à 7.7%. Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée 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 procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- est entièrement restituée à A. _____. IV. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'000.- d'honoraires, plus CHF 174.20 de débours et CHF 321.40 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 4'495.60, et est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. V. 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 12 juin 2021/meg Le Président : La Greffière-rapporteure :

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