

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, ressortissant d'origine turque naturalisé en 2010, marié, sans formation, en Suisse romande depuis l'âge de dix ans, où il a suivi l'école obligatoire, a travaillé pour N._____ Sàrl dès le 4 juillet 2011 comme ouvrier en tôlerie de ventilation. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans la nuit du 4 au 5 novembre 2011 (à 2h30 selon une lettre du 10 novembre 2011 de l'assuré à S._____), l'assuré a chuté dans des escaliers à la gare de [...] en tenant une bouteille en verre qui s'est brisée dans sa main. Il s'est rendu à l'Hôpital de W._____ où il a reçu les premiers soins à 2h45. Cet hôpital a ensuite adressé le patient à la Clinique G._____ (rapport du 21 février 2012 de la Dre E._____, médecin-assistante).

Le 5 novembre 2011, l'assuré a été opéré à la Clinique G._____ par le Dr Y._____, chef de clinique et spécialiste en chirurgie de la main, pour une section des tendons fléchisseurs profonds et superficiels avec suture des lombricaux des doigts D2 et D3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite.

Le 17 novembre 2011, l'employeur a adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu dès le 7 novembre 2011 en raison de l'accident précité. A la suite de cette annonce, la CNA a pris en charge le cas.

Par courrier du 27 février 2012, N._____ Sàrl a résilié les rapports de travail pour le 30 mars 2012.

Dans un premier temps et selon les chirurgiens de la Clinique G._____, l'état de santé de l'assuré a évolué favorablement avec reprise

d'un emploi dans l'activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2012 (cf. rapports du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie, des 11 avril et 2 mai 2012, et du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie et chef de clinique, du 2 août 2012).

Le 4 octobre 2012, le Dr Q._____ a adressé une demande d'évaluation à la CNA, constatant que l'assuré présentait une régression de la force, attribuée à un absentéisme aux séances d'ergothérapie, ce chirurgien ayant de la peine à imaginer les difficultés réelles de l'intéressé à exercer son activité professionnelle.

L'assuré a été examiné le 6 novembre 2012 par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. On extrait ce qui suit de son rapport du même jour :

« **5. Appréciation**

[...]

Actuellement, le patient dit qu'il a encore passablement de douleurs, notamment au froid. Il a de la peine à récupérer la mobilité de ses doigts et il n'a pas de force. Il a aussi tendance à lâcher ce qu'il tient. Lorsqu'il fait quelque chose avec la main droite, il se sert surtout de son pouce et de son auriculaire.

Objectivement, la main droite, qui est amincie et dépourvue de marques d'utilisation, est laissée de côté. Elle a quand même une bonne trophicité et les doigts sont souples. La mobilité digitale est globalement récupérée et les fléchisseurs paraissent tous fonctionnels mais le patient a tendance à systématiquement fléchir le poignet lorsqu'il fléchit les doigts sans qu'il y ait de status adhérentiel évident. La force de serrage de la main droite est nettement réduite. Le patient décrit une anesthésie bien systématisée à la 2^{ème} commissure et il y a un signe de Tinel au milieu de la paume.

Si on comprend bien que ce patient n'est pas guéri sans séquelles, une certaine surcharge ne fait guère de doute.

On propose au patient une évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la clinique H._____ [...]. »

Le 19 décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, des « lésions nerveuses, vasculaires et des tendons de la main droite » survenues le 4 novembre 2011. Le dossier a depuis lors fait l'objet d'une coordination entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité.

A la suite du séjour de l'assuré à H. _____ de [...] du 28 novembre 2012 au 8 janvier 2013, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjoint, et le Dr C. _____, médecin-assistant, ont exposé les éléments suivants dans leur rapport du 29 janvier 2013 :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle au niveau de la main droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 05.11.2011 : chute dans les escaliers (avec une bouteille en verre dans la main droite qui s'est cassée) avec section des fléchisseurs profonds et superficiels D2 et D3, des lombricaux D2 et D3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite

- 5.11.2011 : suture tendons fléchisseurs D2 et D3, des lombricaux D2 et D3 et de la bandelette neuro vasculaire.

- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive en voie de rémission.

- Tabagisme actif

- Antécédent d'ulcère de l'estomac opéré en 2008

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

1. A l'admission, M. P. _____ est principalement gêné par une douleur dans la paume de la main droite, continue, évaluée à 5/10 au repos et qui peut atteindre jusqu'à 7/10 à la mobilisation. Les douleurs sont décrites comme "un coup de couteau" et irradient également distalement aux 2^e, 3^e et 4^e doigts de la main. Le patient signale qu'occasionnellement les douleurs sont encore plus importantes pendant la nuit. Il décrit une limitation de la force et une perte de la sensibilité qui, dans la région palmaire à partir de la moitié radiale du 4^e doigt jusqu'à la partie radiale du 2^e doigt, est complète. Dans la partie dorsale de la région supra-mentionnée, la perte de sensibilité est partielle. Il signale également des hypoesthésies versus dysesthésies en région de la cicatrice palmaire. En association au cadre clinique supra-décrit, il y a des épisodes occasionnels de gonflement, de changement de couleur, d'augmentation de la transpiration de la main droite.

A l'examen clinique, la fermeture des doigts est incomplète à la main droite avec réduction de cette limitation avec le poignet en flexion palmaire. En passif, on arrive à fermer complètement les doigts de la main. Présence également d'une limitation de la mobilisation en actif de la MP [métacarpo-phalangienne] et de l'IP [index de pulsatilité] du pouce droit, réductible en passif. La force est globalement réduite à la main droite. Présence également d'une anesthésie palmaire à partir de la partie radiale du 4^{ème} doigt jusqu'à la partie radiale du 2^{ème} doigt, en

région dorsale de ce doigt présence d'une hyposensibilité. Mise en évidence d'un signe de Tinel à la cicatrice palmaire. Pas de signes évidents d'algodystrophie.

La radiographie des 2 mains de face du 30.11.2012 est normale en particulier pas de déminéralisation.

Selon le chirurgien de la main, à une année de l'accident, la zone d'hyposensibilité dépasse le territoire des nerfs incriminés et il n'y a pas d'obstacle mécanique à la mobilité des tendons. Il est conseillé de faire un ENMG et de poursuivre la rééducation active, avec révision de l'attelle nocturne d'extension.

L'ENMG du 19.12.2012 montre pour les neurographies sensitivomotrices des valeurs normales en ce qui concerne les neurographies sensibles vers les 2^e, 3^e et 4^e doigts, à droite. A noter que l'examen sélectif des nerfs collatéraux n'est techniquement pas possible. On retrouve cependant une diminution de l'amplitude de la réponse motrice du nerf médian vers le 2^e lombrical à droite qu'on ne retrouve pas, lors de la stimulation du nerf ulnaire, ce signe oriente soit vers une atteinte axonale légère motrice de cette branche du nerf médian, soit vers une diminution sur hypo-amyotrophie. Cependant, les limitations de la mobilité active de la main droite dépassent largement cette atteinte.

Du point de vue psychiatrique, ce patient présente un certain nombre de traits de personnalité de type anxieux et obsessionnels (sans pour autant atteindre un seuil pathologique de type trouble de la personnalité), il a présenté suite à son licenciement une décompensation de type anxio-dépressive, actuellement en cours de rémission. Un traitement par remeron a été débuté pendant le séjour en raison de troubles du sommeil, avec une bonne efficacité.

[...]

Au total : le diagnostic d'algodystrophie n'est pas retenu en l'absence des critères requis. Il s'agit de séquelles douloureuses d'une atteinte tendineuse et neurologique à la paume de la main. Il faut noter une épargne importante de la main avec une peur de la douleur et du mouvement (questionnaire kinésiophobie à 50 %) et une auto évaluation élevée du handicap (DASH à 56/100, questionnaire poignet à 114/150, questionnaire PACT à 9) qui nous font dire que l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle vont être difficiles. Il n'y a pas à notre avis d'indication chirurgicale complémentaire. La situation sera bientôt stabilisée d'ici 4 mois maximum. Un changement d'activité est plus que probable et devra tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes: exposition au froid, activités répétitives en force avec la main droite, port de charges lourdes. La CT [capacité de travail] est entière dans une activité adaptée. »

Par projet de décision du 2 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente et des mesures d'ordre professionnel, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 1^{er} mai 2013. Après comparaison des

revenus sans invalidité qu'il pourrait obtenir dans son ancienne activité (65'000 fr.) et avec invalidité (56'178 fr. retenu sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique, avec un abattement de 10 %), la perte de gain s'élevait à 8'822 fr., ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 13,57 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement.

Le Dr X._____ a réexaminé l'assuré le 17 juin 2013. Le médecin d'arrondissement a qualifié la situation de « catastrophique », émettant l'hypothèse d'un trouble fonctionnel et réadressant l'intéressé au Dr F._____ à la H._____. Ce dernier a confirmé le trouble fonctionnel lors d'un consilium de l'appareil locomoteur en date du 17 septembre 2013, constatant que l'intéressé présentait toujours une exclusion partielle voire presque totale de la main droite, et des troubles trophiques (œdème, main un peu violacée) plutôt en rapport avec l'exclusion fonctionnelle de cette main. Ce spécialiste avait du mal à comprendre la cause de cette exclusion. Il a préconisé la reprise d'un suivi psychologique et une consultation auprès du Dr D._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique et reconstructive à la Clinique G._____, cette deuxième proposition répondant à une demande de l'assuré.

Le 8 juillet 2013, l'assuré, alors représenté par sa protection juridique, a fait savoir à l'OAI qu'il n'avait pas d'observation à formuler au projet de décision du 2 mai 2013.

Par décision du 10 juillet 2013, l'OAI a refusé à l'intéressé une rente d'invalidité et des mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 13,57 %.

La CNA, quant à elle, a poursuivi l'instruction du dossier de l'assuré, et a adressé l'intéressé au Dr D._____, qui a notamment exposé ce qui suit dans un rapport du 27 mars 2014 :

« Impression générale de l'examineur face au patient :

J'ai eu l'impression d'avoir affaire à un patient dont les capacités intellectuelles et cognitives semblent tout à fait normales. [...]. On relève que le consilium psychiatrique n'a mis en évidence aucun trouble ayant valeur de maladie, mais a mis en évidence certains traits de personnalité propre au patient. Globalement, on n'a pas l'impression d'avoir affaire à un patient de mauvaise volonté, ni à un simulateur, mais à un patient dont la volonté et la capacité de révolte sont peut-être limitées face à l'adversité. Il n'y a aucune revendication, même discrète, dans le discours du patient, que ce soit à l'égard des thérapeutes qui l'ont pris en charge ou des assureurs.

[...]

- S'il n'y a pas de problème somatique, alors pourquoi la main du patient est-elle dans cet état ?

Je rejoins les appréciations portées jusqu'ici, à savoir que l'on a affaire à un « trouble fonctionnel ». Bien entendu, cela ne signifie pas pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un trouble réel. Quant à l'état manifestement pathologique de cette main et de sa fonction, elle découle à mon sens directement du non usage, de l'exclusion subtotale, de l'incapacité apparente à commander les muscles en cause. Cela explique autant la limitation de la mobilité active, l'absence de force, les troubles trophiques modérés mentionnés. L'intolérance au froid peut-elle découler, comme cela est presque toujours le cas, de l'atteinte du nerf suturé, qui évidemment ne fonctionne pas comme un nerf intact. Cela n'explique pour autant qu'une petite partie de cette intolérance au froid.

- Pronostic ?

Extrêmement réservé. La seule piste thérapeutique éventuellement digne d'intérêt (cf. supra) ou du moins la seule dans laquelle je mettrais quelque espoir, serait peut-être un traitement d'hypnothérapie, mais avec toutes les réserves que justifient mes incompétences dans ce domaine. Au-delà, ou à défaut de cela, le problème se limite au volet socioprofessionnel de la situation, ce qui est fort loin d'être gagnée d'avance. »

Selon une note d'entretien au dossier du 15 avril 2014, la CNA a fait savoir à l'OAI que ce dernier avait rendu la décision trop vite, car le cas était encore en cours d'instruction.

Dès l'été 2014, l'assuré a été pris en charge par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Lors d'un entretien téléphonique à la CNA du 14 août 2014, l'assuré a indiqué que ce médecin lui avait fait du bien, et qu'il avait retrouvé un peu d'espoir pour aller de l'avant.

Lors d'un entretien téléphonique avec le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement

à la CNA, du 10 octobre 2014, le Dr M._____ a indiqué que l'assuré était encore déprimé et qu'un traitement antidépresseur était progressivement mis en œuvre, un traitement par hypnose semblant par ailleurs possible. Il proposait d'établir un rapport dans six mois environ, soit au printemps 2015.

Il ressort d'une fiche d'examen du dossier de l'OAI établie le 16 janvier 2015 que le dossier de l'assuré devait être réouvert, et l'instruction reprise.

Le 30 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en mentionnant une atteinte à la main droite et une atteinte psychologique.

Dans un courrier du 19 février 2015 au Dr O._____ de la CNA, le Dr M._____ lui a fait savoir qu'il avait pu commencer l'hypnose avec l'assuré, et que ce dernier l'utilisait très bien. Il a ajouté que les symptômes de dépression reculaient et que l'humeur et l'énergie s'amélioraient.

Le 20 avril 2015, le Dr X._____ s'est adressé au Dr M._____. Il lui a notamment indiqué que pour ce qui était de la main droite, le discours de l'assuré restait très centré sur les douleurs qui l'empêchaient de l'utiliser normalement, mais qu'objectivement elle avait quand même une meilleure trophicité par rapport à la situation prévalant deux ans auparavant, l'assuré l'ouvrant plus aisément et la force de serrage étant désormais mesurable, même si elle restait réduite.

Dans un rapport du 28 mai 2015 à l'OAI, le Dr M._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de phobie de l'autoroute depuis un accident de 2008, d'épisode dépressif moyen après l'accident de 2011, d'agoraphobie sévère après l'accident de 2011, de phobies spécifiques, de phobie de lieu de soins (tel que l'hôpital, policlinique, etc.), de phobie de la voiture, d'atteinte de la main d'origine physique ou avec composant psychique découlant de son traumatisme, ce

diagnostic devant faire l'objet d'une clarification selon l'avancée du traitement psychothérapeutique, et de trouble obsessionnel avec compulsion survenu en 2014 avec un diagnostic différentiel d'anxiété généralisée. Il a fait état d'une incapacité de travail totale en cours, depuis le 4 novembre 2011.

Il ressort d'un courrier adressé par le Dr X. _____ au Dr M. _____ le 20 avril 2015, alors que le premier envisageait de clore le cas, que l'assuré déclarait ne pas s'être remis psychologiquement d'une collision intervenue sur l'autoroute en 2008 et qu'il convenait d'éclaircir les suites psychiques des deux accidents. Afin d'explorer cette hypothèse, l'assuré a été examiné le 9 juillet 2015 par le Dr J. _____, spécialiste en psychothérapie et en psychiatrie et médecin conseil de la CNA, qui a exposé ce qui suit dans son rapport du 30 juillet 2015 :

« Résumé des antécédents sur la base des pièces communiquées

09.04.2008 L'assuré est victime d'un AVP [accident de la voie publique] à environ 110 km/h avec brève perte de connaissance, sans amnésie [...]. Douleurs au niveau du talon D [droit], de la colonne lombaire basse et de la colonne cervicale. Les diagnostics suivants ont été retenus : traumatisme cranio-cérébral simple, contusion du 3^{ème} métacarpien à D, contusion de la colonne lombaire basse, fracture non déplacée du calcanéum D. Traitement : antalgie, AINS per os, botte de décharge au niveau du pied D.

[...]

Diagnostic

Trouble dépressif moyen F32.0
Trouble anxieux phobique F40.9
Trouble dissociatif mixte F44.7

Appréciation

La première question qui se pose ici est celle des traumatismes psychiques. En fait, on ne peut parler, chez cet assuré, d'état de stress post-traumatique car même l'accident de la route de 2008 n'atteint pas la catégorie d'événement catastrophique requis pour en faire le diagnostic. A la suite de l'accident de la route de 2008, il n'y a pas eu de trouble psychiatrique important. L'assuré a su dépasser une tendance à la peur et aux angoisses et a repris rapidement une activité professionnelle malgré le fait d'avoir perdu sa place d'apprentissage. Il a donc fait preuve de résilience à la suite du premier accident. L'assuré fait actuellement état de reviviscence de scènes d'accident et d'hôpital, mais ces énoncés sont très vagues et d'intensité relativement diminuée.

Le trouble dépressif moyen actuellement présent se justifie par la diminution de l'estime de soi, les idées de dévalorisation, la perte de

plaisir, d'entrain et d'initiative, une humeur basse fréquente, de vagues idées suicidaires de temps en temps. Ce trouble apparaît comme ayant été déclenché par le dernier accident de 2011 dans une dynamique renforcée par la perte de la capacité de travail et de son emploi. Le trouble anxieux phobique se réfère à ses craintes voire à l'impossibilité de sortir seul de la maison ainsi qu'à ses craintes nocturnes que quelque chose de grave arrive à ses proches.

Le trouble dissociatif mixte regroupe en premier lieu l'exclusion fonctionnelle du bras D au niveau du schéma corporel qui semble considérer ce bras presque comme un corps étranger. L'exclusion motrice fait penser à une paralysie de type trouble de conversion. Le vécu visuel d'une vision périphérique avec la sensation de brouillard sombre, voire de noir, hautement chargé symboliquement, entre aussi dans ce registre dissociatif. On a l'impression d'une surcharge de significations personnelles de ces symptômes encore que partiellement conscientes pour l'assuré.

Les troubles décrits se sont développés à la suite et en lien direct avec le dernier accident de 2011. En s'imaginant que cet accident n'aurait pas eu lieu, il est difficile de penser que les mêmes troubles psychiques auraient pu apparaître. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique, ni dans la famille, ni chez l'assuré. Certains symptômes anxieux ou phobiques apparus après l'accident de 2008 n'ont pas atteint un seuil diagnostique et ont été surmontés par l'assuré tout seul. Certains traits de caractère impulsifs ou explosifs étaient peut-être présents à la suite mais pas non plus avec une intensité telle que, rétrospectivement, un trouble de la personnalité avant le dernier accident serait envisageable.

Il s'agit en somme d'admettre la causalité naturelle entre les troubles psychiques décrits et l'accident du 04.11.2011. Cette causalité naturelle atteint un degré de probabilité entre probable et certain. Il s'agit d'une causalité partielle dans le sens que le vécu de l'accident de 2008 a certainement préparé un terrain de fragilité pour une évolution malheureuse après le dernier accident. D'autres facteurs ont contribué à ce terrain de fragilité : fracture du poignet D à 7 ans, invalidité du père à cause d'un accident de travail à l'avant-bras G [gauche]. Malgré ces facteurs, la cause naturelle principale des troubles psychiques présents reste l'accident du 04.11.2011.

L'assuré nécessite un suivi psychiatrique vu ses troubles psychiques présents. Ceci est le cas depuis un peu plus d'une année auprès du Dr M. _____ qui réalise un traitement psychiatrique intégré avec soutien, traitement psychotrope et traitement psychothérapeutique. L'indication d'un traitement psychothérapeutique spécifique, par exemple un traitement par hypnose, reste du ressort et de la compétence du psychiatre-traitant. C'est à lui de décider quelle technique doit être appliquée et à quel moment. Le traitement psychiatrique est à la charge de la Suva avec des séances hebdomadaires de une à deux heures de durée ainsi qu'avec le traitement psychotrope inclus. Un nouveau rapport médical devra être demandé au Dr M. _____ d'ici une année.

Quant à la question d'une possible tendance à l'aggravation, la simulation ou la manipulation l'examineur n'a du point de vue clinique et à travers les renseignements disponibles pas l'impression d'une aggravation intentionnelle ou consciente.

Malgré cela, il est évident que l'assuré se trouve dans une dynamique de renforcement du rôle de passivité, de victime. Il apparaît que la situation actuelle constitue un dispositif qui renforce la passivité chez cet assuré. Il a trouvé quelque part déjà un modèle d'une situation semblable par son père dont la rente d'invalidé est vue par l'assuré comme un fait naturel évident et non questionnable. »

Parallèlement, la CNA a continué de suivre l'assuré sur le plan somatique.

Le Dr X. _____ a écrit au Dr F. _____ de la H. _____ le 9 novembre 2015, en lui indiquant avoir revu l'assuré le matin à l'agence. Sur le plan psychologique, l'assuré se sentait nettement mieux ; son moral était meilleur, et il souhaitait pouvoir retravailler, reprendre une vie normale. En ce qui concernait la main droite, si elle était toujours mise en côté, en tout cas en situation d'examen, elle était loin d'être dépourvue de marques d'utilisation, et son aspect était pratiquement normal.

Le 26 novembre 2015, le Dr L. _____, nouveau psychiatre traitant à la suite du Dr M. _____, dans un rapport à la CNA, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), de phobies multiples (F40.0, F40.2), de troubles du sommeil (F51.5), de modification durable de la personnalité après trauma (F62.0), de troubles somatoformes (F45.0) et de troubles sans doute aggravés par l'état de la main. Il a fait état d'une amélioration progressive de l'état dépressif, en notant que le patient restait « très handicapé par sa main droite », ce qui affectait son humeur. Le Dr L. _____ était d'avis que le patient était toujours en incapacité de travail, estimant les symptômes psychiques tributaires de ses possibilités de récupération fonctionnelle.

A l'initiative du Dr X. _____, l'assuré a été réadressé au Dr F. _____ à la H. _____. Ce dernier a exposé ce qui suit dans son rapport du 2 décembre 2015 :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

Ce jeune homme de 27 ans qui est maintenant père de famille, est donc à 4 ans d'une plaie de la paume de la main avec dans les suites une exclusion fonctionnelle que nous avons notée lors du 1^{er}

séjour. Depuis, le patient dit avoir bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique avec un traitement anti-dépresseur et des séances d'hypnose. J'ai observé qu'il exclud beaucoup moins la main qu'avant et qu'elle bouge quand même beaucoup mieux qu'avant. Néanmoins, je n'ai pas l'impression qu'il soit capable de s'en servir sur des longues périodes.

Comme je lui ai dit, je suis prêt à envisager une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation professionnelle avec une éventuelle phase ECP mais il faut qu'il soit motivé pour un tel séjour. Le 2^{ème} pré-requis serait qu'il revoie le Dr D. _____ et qu'il y ait une clarification quant à une éventuelle intervention dont le patient me parle mais dont je n'ai pas vu de trace dans l'excellent rapport du Dr D. _____.

Je pense que si le Dr D. _____ ne retient aucune indication chirurgicale complémentaire et que le psychiatre-traitant du patient est d'accord, nous pourrions alors prendre ce patient avec un objectif précis d'évaluation des capacités fonctionnelles et évaluation professionnelle avec discussion d'une phase ECP. Nous verrons assez vite à ce moment-là quelle est sa motivation. »

L'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale à la Clinique G. _____ le 15 février 2016, lors de laquelle le Dr D. _____ a procédé à une ténolyse des fléchisseurs de l'index et du majeur droits à la paume. Avant cet acte, le Dr D. _____ avait interpellé les différents intervenants pour avoir leur feu vert. Le Dr F. _____ avait alors relevé le 15 janvier 2016 que le Dr D. _____ partageait son appréciation quant à l'amélioration globale du patient, et précisait n'avoir pas d'objection à l'intervention projetée. Le Dr F. _____ proposait en outre de reprendre le patient deux à trois mois après l'intervention pour faire une évaluation à la H. _____.

Dans un rapport adressé au Dr X. _____ du 25 avril 2016, le Dr D. _____ a décrit une évolution favorable sur les plans fonctionnel et psychologique, indiquant ne pas voir d'obstacle à la reprise de l'activité habituelle de traceur et monteur en ventilation. Il a en outre recommandé que l'assuré suive un séjour d'évaluation socio-professionnelle à la H. _____.

Dans un rapport du 29 mai 2016 à l'OAI, le Dr L. _____ a indiqué que l'assuré avait très bien réagi à la thérapie assurée par le Dr M. _____ et que sa symptomatologie dépressive s'était amendée. Il conservait cependant des éléments phobiques, qui avaient été récemment

réactivés par une « nouvelle péripétie malheureuse consécutive à la toute récente intervention sur sa main, soit un oubli de matériel opératoire *in situ* ». Il a précisé que les troubles psychiques étaient consécutifs aux divers problèmes somatiques.

Par courrier du 15 juin 2016 au Dr F._____, le Dr X._____ a relevé que le patient était content de l'intervention (ténolyse des fléchisseurs profonds et superficiels de l'index et du médium droit), et bougeait plus aisément les doigts, bien qu'il manquât encore de force. Il souhaitait désormais s'investir dans un projet professionnel pour avoir une meilleure estime de lui-même. Pour le Dr X._____, il n'y avait pas beaucoup d'évolution par rapport à la situation observée à fin 2015. Toujours dans ce rapport, ce médecin a relevé que rien ne s'opposait, du point de vue médico théorique, à ce que l'assuré travaille en plein dans une activité légère, ne nécessitant pas de dextérité particulière.

L'assuré a séjourné une deuxième fois à la H._____, du 14 septembre au 11 octobre 2016. Dans ce cadre, il a été vu par la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 20 septembre 2016, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) en amélioration, de phobies multiples (F40.0 et F40.2) en amélioration, et de troubles du sommeil (F51.5). Elle a par ailleurs relevé ce qui suit dans son rapport du 12 octobre 2016 s'agissant du status psychique :

« A son arrivée, la présentation du patient est correcte. Le contact est bon. Il est plutôt souriant. A l'observation, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Le discours est informatif et la thymie est adaptée au sujet évoqué. L'humeur est améliorée depuis la prise en charge actuelle, avec disparition des idées noires et des idéations suicidaires, absentes ce jour. La thymie est globalement adaptée au contexte.

Le patient rapporte quelques ruminations nocturnes avec présence de cauchemars perturbant le sommeil, amélioré par le traitement sédatif du soir. Sur le plan anxieux, il rapporte des évitements de la conduite réactivés depuis le dernier accident ainsi qu'une anticipation anxieuse d'éventuels accidents à venir. En effet, il décrit avoir l'impression d'un sentiment d'injustice du fait que sa carrière professionnelle ait dû être stoppée par l'accident survenu en 2008 et l'accident survenu en 2011. On retrouve dans le discours une légère tendance à la catastrophisation. Durant l'entretien, le patient ne présentera pas de comportement atypique particulier. On ne retrouve aucun élément du registre psychotique à l'observation.

Concernant le séjour, le patient est dans l'attente d'une aide lui permettant de changer de métier et est demandeur d'une formation professionnelle lui permettant une reconversion. De lui-même, il a débuté des formations dans la sécurité ou comme vendeur. Ces démarches n'ont pu aboutir à un emploi du fait de son handicap, selon lui. Il précisera d'ailleurs qu'il se considère comme handicapé et espère pouvoir bénéficier d'une aide pour une formation professionnelle de l'AI. Concernant l'humeur, le patient ne présente pas d'anhédonie ni d'aboulie. Il parvient à prendre du plaisir avec son enfant, élaborer des projets professionnels, ainsi que reprendre une activité sportive régulière. »

A la suite de ce séjour à H._____, le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, et la Dre T._____, médecin-assistante, ont exposé les éléments suivants dans leur rapport du 4 novembre 2016 :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle chroniques de la main droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 04.11.2011: chute dans les escaliers (avec une bouteille en verre dans la main droite, qui s'est cassée) avec section des fléchisseurs profonds et superficiels d2 et d3, des lombricaux d2 et d3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite.

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : des douleurs de la paume de la main droite, d'intensité un peu diminuée, cotées jusqu'à 6/10 sur l'échelle EVA, décrites comme des coups de couteaux ou d'électricité allant de la cicatrice de la paume aux deuxième et troisième doigts. Le patient dit que les douleurs augmentent après les activités ou les mouvements effectués avec la main droite. Il remarque parfois un gonflement, un changement de couleur, une augmentation de la transpiration de la main droite et porte une attelle souple au poignet. Il se dit très content du résultat de la dernière intervention et décrit une amélioration de la mobilité de tous les doigts longs et principalement des index et majeur, une augmentation de la force, ce qui le rend plus à l'aise dans les gestes de la vie quotidienne.

En ce qui concerne le moral, il reste toujours très préoccupé par son avenir professionnel et maintient un suivi hebdomadaire auprès de son psychiatre traitant.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels (longueur de l'incapacité de travail, incertitudes vis-à-vis de son avenir professionnel) influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis).

[...]

Au terme du séjour, subjectivement le patient décrit un gain de mobilité et d'intégration des doigts de la main droite. Objectivement, l'enroulement des doigts est en amélioration et il y a un léger gain de force (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Hormis le fait que le patient sous-estime le niveau d'activité qu'il estime pouvoir réaliser (score au PACT correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), aucune incohérence n'a été relevée.

Aux ateliers professionnels, M. P. _____ a été planifié par périodes allant jusqu'à quatre heures consécutives dans des activités très légères. Il est demandeur d'un soutien pour sa reconversion et souhaiterait pouvoir faire un apprentissage de projeteur en technique du bâtiment ventilation (CFC de 4 ans). [...].

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : ports répétés de charges supérieures à 5 kg, activités nécessitant des mouvements répétitifs avec la main droite ou des préhensions de force.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Le patient a rendez-vous le 04.11.2016 à la consultation du Dr D. _____.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus reste limité par des facteurs contextuels, chez un patient dans l'attente d'une formation avec l'aide de l'AI. Comme dit plus haut, il doit reprendre contact avec l'AI pour préciser les mesures qui pourraient encore lui être accordées. »

L'assuré a été réexaminé par le Dr J. _____ de la CNA, qui a exposé ce qui suit dans son rapport du 24 janvier 2017 :

« Diagnostic

Trouble dépressif, épisode actuel léger F32.0

Trouble anxieux phobique, sans précision F 40.9

Appréciation

[...].

Evolution :

Après que son premier psychiatre, le Dr M. _____, a subi un problème de santé, l'assuré a repris avec le Dr L. _____ à raison d'une séance toutes les deux semaines. L'approche intégrée psychopharmacologique et psychothérapeutique englobe des séances d'hypnose et des exercices d'auto-hypnose entre les séances. On note une nette amélioration au niveau de l'utilisation de la main D qui en juillet 2015, était complètement exclue du schéma corporel et quasiment sans utilisation aucune. Actuellement, cette main bouge spontanément et elle est utilisée dans les AVQ [activités de la vie quotidienne], traduisant des automatismes réacquis et comme qu'une reconnexion, réintégration au schéma corporel ; l'assuré exprime une volonté d'améliorer encore l'utilisation de cette main.

Diagnostics :

On ne retrouve plus le trouble dissociatif mixte retenu il y a une année et demie puisqu'il n'y a plus d'exclusion de la main et que les symptômes dissociatifs de perception ont diminué un peu d'intensité. D'un autre côté, le trouble dépressif a diminué d'intensité et on peut le caractériser actuellement de léger. C'est le trouble anxieux phobique qui est toujours aussi important qu'il y a une année et demie et c'est ce trouble avec les comportements d'évitement associés qui atteint principalement la vie de l'assuré et qui renforce l'impasse dans laquelle l'assuré se trouve actuellement.

Traitement :

L'assuré investit assidument son traitement psychiatrique et psychothérapeutique et en profite bien. On constate qu'il s'agit d'un travail de longue haleine avec des résultats encourageants encore que de progression lente. Actuellement le traitement se trouve dans une impasse pour dépasser le comportement phobique, car sans objectifs définis à l'extérieur avec des horaires à respecter dans le cadre d'une réinsertion professionnelle, il est difficile, voire impossible d'altérer le comportement phobique par la psychothérapie. D'autre part, avec un programme de formation établi, on peut tout-à-fait prévoir que l'assuré pourra arriver, avec l'aide du traitement psychiatrique et psychothérapeutique, à se déplacer seul et d'arriver à l'heure au lieu de formation.

Il est pourtant à noter qu'il existe toujours d'importants facteurs qui renforcent et qui maintiennent le comportement phobique. Il s'agit surtout de l'entourage familial qui, avec plusieurs membres éloignés de toute réalité professionnelle, sont à tout moment prêts à secourir l'assuré et à l'accompagner voire à le conduire pour ses sorties, le renforçant dans son rôle d'handicapé et de victime.

Capacité de travail et exigibilité :

L'exploration, directement avec l'assuré, des différentes facettes qui, ensemble, constituent la capacité de travail permet un regard bien plus différencié qu'une appréciation se basant uniquement sur la psychopathologie. Des 13 critères ou capacités regroupés dans l'échelle d'évaluation Mini-ICF-APP (traduction française non publiée), on retrouve que 9 critères sont affectés, la plupart par une limitation légère. L'atteinte principale est celle de la capacité de déplacement qui se trouve fortement limitée par les phobies ainsi que par le comportement déjà ritualisé d'évitement et de se faire toujours accompagner.

Il est important de réitérer que la situation psychiatrique n'est pas encore stabilisée et que des progrès sont encore possibles et même

probables au niveau du traitement des phobies, surtout quand un programme de réinsertion professionnel sera mis en route.

Actuellement, l'assuré est incapable de travailler du point de vue psychiatrique, dû à la forte limitation de la capacité de déplacement par la pathologie phobique. Pourtant, en faisant abstraction de l'incapacité totale de se déplacer seul ou en supposant qu'elle soit suffisamment allégée par le traitement psychiatrique et psychothérapeutique, on peut s'imaginer que l'assuré soit capable de s'engager dans une activité professionnelle adaptée à son handicap de la main avec, du point de vue exclusivement psychiatrique, un taux d'occupation de 80 % et ceci avec un rendement de 75 %, dont résulterait une capacité de travail globale d'environ 60 %.

Ceci constitue une estimation hypothétique et en aucun cas définitive. L'assuré donne des signes d'une bonne motivation pour apprendre un nouveau métier. En supposant que l'assuré puisse obtenir l'opportunité de mesures de réintégration professionnelles et qu'il réussisse à y adhérer à l'aide de son psychiatre, la capacité de travail pourra s'améliorer considérablement. »

Le 7 mars 2017, le Dr Z. _____ du SMR a rédigé l'avis médical suivant :

« Q : Doit-on comprendre que l'assuré présente bien une IT [incapacité de travail] totale dans toute activité depuis la date de l'accident ?

R : Oui. La lecture de l'entier du dossier avec les multiples méandres traumatologico-chirurgico-psychologiques qui l'émaillent force à admettre que *de facto* aucune activité professionnelle n'était exigible de l'assuré depuis la date de l'accident du 04.11.2011.

Q : Peut-on admettre, au vu de la situation médicale de l'assuré que ce dernier présente déjà actuellement (au moins depuis la date de la sortie de H. _____) une CT [capacité de travail] de 100 % dans une activité adaptée ?

R : La lettre de sortie de la H. _____ du 04.11.2016 (...) précise que la situation médicale est stabilisée et que des limitations fonctionnelles définitives existent. Même si les rédacteurs de ladite lettre de sortie soulignent que le pronostic de réinsertion professionnelle dans une activité adaptée est limité en raison de facteurs contextuels (donc pas médicaux), il est cohérent d'admettre que la CT dans une activité adaptée est complète dès la date de sortie de H. _____, en novembre 2016.

Q : En d'autres termes, depuis quand peut-on admettre que l'assuré présente une CT de 100 % dans une activité adaptée ?

R : cf. réponse à la question précédente : novembre 2016.

Q : Que doit-on comprendre par CT de 100 % « à terme » dans le rapport SMR du 09.01.2017 ?

R : vu l'extrême longueur de l'éloignement au travail et la fragilité psychologique de l'assuré, on ne peut pas imaginer qu'il reprenne du jour au lendemain une activité (même biomécaniquement adaptée) à 100 %. Une reprise progressive sur 3 mois, jusqu'au taux de 100 % semble, médicalement parlant, être une précaution raisonnable. »

Le 24 mars 2017, le Dr D. _____ a opéré l'assuré d'une bride cicatricielle remontant au traumatisme initial, qui formait une ligne de tension désagréable, en procédant à une « plastie cutanée en Z. »

Le 5 septembre 2017, le Dr X. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré au terme duquel il a fait l'appréciation suivante :

« Appréciation

[...]

Si l'intervention du 24.03.2017 a permis une extension plus aisée du pouce D, le patient dit que l'état de sa main D est globalement inchangé. Le patient se lève le matin avec une main D inerte comme une éponge qu'il doit réveiller. Par la suite, des douleurs apparaissent dans la paume de la main D, irradiant dans les doigts médians, s'accroissant avec l'utilisation de celle-ci, prenant un caractère pulsatile, le tout s'accompagnant d'un manque de force. Le patient mange avec une fourchette adaptée mais il ne peut pas couper sa viande. Il se rase avec la main G, ne supportant pas les vibrations de son rasoir électrique dont il n'arrive de toute façon pas à soutenir longtemps le poids. Il ne peut pas non plus changer les vitesses d'une voiture manuelle. En fin de compte, il fait la plupart des choses avec la main G.

A l'examen clinique, sans être exclue, la main D, qui présente pourtant de bonnes marques d'utilisation, est mise de côté. Alors que son aspect est normal au repos, quand on demande au patient de l'ouvrir, elle se déforme en griffe avec une hyperextension des MCP et une flexion des IPP des doigts médians qui présentent également une perte d'autonomie, bougeant d'un bloc, comme s'ils étaient collés, le tout d'allure fonctionnel, en l'absence de tout déficit moteur ou tendineux clairement objectivable. Toutes les cicatrices dans la paume sont bien fermées, peu visibles. Il n'y a plus de bride. Les téguments ont un aspect normal. La température et la sudation sont symétriques. Il n'y a pas d'amyotrophie de la musculature intrinsèque. Il n'y a pas de Tinel franc, pas d'allodynie, le patient décrivant essentiellement une hypoesthésie du versant cubital de D2 et du versant radial de D3. Le pouce et l'auriculaire sont normo-fonctionnels. La mobilité active des 3 doigts médians est changeante, difficile à mesurer, l'enroulement est finalement complet, sauf pour l'index qui est toujours un peu à la traîne mais toutes les articulations sont parfaitement souples avec des amplitudes articulaires complètes. La force de serrage de la main D est à peine mesurable chez un patient qui grimace comme s'il fournissait un effort énorme mais qui ne serre pas vraiment les appareils de mesure.

L'évolution de cette main D est vraiment déroutante.

Pour ma part, je n'ai pas d'explication somatique au pseudo-handicap qui persiste.

Il me semble avant tout évocateur d'un trouble factice.

En fin de compte, les séquelles organiques objectivables de l'accident sont modestes et l'incapacité de travail procède de troubles psychiques.

A cet égard, il convient de rappeler que le Dr D._____, qui a suivi et opéré le patient à deux reprises, se demandait même, l'année passée, si la reprise de l'activité habituelle de monteur en ventilation n'était pas envisageable.

Ce qui est sûr, comme je l'ai déjà dit, c'est que la capacité de travail est entière dans une activité légère, ne demandant pas de dextérité particulière.

Pour en revenir aux troubles psychiques, qui sont allés en s'aggravant rapidement dans les années qui ont suivi l'accident pour s'améliorer quelque peu avec un important investissement thérapeutique, s'ils sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, la question de la causalité adéquate devrait être examinée soigneusement [...].

Si on se réfère à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/3.f-2000, un taux de 7,5 % peut être retenu, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à la moitié de la fig. 28 (50 % de 15 % = 7,5 %). »

Par courrier du 20 septembre 2017, la CNA a communiqué à l'assuré que, selon l'examen médical pratiqué le 5 septembre 2017, la situation médicale était stabilisée pour les suites de l'accident du 5 novembre 2011 et qu'il serait mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017.

Par décision du 13 octobre 2017, la CNA lui a nié l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur le plan des séquelles organiques, elle a retenu que l'assuré était apte à exercer à temps plein une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que celle-ci n'exige pas de dextérité particulière. La CNA a retenu qu'une telle activité était exigible sur toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel moyen de 59'785 fr., soit une perte de 8,02 % par rapport au salaire de 65'000 fr. (13 × 5'000 fr.) réalisable sans l'accident. Le seuil de 10 % prévu par la LAA n'était pas atteint, une diminution notable de la capacité de travail n'étant pas établie. Sur le plan psychique, la CNA n'a pas considéré que les séquelles étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'il n'existait pas de droit aux prestations. Enfin, la CNA a octroyé à son assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'450 fr. (7,50 %).

Par acte du 15 novembre 2017, complété le 4 janvier 2018, l'assuré, représenté par sa protection juridique, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir que son état de santé psychologique n'était pas stabilisé et que les troubles psychiques étaient en lien avec l'accident en question et les accidents antérieurs. A l'appui de l'opposition, l'assuré a produit les documents suivants :

- Le rapport du Dr L. _____ du 29 mai 2016, dans lequel ce dernier a expliqué que le médecin des urgences l'aurait [en novembre 2011] renvoyé chez lui alors que l'artère radiale aurait été sectionnée et que lors d'une récente opération, du matériel opératoire aurait été oublié *in situ* ;
- Un rapport du Dr L. _____ daté du 15 décembre 2017 indiquant, sur le plan de la causalité adéquate, que l'appréciation de la CNA sur les circonstances de l'accident faisait l'impasse sur la prise en charge à l'hôpital W. _____ sur l'hémorragie subie, et concluant à un état de stress post-traumatique compliqué par un état dépressif ;
- Un rapport du Dr AC. _____, médecin généraliste traitant, du 12 mars 2018, attestant que son patient ne pouvait plus se servir de sa main droite qui restait douloureuse et hyposensible avec une perte de force et une position spontanée en griffe, que des douleurs de type névralgiques, majorées au froid persistaient et que l'incapacité de travail dans la profession de ferblantier était totale, une profession adaptée excluant la préhension de force, la réalisation de gestes fins ou l'utilisation de machine ou outil dangereux était envisageable après reconversion à un taux devant être évalué en fonction des douleurs et d'une capacité de résistance limitée.

Par décision sur opposition du 21 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 13 octobre 2017. Elle a retenu que les troubles psychiques devaient être écartés de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-accident dès lors que, sous l'angle de la causalité adéquate, l'accident du 5 novembre 2011 était un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité.

L'assuré a recouru le 3 mai 2018 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en contestant le fait que la CNA n'a pas retenu de causalité adéquate entre les accidents de 2008 et de 2011 et les troubles psychiques apparus à la suite du second accident (cause AA 82/18).

Le 8 mai 2018, à la suite des renseignements communiqués par la CNA, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière du 1^{er} avril 2014 au 28 février 2017, retenant un degré d'invalidité de 8,72 % dès le 1^{er} mars 2017 en raison des atteintes physiques. Le même jour, il lui a accordé une aide au placement.

Le 15 mai 2018, l'assuré, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a formé opposition à ce projet de décision de l'OAI. Il a complété ses observations le 22 mai 2018, en concluant à l'octroi d'une rente entière sans limitation dans le temps, une expertise pluridisciplinaire étant préalablement mise en œuvre.

Le 15 octobre 2018, le Dr Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a proposé la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer les capacités fonctionnelles de l'assuré et d'évaluer son état de santé psychique. Il a en particulier relevé ce qui suit :

« Synthèse :

- Cet assuré droitier a été victime le 04.11.2011 d'une blessure occasionnée par les tessons d'une bouteille en verre de sa main droite, dominante.
- Bien qu'importantes, les lésions ont été traitées en première puis en deuxième intention à la Clinique G._____, de manière correcte. Dans son RM [rapport médical] du 02.02.2017 ([...]), le Dr D._____, spécialiste chevronné de chirurgie de la main, constate une situation objectivement peu altérée.
- En se basant sur leurs évaluations fonctionnelles spécialisées, les médecins de H._____ ont conclu au terme du 1^{er} et du 2^{ème} séjour dans leur établissement à une CT complète, et complètement exigible dans une activité adaptée, ne sollicitant que peu la main droite.
- Le MA [médecin d'arrondissement] de la SUVA parvient à la même conclusion.

- Au plan psychique, on assiste à une détérioration de la manière dont l'assuré vit les séquelles de son accident alors que les différents psychiatres impliqués, qu'ils reconnaissent ou non une IT [incapacité de travail] en relation ou non avec l'accident du 04.11.2011 ne retiennent jamais de diagnostic en soi gravement incapacitant. La notion de trouble dissociatif a même été évoquée.

Conclusion :

1. En ce qui concerne l'atteinte de la main droite, en dépit de l'exigence de l'avocat de l'assuré, il n'y a pas lieu d'envisager d'expertise de chirurgie orthopédique ou de neurologie, car le problème n'est pas de nature diagnostique mais de nature fonctionnelle.
2. En revanche, à mon avis, une investigation complète des capacités fonctionnelles, telle qu'elle peut être réalisée dans le cadre du I. _____ [...] (les évaluations se réalisent aussi à Berne, en français ; rapport en allemand) serait plus rentable car elle permettrait de préciser les limitations fonctionnelles objectives et d'attester - si lieu est - un manque d'effort ou des autolimitations excessives.
3. Une expertise psychiatrique mérite aussi d'être organisée afin de faire la synthèse de l'histoire psychique de l'assuré et le point quant à une éventuelle atteinte durable à la santé psychique qui entraînerait une IT ou une limitation de l'exigibilité de la CT exigible dans une activité adaptée biomécaniquement. »

Le 24 octobre 2018, l'assuré a produit un rapport du Dr L. _____ du 22 octobre 2018 dont la teneur est la suivante :

« Ce petit mot pour faire suite à notre échange téléphonique de tout à l'heure à propos de P. _____ et insister sur les quelques points suivants :

- la SUVA et l'AI, qui ne fait que reprendre la position de la SUVA, sont passées à côté de l'élément central de ce dossier : le syndrome de stress post-traumatique majeur consécutif au dernier accident où le patient faillit mourir suite à une brèche artérielle non diagnostiquée. Ce diagnostic n'est repris nulle part dans le rapport que vous a adressé le Dr Z. _____. Et ses recommandations n'en tiennent nul compte.
- L'état dépressif, la phobie invalidante, ne sont que des conséquences de ce traumatisme. Et ce sont ces conséquences, psychiques, qui réalisent l'essentiel du handicap actuel.
- Il est donc fautif de ne tenir compte que du handicap moteur pour déterminer l'aptitude au travail de M. P. _____. A noter à ce sujet que ledit handicap moteur se voit minimisé sous prétexte qu'il serait essentiellement d'ordre psychique (ce qui, pour ma part, demeure plus que douteux), mais qu'il n'est plus tenu compte de cette dimension psychique par la suite, sinon pour concéder l'indication d'une expertise psychiatrique.
- Comme je l'ai déjà souligné, la manière dont est traité son dossier par les administrations concernées, le sentiment d'incompréhension

et d'injustice, bien légitime, qui en résulte pour le patient a contribué, ces deux dernières années, à une notable aggravation de son état psychique.

- Il faut aussi se souvenir que M. P._____ avait dû interrompre sa formation (c'est pour cela qu'il n'a pas de CFC) suite à deux premiers événements traumatisants pour lesquels ni la SUVA, ni l'AI ne sont entrées en matière : une perforation d'ulcère de l'estomac sur son lieu d'apprentissage qui faillit lui être fatale, suivie immédiatement d'un grave accident de voiture avec blessure, entre autres, à la main droite. C'est donc pour des raisons médicales qu'il n'a pas de CFC. Il est donc très injuste de mettre le fait qu'il n'ait pas ce diplôme pour lui refuser une formation tenant compte de ses véritables capacités et de sa forte motivation à trouver un métier où il pourrait valoriser ses compétences techniques. »

L'OAI a confié le 8 novembre 2018 la réalisation d'une expertise à I._____, ce dont ont été informés le Dr AC._____, le Dr L._____, et l'avocat de l'assuré.

L'assuré a été examiné, en présence d'une interprète de langue française, les 16 et 17 mai, ainsi que le 27 mai 2019 par les experts, qui ont adressé leur rapport du 16 décembre 2019 à l'OAI. Ce rapport, rédigé en allemand, a fait l'objet d'une traduction française par une société de traduction mandatée par l'OAI. Dans l'appréciation consensuelle de la situation, les Drs A._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont en particulier relevé ce qui suit :

« 4.2. Diagnostics

4.2.1 Diagnostics pertinents avec incidence sur la capacité de travail

- Douleurs chroniques à la ceinture scapulaire et à la main droite avec déficit de fonction et de force de la main droite
 - État consécutif à une chute dans des escaliers avec blessure par des morceaux de verre de la main droite, du côté palmaire, le 04.11.2011 avec/sur
 - Séparation des tendons fléchisseurs des muscles fléchisseurs des doigts profond et superficiel des 2^e et 3^e rayons et de la musculature lombricale II/III, avec lésion du faisceau neurovasculaire II de la paume de la main droite avec suture des tendons fléchisseurs correspondants et de la musculature lombricale et suture microchirurgicale du faisceau neurovasculaire II de la paume de la main droite, le 05.11.2011 (Dr méd. Y._____ Clinique G._____, [...])

- État consécutif à une ténolyse des tendons fléchisseurs des muscles fléchisseurs des doigts profond et superficiel II/III le 15.02.2016 (Dr méd. D._____, Clinique G._____, [...])
- État consécutif à une plastie en Z du thénar palmaire sur bride cicatricielle gênante, le 24.03.2017 (Dr méd. D._____, Clinique G._____, [...])

4.2.2 Diagnostics pertinents sans incidence sur la capacité de travail

- Accentuation de certains traits de la personnalité (CIM-10: Z73.1)
- Autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8), sur état consécutif à une réaction aiguë à un facteur de stress (F43.1)
- Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (Z73)
- Hyperlaxité articulaire constitutive

4.2.1 (sic) Autres diagnostics sans incidence sur la capacité de travail

- État consécutif à une opération de laparoscopie d'un ulcère ventriculaire et duodéal perforé en 01/2008
 - Positif pour Helicobacter, DD sur caféine, nicotine et stress professionnel
- État consécutif à une gastroscopie sur microhémorragie gastrique et méléna (DD mécanique par comprimé d'antibiotiques) en 2016
- État consécutif à une fracture du métacarpe et fracture du talon droit le 09.04.2008 (accident de voiture lors d'un carambolage de masse à Lutry)
- État consécutif à une appendicectomie en 2007

4.3 Incidences fonctionnelles des constatations/diagnostics

Les capacités fonctionnelles correspondent à une activité légère adaptée (manipulation de charges jusqu'à 10 kg, rarement), la main droite pouvant être utilisée comme main de secours. Il faut compter un certain temps d'accoutumance pour permettre l'utilisation comme main de secours. Cette période peut être limitée à 3 mois car il faut admettre que, au vu du trophisme musculaire présent et de la fonction résiduelle, la main est davantage utilisée dans la réalité que ce qui a été montré.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas de handicaps fonctionnels. Compte tenu du degré de gravité de l'altération des ressources disponibles, rien ne s'oppose à une réadaptation au travail.

4.4 Discussion d'éventuels aspects de la personnalité

Au vu de l'expertise psychiatrique partielle, il y a des particularités au niveau de la personnalité, qui ne compromettent cependant pas la réadaptation professionnelle.

4.5 Discussion des facteurs de stress et des ressources

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de handicaps fonctionnels mais des difficultés dans la motivation. Compte

tenu du degré de gravité de l'altération des ressources disponibles, rien ne s'oppose à une réadaptation au travail.

4.6 Contrôle de la cohérence

Il a été relevé des incohérences, aussi bien lors de l'examen rhumatologique-orthopédique avec l'ECF (voir Annexe 1 dans l'expertise rhumatologique) que lors de l'investigation psychiatrique. Si ces incohérences ont bien permis en fait d'exclure plutôt une aggravation, elles n'en ont pas moins rendu plus difficile l'évaluation de l'assuré.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

D'un point de vue purement rhumatologique, l'activité de spécialiste en construction de systèmes de ventilation et de ferblantier (spécialisé) ainsi que l'apprentissage de ferblantier-couvreur, interrompu pour des raisons de santé, ne sont plus exigibles depuis l'accident du 04.11.2011, en raison de la nécessité de l'usage des deux mains et d'efforts physiques dans le domaine pénible.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas, au moins depuis 2015, de limitation de la capacité de travail.

D'un point de vue interdisciplinaire, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible depuis le 04.11.2011.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

D'un point de vue purement rhumatologique, une légère activité adaptée avec utilisation de la main droite comme main de secours est exigible toute la journée. Cette activité était possible au plus tard 2 ans après la date de l'accident du 04.11.2011, sous réserve de la pleine incapacité de travail de 6 mois après la deuxième intervention chirurgicale et de 3 mois après la troisième intervention (24.03.2017).

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail au moins depuis 2015.

Du point de vue interdisciplinaire, une activité adaptée est exigible au moins depuis 2015.

4.9 Justification de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale

Les limitations sont justifiées depuis 2015 d'un point de vue purement rhumatologique. Il n'y avait pas de motifs d'interaction entre les différentes évaluations. Les limitations sont justifiées par le handicap fonctionnel de la main droite.

4.10 Mesures médicales et thérapies influençant la capacité de travail

Des mesures médicales ou thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'influencer la capacité fonctionnelle et, de ce fait, la capacité de travail de façon significative. Une adaptation au travail par un renforcement de l'utilisation de la main droite comme main de secours ne devrait pas durer plus de 3 mois. »

Le 10 février 2020, la Dre V._____ du SMR a examiné le rapport d'expertise. Elle a relevé que l'expertise était convaincante, et que les conclusions figurant dans les précédents rapports du SMR restaient inchangées, hormis la date du début de l'adaptation à la réadaptation qui pouvait être fixé à 2015, au lieu de novembre 2016.

Par projet de décision du 17 avril 2020 annulant et remplaçant celui établi le 8 mai 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016. Il a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail à partir de janvier 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (manipulations de charges jusqu'à 10 kg, rarement, la main droite pouvant être utilisée comme main de secours), par exemple comme conseiller vente, agent de sécurité ou agent de contrôle. Après comparaison du revenu de 60'123 fr. 06 pouvant être réalisé dans une activité adaptée en tenant compte d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles et d'un revenu hypothétique sans invalidité de 66'242 fr. 55, tous deux calculés sur la base des données salariales statistiques, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 9,24 %, qui n'ouvrait pas le droit à la rente.

Le 29 avril 2020, Me Hofstetter a contesté ce projet, en déplorant notamment qu'un délai ne lui ait pas été accordé pour se déterminer sur le rapport d'expertise traduit en français. Il a également plaidé que le projet de décision ne faisait pas état de la nécessité d'une période d'accoutumance pour permettre l'utilisation de la main, et une réadaptation au plan psychiatrique.

Le 6 mai 2020, en complément à son écriture du 29 avril 2020, l'assuré, par son conseil, a produit un rapport du Dr L._____ du 5 mai 2020, qui estimait « inacceptable que l'on demande à un expert non francophone d'évaluer un patient ne parlant pas l'allemand », et indiquait que le Dr B._____ n'avait jamais cherché à prendre contact avec lui pour tenter de discuter ce qu'il contestait dans sa propre évaluation.

Par arrêt du 14 mai 2020 (cause AA 82/18 - 59/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision du 21 mars 2018 de la CNA, pour les motifs suivants (consid. 5) :

« 5. a) aa) Sur le plan somatique, à l'examen final du 5 septembre 2017, le Dr X._____ s'est trouvé confronté à un patient dont la force de serrage de la main droite était à peine mesurable et qui grimaçait comme s'il fournissait un effort énorme, mais sans toutefois serrer vraiment les appareils de mesure. L'examineur a décrit l'évolution de la main droite comme « vraiment déroutante » sans trouver d'explication somatique au « pseudo-handicap » qui persistait, pour lui évocateur in fine d'un « trouble factice » et non d'une séquelle objectivable. Cet avis motivé de spécialiste est particulièrement probant dans la mesure où le Dr X._____ a suivi l'assuré depuis le 6 novembre 2012 jusqu'à l'examen final précité, explorant toutes les pistes propres à améliorer la situation de l'intéressé. En revanche, le rapport du 12 mars 2018 du Dr AC._____, médecin généraliste traitant du recourant, guère motivé, n'est pas probant. Il doit être écarté sur le plan asséculo-logique du fait du lien thérapeutique. Ce rapport n'est pas accompagné d'avis concordant de tiers spécialistes (chirurgien, neurologue), plus à même de déceler de plus amples pathologies. On relève aussi que cet avis de médecin généraliste est en contradiction avec l'avis du Dr D._____, spécialiste consulté par le recourant, qui, dans son rapport du 25 avril 2016, relevait une évolution favorable sur le plan fonctionnel, indiquant même ne pas voir d'obstacle à la reprise de l'activité habituelle. De plus, l'avis du Dr D._____ a ensuite été confirmé suite au séjour de l'assuré à la H._____, le Dr K._____ et la Dresse T._____ confirmant la stabilisation du cas et ne relevant aucun nouveau diagnostic.

En définitive, il y a lieu de confirmer la stabilisation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique.

bb) Sur le plan psychique, les parties admettent la persistance de troubles sous la forme d'un trouble dépressif, épisode actuel léger (F32.0) et d'un trouble anxieux phobique, sans précision (F 40.9) (cf. rapport du Dr J._____ du 24 janvier 2017). Ce rapport n'est pas contesté au stade du recours (cf. mémoire du 3 mai 2018, p. 6).

b) Le Dr J._____ a admis une causalité naturelle entre les affections psychiques qui ont affecté le recourant et l'accident de 2011 à un degré de probabilité entre probable et certain. Il est apparu difficile au psychiatre-conseil de la CNA d'imaginer que les pathologies en question aient pu apparaître sans l'accident survenu en 2011. En revanche et contrairement à ce que soutient le recourant dans ses écritures (cf. mémoire du 3 mai 2018, pp. 9-10), ce spécialiste a écarté un rapport de causalité avec l'accident de la circulation survenu en 2008. Cet accident a fait l'objet d'un examen particulier exposé dans le rapport du 30 juillet 2015 au terme duquel le Dr J._____ a conclu que les symptômes anxieux ou phobiques apparus à la suite de l'accident de 2008 avaient été surmontés sans atteindre de seuil diagnostique. Le psychiatre-conseil a relevé que l'intéressé avait fait preuve de résilience à cette époque et que s'il avait fait état de reviviscence de scènes d'accident et d'hôpital

datant de 2008 à la suite de l'accident de 2011, celles-ci étaient très vagues et d'intensité relativement diminuée. Il a aussi constaté que, si l'accident de 2008 a préparé le terrain, d'autres événements traumatisants vécus par l'intéressé y ont aussi contribué. Les rapports du Dr L. _____ des 29 mai 2016 et 15 décembre 2017 ne remettent pas en cause l'absence de causalité naturelle.

On en conclut que la causalité naturelle n'est établie que pour l'accident du 5 novembre 2011.

c) La qualification de l'accident du 5 novembre 2011 retenue par l'intimée ne prête pas flanc à la critique. Il s'agit d'une chute à hauteur d'homme avec une bouteille en verre qui se brise dans la main, le recourant s'étant ensuite rendu par ses propres moyens à l'Hôpital W. _____. On constate ainsi que la gravité de cet accident n'est pas comparable à celle des exemples d'accidents de gravité moyenne et de ceux à la limite supérieure cités par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3d/bb supra), de sorte qu'il convient de retenir un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

d) Le recourant soutient que six des sept critères jurisprudentiels propres à entraîner une causalité adéquate entre un accident et des troubles psychologiques sont réunis dans le cas présent, dont l'un de manière particulièrement marquée (cf. mémoire du 3 mai 2018, pp. 10-11 et réplique du 13 juin 2018, pp. 3-4.

aa) A l'instar de l'intimée, l'on peut considérer que les circonstances concomitantes de l'accident de 2011 ne sont pas objectivement impressionnantes s'agissant d'une chute involontaire à hauteur d'homme. Le protocole opératoire du 5 novembre 2011 établi à la Clinique G. _____ par le Dr Y. _____ ne fait pas état d'une artère sectionnée, d'une importante hémorragie ou d'une situation d'urgence vitale contrairement à ce qui est soutenu en procédure. Il serait invraisemblable que le protocole opératoire ne fasse pas mention de soins portés à une hémorragie. Une telle situation n'a pas davantage été décrite dans le rapport du 29 janvier 2013 des Drs F. _____ et C. _____ à la suite du premier séjour du recourant à la H. _____, document multidisciplinaire pourtant très complet. On constate également que l'intéressé n'a pas décrit de telle urgence vitale au Dr J. _____ lors des examens psychiatriques (cf. rapports des 30 juillet 2015 et 24 janvier 2017). Le rapport du Dr L. _____ du 15 décembre 2017 émane du psychiatre-traitant, qui n'était pas présent lors de l'accident de 2011, et qui relaie les plaintes de son patient sans trouver appui dans les pièces au dossier. De plus, aucune autre circonstance particulière ne ressort du dossier et en particulier de la brève enquête diligentée par la CNA (cf. compte-rendu d'enquête des 26 avril, 30 mai et 28 juin 2012).

Le rapport du Dr L. _____ du 22 octobre 2018 n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux ignorés par l'intimée au moment de rendre la décision litigieuse.

Ce moyen doit être rejeté.

bb) Rien ne démontre que des erreurs médicales aient été commises à la suite de l'accident de 2011. Le médecin-assistant de l'Hôpital W. _____ a constaté une plaie profonde et une atteinte aux tendons fléchisseurs et s'est acquitté des premiers soins, adressant ensuite le recourant à la Clinique G. _____, établissement

spécialisé dans la chirurgie de la main. S'agissant du matériel opératoire qui aurait été oublié *in situ*, apparemment lors de l'opération pratiquée par le Dr D. _____ le 16 février 2016, cette plainte n'est fondée que sur un rapport du Dr L. _____ daté du 29 mai 2016 et adressé au médecin d'arrondissement de la CNA le 29 août 2016. Or, le psychiatre-traitant n'a pas constaté ce fait de lui-même, de sorte qu'en l'absence d'autre document, ce rapport ne présente pas une garantie asséculoologique suffisante.

Il y a lieu d'écarter ce grief.

cc) S'agissant de la longueur du traitement, le recourant perd de vue que la seule durée n'est pas suffisante à l'aune de la jurisprudence précitée. Est décisive, l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Il n'est pas contesté que l'assuré ait été opéré à plusieurs reprises, qu'il ait vu sa main immobilisée (attelle, etc.), qu'il ait suivi une psychothérapie, qu'il se soit vu prescrire un traitement antalgique et psychotrope et qu'il ait séjourné à répétées reprises à la clinique H. _____. Toutefois, le critère invoqué n'est pas réalisé en l'occurrence, dès lors que le traitement subi par l'intéressé n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence.

Il convient de rappeler que si l'évolution initiale a été favorable sur le plan somatique (cf. rapports du Dr Y. _____ du 11 avril 2012 et du Dr Q. _____ du 3 mai et 2 août 2012), la durée du traitement est en grande partie attribuable au comportement du recourant. Ainsi, dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr X. _____ a concédé que si le recourant n'était pas guéri sans séquelles, une certaine surcharge ne faisait guère de doute. Lors du premier séjour à H. _____, les Drs F. _____ et C. _____ ont aussi constaté une épargne importante de la main avec une peur de la douleur et du mouvement (questionnaire kinésiophobie à 50 %) et une auto évaluation élevée du handicap (DASH à 56/100, questionnaire poignet à 114/150, questionnaire PACT à 9) (cf. rapport du 29 janvier 2013). A l'issue de son examen clinique, le Dr J. _____ a considéré dans son rapport du 30 juillet 2015 que si une aggravation intentionnelle ou consciente paraissait exclue, le recourant se trouvait dans une dynamique de renforcement du rôle de passivité et de victime. Dans le cadre de l'évaluation socio-professionnelle effectuée à la H. _____, le Dr K. _____ et la Dresse T. _____ ont estimé que l'intéressé sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Dans ces circonstances, c'est bien la sous-utilisation, voire la non utilisation de la main, sur une période prolongée qui est en cause (cf. rapport du Dr F. _____ du 17 septembre 2013 et rapport du Dr D. _____ du 27 mars 2014).

Ce moyen doit être rejeté.

dd) En ce qui concerne la longueur de l'incapacité de travail, il convient de souligner que seule l'évaluation sur le plan somatique est déterminante. La décision sur opposition de l'intimée peut aussi être confirmée en tant que le recourant a relativement rapidement retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations résultant des troubles psychiques (rapport du Dr J. _____ du 24 janvier 2017). Ce critère se mesurant à l'aune des efforts de l'assuré, il convient de relever que les médecins ont constaté une surcharge, une auto évaluation élevée du handicap, une dynamique de renforcement du rôle de passivité et de victime (rapport du Dr X. _____ du 6 novembre 2012 ; rapport de la

H. _____ des 29 janvier 2013 et 5 novembre 2016 ; rapport du Dr J. _____ du 30 juillet 2015).

Par conséquent, ce critère doit également être nié.

ee) L'examen clinique final du Dr X. _____ du 5 septembre 2017 a montré que la main droite du recourant présentait de bonnes marques d'utilisation et un aspect normal au repos, une allure fonctionnelle, des cicatrices bien refermées et une absence de tout déficit moteur ou tendineux clairement objectivable.

Dans ces circonstances, l'on ne peut pas retenir que les lésions subies en 2009 sont, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

ff) Enfin, le recourant soutient que la longueur du traitement et de l'incapacité de travail démontrerait les importantes complications qui seraient intervenues. En l'occurrence, ces deux critères ont été niés ci-dessus, de sorte que l'intéressé ne saurait s'en prévaloir. D'autre part, le trouble fonctionnel ayant affecté le recourant a résulté du non usage de la main en question et non d'une complication séquellaire objectivable (cf. rapport du 17 juin 2013 du Dr X. _____ ; rapport du 17 septembre 2013 du Dr F. _____ ; rapport du 27 mars 2014 du Dr D. _____).

Ce grief doit également être rejeté.

gg) Le recourant n'a ainsi pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que trois critères soient réunis ou que l'un ne le soit de manière particulièrement marquante. C'est dès lors à juste titre que l'intimée n'a pas retenu de lien de causalité adéquate entre d'une part les troubles psychiques constatés par le Dr J. _____ dans son dernier rapport du 24 janvier 2017, et d'autre part l'accident du 5 novembre 2011. »

Me Hofstetter a encore produit, le 11 juin 2020, un rapport du Dr L. _____ du 13 mai 2020, dans lequel ce dernier a pris position sur le rapport d'expertise. Il a à nouveau regretté que l'expertise ait été effectuée par le biais d'un interprète. Il a également fait grief au rapport d'avoir à peine mentionné le suivi effectué par le Dr M. _____ jusqu'en octobre 2015, estimant la capacité de travail entière depuis 2015 totalement irréaliste. Le Dr L. _____ a en outre listé les points de l'expertise avec lesquels il n'était pas d'accord, estimant les conclusions de l'expert hors de propos, injustes et contestables.

Par avis du 7 octobre 2020, la Dre V. _____ du SMR a indiqué que les conclusions de son précédent avis du 10 février 2020 restaient inchangées, et qu'il n'existait pas d'éléments objectifs justifiant une modification significative de l'état de santé psychique et/ou somatique de

l'assuré depuis l'expertise bidisciplinaire de mai 2019, qui était toujours jugée convaincante.

Le 24 novembre 2020, l'OAI a écrit à l'avocat de l'assuré pour prendre position sur son courrier du 11 juin 2020. Il a joint à son envoi une copie de l'avis SMR du 7 octobre 2020, auquel il se ralliait. Il a informé l'intéressé que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et qu'il recevrait prochainement une décision contre laquelle il lui serait loisible de recourir, et dont le présent courrier faisait partie intégrante.

Le 4 mars 2021, l'OAI a adressé à l'assuré une décision lui reconnaissant le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016.

Le 10 mars 2021, l'avocat de l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du Dr L. _____ du 7 décembre 2020.

Le 15 mars 2021, l'OAI a fait savoir au conseil de l'assuré que la position du Dr L. _____ lui était déjà connue, et qu'elle avait été prise en compte dans l'analyse du SMR, laissant le soin à l'assuré de recourir auprès du Tribunal cantonal s'il n'était pas d'accord avec la décision.

B. Par acte du 22 avril 2021, P. _____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2014 (réd. : sans limitation dans le temps), et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir que son état n'a pas connu d'amélioration à partir du mois de janvier 2016. Plus spécifiquement, il fait grief à la décision attaquée de n'aborder que le volet somatique de ses troubles, et en particulier d'avoir retenu comme adaptée la profession d'agent de sécurité, alors qu'il ne peut manipuler avec sa main droite que des charges jusqu'à 10 kg. Il estime ensuite que c'est surtout sous l'angle psychiatrique que la décision attaquée est

« brinquebalante ». Il note dans ce cadre que si le Dr B._____ a fait état d'une pleine capacité de travail depuis fin 2015, il a aussi insisté sur la nécessité d'une réadaptation au travail, préconisant une reprise par étape. Il estime qu'en retenant une pleine capacité de travail dès janvier 2016, l'intimé s'est ainsi écarté de l'appréciation de l'expert et a versé dans l'arbitraire. Dans un autre moyen, il plaide qu'il est incompréhensible qu'un expert de langue allemande ait expertisé un patient francophone, quand bien même un interprète était présent. Le Dr L._____ a du reste relevé à cet égard que le rapport d'expertise était « totalement déconnecté de la réalité clinique » de son patient. Le Dr L._____ a en outre établi un rapport fouillé le 13 mai 2020, dans lequel il critique lui aussi le fait que l'expertise ait été effectuée par le biais d'un interprète. Le recourant reprend les critiques formulées par son psychiatre traitant dans ce rapport. Ce dernier estime que les experts n'ont pas tenu compte de « pans entiers » du dossier, dont notamment le rapport du Dr M._____ du 28 mai 2015, se contentant d'évoquer un « courrier à l'AI ». Il y aurait également des insuffisances s'agissant des tests sanguins réalisés par le Dr AC._____. Pour le Dr L._____, une capacité de travail entière chez son patient est « irréaliste », et reflète une incompréhension des experts « qui accumulent des contresens, des erreurs de diagnostics et une réelle mauvaise foi ». Le Dr L._____ note en particulier ne pas voir ce qui pourrait être assimilé à un milieu adapté pour un assuré manuel qui a perdu l'usage de sa main dominante, sans que ne lui soit proposée une formation. Le Dr L._____ déplore encore que les experts n'aient pas mentionné toutes les démarches entreprises par son patient pour trouver un travail en dépit de son handicap. Un parti pris du Dr B._____ serait illustré par la référence à l'indication d'une fausse date imputée au Dr L._____ dans son rapport du 15 décembre 2017, alors qu'il s'agit d'une coquille. Le Dr L._____ estime que le discours de son patient n'est pas empreint de « théâtralité », ce dernier étant certes légitimement révolté sur son sort, mais avec réserve et pudeur. Le Dr L._____ relève la mécompréhension des experts face à la phobie automobile de son patient, et évoque des erreurs d'appréciation. Ainsi, il est faux pour le Dr L._____ de retenir que la motivation en termes de reprise d'activité professionnelle est abolie. Le psychiatre traitant estime encore que la discussion

diagnostique pour écarter le SSPT est « surréaliste », et prétendre que l'intéressé ne présente aucun trouble psychique significatif est « contre-factuel ». Il conteste aussi le trouble de l'amertume, ce diagnostic ne figurant pas dans le DSM V. A cela s'ajoute que les experts n'ont pas tenu compte de l'aggravation des symptômes apparue après 2015. Le recourant plaide encore que quand bien même les appréciations du Dr L._____, notamment celles du 13 mai 2020, ont été portées à la connaissance de l'OAI le 11 juin 2020, ce dernier ne les a pas prises en considération, se limitant à renvoyer à l'avis du SMR du 7 octobre 2020 (recte : 10 février 2020) L'intimé ne s'est en outre pas prononcé sur le rapport complémentaire du Dr L._____ du 7 décembre 2020. Le Dr L._____ y a relevé que l'expert était passé à côté de la dimension traumatique vécue par son patient, et a posé des diagnostics fantaisistes relevant de préjugés discriminatoires, ce qui verse dans la prévention. Finalement, le recourant expose qu'il présente bel et bien une totale incapacité de travail invalidante, tant en raison de ses troubles somatique que psychiatrique. Il requiert que le rapport d'expertise de l._____ soit retranché de son dossier, et demande, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, orthopédie, et psychiatrie). Avec son écriture, il a produit un onglet de pièces sous bordereau, dans lequel figure le rapport du 7 décembre 2020 du Dr L._____ à Me Hofstetter, à la teneur suivante :

« Cher Maître,

Je suis évidemment scandalisé par la prise de position de l'AI, elle met en cause mon objectivité pour accorder crédit, en ce qui concerne le psychiatre, à un expert ne parlant pas la langue du patient, ce qui est une aberration dans cette spécialité, passé totalement à côté de la dimension traumatique de cette triste histoire et, plus grave encore, posant un diagnostic fantaisiste relevant de préjugés discriminatoires : donner à penser que le patient chercherait un bénéfice pécuniaire à travers une dramatisation de sa pathologie, comme auraient tendance à le faire les sujets de cette origine culturelle est proprement inacceptable et en totale contradiction avec la seule demande, invariablement exprimée par le patient : qu'on lui permette de travailler grâce à une formation adéquate.

Etant donné le biais avec lequel l'A.I. évalue ma position, je ne sais trop que faire de plus pour étayer l'action que vous pouvez mener afin d'obtenir réparation pour ce patient, dont la situation ne fait que s'aggraver au fil des mois et des années à cause du refus obstiné qu'on lui refuse de manière si injuste. »

Par réponse du 28 juin 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 25 août 2021, le recourant a maintenu sa position. Le 31 août 2021, il a produit un nouveau rapport, du 30 août 2021, du Dr L._____, qui a notamment indiqué qu'un juriste responsable du recrutement des psychiatres experts auprès de l'AI, qui l'avait contacté à cet effet, avait exprimé son incrédulité lorsqu'il lui avait rapporté que l'un de ses patients avait été expertisé en Suisse alémanique, par un expert ne parlant pas français ; il avait « manifestement du mal à [me] croire », puisque l'« on a pourtant de nombreux experts psychiatriques en Suisse romande ».

Dans sa duplique du 8 septembre 2021, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. S'agissant du rapport du Dr L._____ et de ses allégations, l'intimé a relevé que dans le cas d'espèce, l'expertise mise en œuvre devait notamment comporter une évaluation complète des capacités fonctionnelles (ECF). Or, ce type d'évaluation n'est pratiqué que par un nombre limité de centres, dont - en Suisse romande - celui de la clinique H._____, laquelle est liée à [...]. Or, comme l'intéressé contestait également une décision de la CNA, l'expérience de l'intimé lui avait montré que H._____ se refusait dans une telle situation. C'était dès lors dans ce contexte que le mandat avait dû être adressé au l._____.

Le 14 septembre 2021, le recourant a maintenu sa position.

Le 5 octobre 2021, l'intimé a adressé au Tribunal une communication interne du 4 octobre 2021, à la teneur suivante :

« En référence aux écrits de Me Hofstetter des 31.08.2021 et 14.09.2021 :

J'ai partagé une visioconférence avec le Dr L._____ le 28.05.2021, suite à l'intérêt qu'il avait manifesté de réaliser des expertises dans le domaine AI. Au cours de notre échange il a exprimé son incompréhension quant au fait qu'un de ses patients avait été convoqué pour une expertise psychiatrique en Suisse alémanique. Il est correct d'affirmer que j'ai partagé son incompréhension car je

n'ai pas souvenir d'une seule situation dans laquelle nous aurions attribué un mandat d'expertise psychiatrique en Suisse alémanique.

Lors de la discussion précitée, d'ordre général sur le thème des expertises psychiatriques, je n'avais aucune raison de connaître la situation concrète de cet assuré et ce qui n'a pas été précisé est que l'expertise psychiatrique faisait partie d'un mandat plus large, lequel comportait en l'occurrence également un volet rhumatologique avec évaluation des capacités fonctionnelles.

Fort de cette information complémentaire, on comprend dès lors pourquoi l'expertise a été réalisée outre-Sarine, le seul établissement romand proposant l'évaluation des capacités fonctionnelles ne pouvait entrer en ligne de compte, l'assuré y ayant été soigné.

En d'autres termes, la situation concrète de cet assuré ne s'inscrit pas dans le contexte dans lequel j'ai effectivement manifesté de l'incompréhension le 28.05.2021. »

Le 11 octobre 2021, l'avocat du recourant a une nouvelle fois déploré que l'expertise ait été confiée à un « médecin de langue allemande ne parlant pas le français », qui avait dû faire appel à un traducteur, ce qui aurait dû conduire à retenir que l'expertise en question était dénuée de toute valeur probante.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'étendue du droit aux prestations du recourant, singulièrement l'octroi d'une rente entière, sans limitation dans le temps.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

b) 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 réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). Aux termes de l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Dans ce contexte, lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

e) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part,

des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt

qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

g) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

h) On ajoutera que s'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne

libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016. Par la suite, il lui a nié le droit à la rente, en retenant qu'à compter du mois de janvier 2016, son état de santé s'est amélioré, et qu'il présente depuis lors une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (manipulation de charges jusqu'à 10 kg, rarement, la main droite pouvant être utilisée comme main de secours). Tel serait le cas des activités de conseiller de vente, d'agent de sécurité, ou d'agent de contrôle qualifié.

Cette appréciation est fondée sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 16 décembre 2019 des Drs A._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein de I._____.

b) Sur le plan somatique, le recourant a été victime, lors de l'accident de la nuit du 4 au 5 novembre 2011, d'une chute de sa hauteur dans des escaliers. Il a été opéré le 5 novembre 2011 à la clinique G._____, pour une section des tendons fléchisseurs profonds et superficiels, avec suture des lombricaux des doigts D2 et D3, et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite. Après une évolution de l'état de santé qualifiée de favorable selon les chirurgiens de la clinique G._____ (cf. rapports du Dr Y._____ des 11 avril et 2 mai 2012 et du Dr Q._____ du 2 août 2012), son état s'est détérioré, ce qui a conduit à un premier séjour de l'assuré à la clinique H._____, du 28 novembre 2012 au 8 janvier 2013. A cette occasion déjà, les médecins de la clinique H._____ étaient d'avis que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.

Par la suite toutefois, le Dr X. _____ a qualifié la situation de « catastrophique » lors de son examen du 17 juin 2013. Lorsqu'il a revu l'assuré, le 9 novembre 2015, il a cependant constaté que si la main droite était toujours mise de côté, « en tout cas en situation d'examen », elle était loin d'être dépourvue de marques d'utilisation, et son aspect était pratiquement normal. A la suite d'une ténolyse des fléchisseurs de l'index et du majeur droits à la paume le 15 février 2016 auprès de la clinique G. _____, le Dr D. _____ a décrit une évolution favorable sur les plans fonctionnel et psychologique, indiquant même ne pas voir d'obstacle à la reprise de l'activité habituelle de traceur et monteur en ventilation (cf. rapport du 25 avril 2016). Le Dr X. _____ a également noté le 15 juin 2016 que le patient était content de l'intervention, et qu'il n'y avait pas beaucoup d'évolution par rapport à la situation observée à fin 2015, estimant dès lors que rien ne s'opposait, du point de vue médico-théorique, à ce que l'assuré travaille à plein temps dans une activité légère ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Finalement, dans le cadre de l'expertise auprès d'I. _____, après avoir pris connaissance de toutes les pièces du dossier, les experts ont retenu dans leur appréciation consensuelle du cas que si l'activité habituelle de spécialiste en construction de systèmes de ventilation et de ferblantier (spécialisé), ainsi que l'apprentissage de ferblantier-couvreur, qui avait été interrompu, n'étaient plus exigibles depuis l'accident du 4 novembre 2011, en raison de la nécessité de l'usage des deux mains et d'efforts physiques dans un domaine pénible, une activité adaptée légère, avec utilisation de main droite comme main de secours, demeurerait quant à elle exigible, toute la journée. Le diagnostic retenu avec effet sur la capacité de travail est celui de douleurs chroniques à la ceinture scapulaire et à la main droite avec déficit de fonction et de force de la main droite (état consécutif à une chute survenue le 4 novembre 2011 dans des escaliers avec blessure par des morceaux de verre, état consécutif à une ténolyse des tendons fléchisseurs le 15 février 2016, et état consécutif à une plastie en Z du thénar palmaire sur bride cicatricielle gênante le 24 mars 2017).

Cette appréciation se fonde sur des examens du recourant, et l'étude des pièces de son dossier. L'expert en médecine interne et rhumatologie a également relaté les plaintes de l'expertisé, et examiné les radiographies au dossier, pour ensuite procéder à une évaluation de la situation, ainsi que de la cohérence et de la plausibilité. Le recourant a également fait l'objet d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Toutefois, comme le relève l'expert rhumatologue, à la suite de l'importante amplification des symptômes, de l'autolimitation et du manque de cohérence, les résultats des tests de résistance n'ont pas été exploitables pour l'évaluation. On pouvait toutefois considérer selon l'expert qu'en faisant un bon effort, l'assuré pourrait faire davantage que ce qu'il a montré lors des tests de performance (volet somatique de l'expertise, p. 8).

Le volet somatique de l'expertise remplit tous les réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle n'est au demeurant contredite par aucun médecin somaticien.

Certes, le recourant critique le fait que la profession d'agent de sécurité ait été retenue comme adaptée, alors qu'il affirme ne pas pouvoir manipuler avec sa main droite des charges jusqu'à 10 kg, alors que la profession d'agent de sécurité requiert de pouvoir utiliser les deux mains.

Cet argument tombe à faux. En effet, l'activité d'agent de sécurité n'a été donnée qu'à titre d'exemple. Dans son calcul du salaire exigible du 16 avril 2020, le spécialiste en réinsertion de l'intimé a du reste également indiqué, comme autres exemples d'activités adaptées, celles de conseiller de vente et d'agent de contrôle qualité. Pour le surplus, et comme l'a relevé l'intimé (réponse du 28 juin 2021, p. 2), l'activité d'agent de sécurité est adaptée, pour autant qu'elle implique des tâches légères et plutôt statiques (telles que contrôle et surveillance dans un magasin ou une institution : banque, poste, etc.), par exemple surveillance vidéo ou contrôles des entrées et sorties. Si une activité sur le

terrain impliquant des déplacements (conduite) et des ouvertures/fermetures régulières de portes semble moins adaptée, il n'en reste pas moins que le marché équilibré du travail offre un large éventail d'activités légères et adaptées à la situation du recourant.

Le recourant reproche également à l'intimé d'avoir retenu une pleine capacité de travail depuis fin 2015, alors que les experts avaient insisté sur la nécessité d'une réadaptation au travail, préconisant une reprise par étape. Certes, l'appréciation consensuelle retient un certain temps d'accoutumance, estimant qu'une adaptation au travail par un renforcement de l'utilisation de la main droite comme main de secours ne devrait pas durer plus de trois mois (volet consensuel, ch. 4.3 et 4.10). Il en résulte également que cette période peut être limitée à trois mois, car il faut admettre, au vu du trophisme musculaire présent et de la fonction résiduelle, que la main est davantage utilisée dans la réalité que ce qui a été montré. Dès lors que l'expert somaticien estime que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée au plus tard deux ans après l'accident du 4 novembre 2011, sous réserve de six mois d'incapacité de travail après la deuxième intervention chirurgicale et de trois mois après la troisième, on peut dès lors retenir que l'intimé pouvait retenir la récupération de l'exigibilité début 2016.

Le recourant ne fait pour le surplus valoir aucun autre moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise confiée à I._____, qui ne prête pas le flanc à la critique, en tant que les experts retiennent, au terme de leur appréciation consensuelle, que l'activité habituelle n'est plus exigible depuis l'accident du 4 novembre 2011, vu la nécessité de l'usage des deux mains et d'efforts physiques dans un domaine pénible, mais entière au moins depuis 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité légère avec manipulations de charges jusqu'à 10 kg rarement, la main droite pouvant être utilisée comme main de secours.

c) S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire, les critiques du recourant tendent pour l'essentiel à

déplorer le fait qu'il ait été confié à un expert psychiatre de langue allemande. Son psychiatre traitant s'en insurge dans ses rapports des 5 et 13 mai, 7 décembre 2020, et 30 août 2021, et se prévaut aussi à cet égard d'un échange téléphonique avec un juriste de l'intimé, qui aurait lui aussi été étonné que l'expertise ait été confiée à un psychiatre de langue allemande.

Le recourant ne peut toutefois être suivi dans ses explications. En effet, s'il est exact que l'expert psychiatre est de langue allemande, il faut relever que le recourant a été assisté d'une traductrice personnelle et indépendante de langue française durant tout l'entretien. A cet égard, le recourant, en Suisse romande depuis l'âge de dix ans, zone linguistique dans laquelle il a ensuite été scolarisé, et désormais naturalisé, n'établit pas qu'il ne posséderait pas de connaissances suffisantes en français pour participer à un entretien d'expertise psychiatrique en présence d'une traductrice en français. A cela s'ajoute qu'à suivre le recourant, finalement, toutes les expertises réunissant un interprète devraient, *ipso facto*, se voir dénier toute valeur probante ; pourtant, un très grand nombre d'expertises, psychiatriques notamment, est réalisé en présence de traducteurs, dont la seule présence ne revient pas à ôter toute valeur probante à l'expertise rédigée par la suite.

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de rappeler que dans le contexte d'exams médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète (TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012, consid. 4.1).

En l'occurrence, le psychiatre traitant déplore de façon générale que l'expert psychiatre n'ait pas été de langue française, sans indiquer cependant que, dans le cas d'espèce, son patient n'aurait pas été

en mesure de comprendre les questions posées, ni d'y répondre de manière complète et compréhensible pour l'expert. On rappellera pour autant que de besoin que l'examen a bien eu lieu en présence d'une interprète de langue française, dont rien ne permet de retenir qu'elle aurait faussé la traduction des propos du recourant, ou de l'expert.

S'il est exact par ailleurs que le juriste de l'intimé, ainsi qu'il l'a admis, a partagé l'incompréhension du psychiatre traitant quant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès d'un expert psychiatre de langue allemande, ce juriste a toutefois précisé qu'il ne connaissait pas la situation concrète de cet assuré, ni le fait que l'expertise psychiatrique faisait partie d'un mandat plus large, lequel comportait également un volet rhumatologique avec évaluation des capacités fonctionnelles. Les explications du juriste de l'AI n'ont pas lieu d'être remises en cause. On notera encore que l'intimé a informé le 8 novembre 2018 les Drs AC. _____ et L. _____, ainsi que l'avocat du recourant, de la réalisation d'une expertise auprès de I. _____, sans qu'aucun d'eux ne réagisse.

Ainsi, le fait que l'expert psychiatre ait été de langue allemande, ce qui est certes inhabituel, ne suffit pas à nier d'emblée toute valeur probante au rapport d'expertise du 16 décembre 2019 de I. _____. Cette situation particulière tient à la nature du mandat d'expertise, qui comprenait une évaluation des capacités fonctionnelles du recourant, et devait être réalisée en dehors de la clinique H. _____, puisque le recourant y avait séjourné à plusieurs reprises, et qu'en pareil cas, comme l'a expliqué l'intimé dans sa duplique du 8 septembre 2021, H. _____ se serait récuser, le recourant ayant également contesté la décision rendue par la CNA. Il n'y a dès lors pas lieu de « retrancher du dossier » l'expertise confiée à I. _____, ainsi que le requiert le recourant, pas plus que de lui nier toute valeur probante, du seul fait qu'elle aurait été réalisée par un psychiatre de langue allemande.

d) Le recourant s'en prend ensuite à la teneur du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire, en se référant pour l'essentiel aux rapports de son psychiatre traitant établis à la suite de l'expertise.

Le recourant a fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique par le Dr M._____, qui a débuté à l'été 2014, puis par le Dr L._____. Le 19 février 2015, le Dr M._____ faisait part au Dr O._____ de la CNA qu'il avait pu commencer l'hypnose avec son patient, et que ce dernier l'utilisait très bien ; les symptômes de dépression reculaient, et l'humeur et l'énergie s'amélioraient.

Lorsque le cas du recourant a été soumis au Dr J._____, psychiatre auprès de la CNA, ce dernier a estimé dans son rapport du 30 juillet 2015 que l'on ne pouvait parler chez le recourant d'état de stress post-traumatique, « car même l'accident de la route de 2008 n'atteint pas la catégorie d'événement catastrophique requis pour en faire le diagnostic ». Le Dr J._____ a du reste alors bien noté qu'à la suite de l'accident de la route de 2008, il n'y avait pas eu de trouble psychiatrique important. L'assuré avait ainsi su dépasser une tendance à la peur et aux angoisses et avait repris une activité professionnelle, malgré le fait d'avoir perdu sa place d'apprentissage. Il avait fait preuve de résilience à la suite de ce premier accident. Quant à l'événement de 2011, le Dr J._____ estimait que s'il n'avait pas eu lieu, il était difficile de penser que les mêmes troubles seraient survenus chez l'assuré, notant toutefois que ce dernier se trouvait dans une dynamique de renforcement du rôle de passivité, de victime, qui avait déjà un modèle d'une situation semblable par son père, dont la rente d'invalidité était vue par l'intéressé comme un fait naturel évident et non questionnable.

Le 26 novembre 2015, le Dr L._____ a fait état d'une amélioration de l'état dépressif, notant que le patient restait très handicapé par sa main droite, ce qui affectait son humeur. Le 29 mai 2016, il a indiqué que son patient avait très bien réagi à la thérapie assurée par le Dr M._____, et que sa symptomatologie dépressive s'était amendée. Il conservait toutefois des éléments phobiques, mais malgré cela, « sa motivation à retravailler demeur[ait] entière et l'établissement d'un projet professionnel ser[ait] une étape importante dans le parachèvement de sa guérison psychique ».

Le Dr X._____, qui n'est certes pas psychiatre, a lui aussi constaté lorsqu'il a examiné l'assuré le 15 juin 2016 que celui-ci était content de l'intervention, et voulait s'investir dans un projet professionnel pour avoir une meilleure estime de lui-même. Cette appréciation est partagée par le Dr D._____, qui a noté le 25 avril 2016 une évolution favorable aux plans fonctionnel et psychologique. De même, dans le cadre du deuxième séjour du recourant à H._____, celui-ci a été vu par la psychiatre R._____, qui a estimé dans un rapport du 12 octobre 2016 qu'il était difficile de retenir l'essentiel des diagnostics posés par le psychiatre traitant, retenant uniquement ceux d'épisode dépressif moyen et de phobies multiples, tous deux en amélioration, ainsi que celui de troubles du sommeil. Dans ce cadre, la Dre R._____ a notamment observé que le recourant attendait une reconversion, se considérant comme handicapé. Quant à l'humeur, il ne présentait pas d'anhédonie, ni d'aboulie. Il parvenait à prendre du plaisir avec son enfant, à élaborer des projets professionnels, et à reprendre une activité sportive régulière. Enfin, pour sa part, le Dr Z._____ du SMR a estimé par avis du 7 mars 2017 que la capacité de travail était entière dès la sortie de H._____, en novembre 2016. Finalement cependant, le Dr Z._____ a estimé par avis du 15 octobre 2018 qu'il y avait lieu de faire une expertise comportant également un volet psychiatrique, afin de faire la synthèse de l'histoire psychique de l'assuré, et le point quant à une éventuelle atteinte durable à la santé psychique qui entraînerait une incapacité de travail ou une limitation de l'exigibilité de la capacité de travail dans une activité adaptée.

C'est dans ce contexte qu'une expertise a été confiée à I._____.

Après avoir étudié le dossier du recourant, et procédé à son examen, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur celle-ci, il a retenu ceux d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), d'autre réaction à un facteur de stress sévère (F43.8) sur état consécutif à un état aigu de stress post-

traumatique (F43.1), ainsi que celui de difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (Z73). Pour lui, la capacité de travail était entière, au plus tard depuis la fin 2015.

L'expert psychiatre a eu accès à l'entier des pièces figurant au dossier du recourant. Le Dr L. _____ lui fait grief de n'avoir pas tenu compte de « pans entiers » du dossier, citant notamment le rapport du Dr M. _____ du 28 mai 2015. Or, l'expert a bien mentionné le suivi psychiatrique qui était initialement assuré par le Dr M. _____, notamment en pages 9 et 13 du rapport d'expertise concernant le volet psychiatrique. A cet égard, il importe notamment, pour qu'un rapport d'expertise puisse se voir reconnaître valeur probante que la description du contexte médical soit claire. L'expert n'a pas nécessairement à résumer toutes les pièces du dossier. Dans le cas d'espèce au demeurant, il est établi que l'expert a bien pris connaissance des rapports établis par le Dr M. _____, entre autres. Ainsi, l'allégation du Dr L. _____, reprise par l'avocat du recourant, selon laquelle des « pans entiers » du dossier n'auraient pas été pris en compte, n'est pas établie.

Pour le surplus, l'expert a listé les plaintes du recourant, décrit avec soin son anamnèse, puis le déroulement de ses journées. Il a ensuite établi ses constatations. A cet égard, il a relevé que l'attention et la concentration ne diminuaient pas au cours de l'entretien (p. 11 du rapport d'expertise psychiatrique). Quant à la personnalité de l'assuré, il a noté que sa structure apparaissait comme légèrement narcissique, histrionique, intransigente, voulant toujours avoir le dernier mot ; il était incapable de lâcher prise, de changer son opinion sur les questions importantes, son comportement semblant « passif-agressif ». S'agissant de son sens aigu de la justice, il était capable de mobiliser des énergies considérables pour défendre ses convictions et de s'y accrocher. Quant à la motivation en termes de reprise d'une activité professionnelle, elle était abolie (p. 12 du rapport d'expertise psychiatrique). Les déclarations du recourant sur le monde du travail et les possibilités de son intégration professionnelle semblaient en tout point de vue peu précises et ambivalentes ; la motivation pour atteindre ses objectifs (peu clairement) formulés,

montraient en revanche des signes d'une véhémence élevée, et d'une force de mobilisation (p. 12 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a relevé à cet égard que le recourant estimait avoir été mal traité à deux reprises (en 2008 et 2011) à l'Hôpital W._____, contre lequel il avait déposé plainte, pour non-assistance ou faute médicale, cette procédure étant encore en cours. Lorsque le recourant parlait de cet établissement hospitalier, il haussait le ton, et mobilisait des énergies considérables pour défendre son point de vue ; il accusait aussi d'autres médecins, et des assurances, de diverses omissions, se voyant comme une victime à tous points de vue (p. 13 du rapport d'expertise psychiatrique).

L'expert a ensuite pris le soin de résumer la prise en charge du recourant, qui avait débuté avec le Dr M._____, et s'était poursuivie avec le Dr L._____. L'expert psychiatre a pris position sur les allégations du recourant et de son psychiatre, en les détaillant. S'agissant ainsi des troubles de la vision avancés, qui ne permettraient pas au recourant de lire des textes assez longs et de travailler sur un ordinateur, ce qui serait, de son avis, de nature à l'empêcher d'entreprendre une formation professionnelle puisqu'il ne pourrait pas lire un manuel, l'expert a noté que le Dr M._____ avait constaté que ces troubles étaient améliorés en 2015 déjà ; en outre, il n'y avait aucune étiologie ophtalmologique à ces troubles, plutôt imputables à une tendance à la somatisation (p. 13 du rapport d'expertise psychiatrique). Quant au syndrome de stress post-traumatique, le Dr L._____ insiste, depuis son rapport du 22 octobre 2018, sur le fait que tant la CNA que l'intimé seraient passés à côté de cet élément central, à savoir ledit syndrome, majeur, consécutif au dernier accident où son patient « faillit mourir suite à une brèche artérielle non diagnostiquée ». Or, comme l'ont relevé tant la CNA dans sa décision sur opposition du 21 mars 2018, que la Cour des assurances sociales dans son arrêt AA 82/18, entré en force, les circonstances de l'accident de 2011 ne sont objectivement pas impressionnantes, s'agissant d'une chute involontaire à hauteur d'homme. En outre, le protocole opératoire du 5 novembre 2011 établi à la clinique G._____ par le Dr Y._____ ne fait pas état d'une artère sectionnée, d'une importante hémorragie, ou d'une situation d'urgence vitale, contrairement à ce qu'indique le Dr L._____

ou son patient. Une telle situation n'est pas davantage décrite dans le rapport du 29 janvier 2013 des Drs F. _____ et C. _____ faisant suite au premier séjour du recourant auprès de H. _____, document par ailleurs très complet. Quant à l'expert psychiatre, il a lui aussi largement pris position sur ce diagnostic. Après avoir rappelé avec précision ce qu'est un syndrome de stress post-traumatique (SSPT), il a noté que le comportement du recourant dans la situation de l'examen, ainsi que ses indications sur les symptômes, qui ont été obtenues aussi à l'aide d'un interrogatoire structuré, ne correspondaient ni à des intrusions involontaires, ni à de l'anxiété, ni à une excitation lors de la confrontation avec les événements, le comportement du recourant apparaissant bien davantage contrôlé, forcé, et en partie aussi théâtral. Ainsi, à l'exception de « visions » lors de la conduite d'une voiture, de la vision d'une lumière comme souvenir de la clinique G. _____, aucun autre trouble type particulier ne pouvait être mis en lien avec un SSPT, les autres indications étant tout au plus aspécifiques, voire contradictoires (p. 14 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a encore noté que chez les sujets souffrant d'un SSPT, il y avait un trouble de la régulation des sentiments, dans lequel des émotions étaient en partie vécues comme insupportables ou incontrôlables ; il y avait aussi des altérations persistantes de l'image de soi et les patients se sentaient inutiles, inférieurs, mauvais et coupables. Au contraire, le recourant se montrait sûr de lui, et cohérent ; il ne manifestait aucun sentiment de culpabilité, mais accusait ses médecins et les assurances responsables. Le recourant voyait une solution du problème si les causes présumées se modifiaient, et que l'on demandait des comptes aux responsables (p. 14 du rapport d'expertise psychiatrique). Sur la base de l'anamnèse et du dossier, l'expert ne pouvait ainsi pas diagnostiquer un SSPT, mais faisait plutôt état d'un trouble de l'amertume, dans lequel il y avait le vécu d'une humiliation ou d'une injustice, l'amertume étant l'émotion prédominante (p. 15 du rapport d'expertise).

L'expert a ensuite examiné si le recourant présentait un autre trouble psychique significatif, ce qu'il a exclu (p. 15 du rapport d'expertise psychiatrique). Il a estimé qu'il fallait admettre chez lui une légère

réaction d'adaptation retardée (F43.8) qui, malgré des événements originaux stressants, était présentement associée à des symptômes non spécifiques, et s'accompagnait d'amertume. Les possibilités thérapeutiques psychiatriques étaient loin d'avoir été épuisées à ce jour. L'expert a également noté que le recourant, par son comportement, empêchait une modification des modèles de coping dysfonctionnels, ce à quoi l'abandon des activités de la vie quotidienne contribuait de façon importante. En agissant de la sorte, il s'était engagé dans un cul-de-sac, et il cherchait maintenant à surmonter les problèmes qui en résultaient, en faisant valoir avec une grande véhémence des besoins de prise en charge. Toutefois, les troubles décrits actuellement n'avaient pas de valeur pathologique significative, et ce depuis au plus tard la fin de 2015 (p. 16 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a enfin procédé à l'appréciation de la cohérence des constatations (p. 16 du rapport d'expertise psychiatrique). A cet égard, il a noté que le recourant donnait des informations sélectives sur sa biographie, et que les troubles psychiques et les déficits fonctionnels dont il se plaignait ne pouvaient pas être considérés comme cohérents et plausibles ; pour une grande partie d'entre eux, ils n'étaient pas reproductibles et compréhensibles dans le cadre de l'examen psychiatrique. Sous l'angle de l'évaluation des ressources, l'expert psychiatre a en outre relevé qu'il y avait chez le recourant des fonctions mentales normales, actuellement sans anomalies psychopathologiques significatives. Les activités dans le domaine professionnel étaient en jachère du fait du comportement de ménagement et d'évitement ; il ne pouvait pas non plus effectuer des travaux ménagers, ce qui semblait incompréhensible et ne pouvait pas s'expliquer sur le plan psychiatrique. Pour l'expert, le recourant était manifestement en mesure auparavant d'acquérir des compétences spécialisées et de les mettre en œuvre. Il n'y avait cependant actuellement aucune raison psychiatrique permettant de comprendre pourquoi, chez ce jeune assuré, ces capacités devraient être perdues. Sa capacité d'adaptation dans le domaine domestique était manifestement bonne, et il pouvait aussi l'influencer intentionnellement. Intellectuellement, le recourant était en mesure de structurer et d'organiser des tâches. Sa flexibilité semblait présentement légèrement réduite, ce qui pouvait également s'appliquer à

sa capacité de changement. L'endurance s'était révélée bonne lors de l'examen psychiatrique actuel, qui avait largement duré plus de trois heures, malgré les efforts intellectuels. Ceci pourrait selon l'expert être reporté sur son activité professionnelle (p. 16 du rapport d'expertise psychiatrique). Dans le cadre de son activité professionnelle, le recourant devait aussi prendre des décisions ; du reste, il avait actuellement pris des décisions et les avait défendues de manière presque intransigeante, ce qui parle en faveur d'une bonne capacité de décision et d'une force du moi élevée. Il était tout à fait capable de s'affirmer (p. 17 du rapport d'expertise psychiatrique).

S'agissant enfin du pronostic, l'expert estime qu'il dépend surtout de facteurs liés à la motivation, car le recourant ne fait preuve que d'une faible motivation pour surmonter sa situation actuelle, les ressources personnelles étant pour le reste bonnes (p. 19 du rapport d'expertise psychiatrique).

Finalement, seul le Dr L. _____ conteste les conclusions de l'expert psychiatre, sans apporter d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation étayée et convaincante de l'expert. Il est par ailleurs étonnant que ce spécialiste, en particulier dans son rapport du 22 octobre 2018, estime finalement que c'est la manière dont est traité le dossier de son patient par les administrations concernées, « le sentiment d'incompréhension et d'injustice, bien légitime, qui en résulte » pour lui, qui a contribué, ces deux dernières années, à une « notable aggravation de son état psychique ». Ce faisant en effet, il prend fait et cause pour son patient, sans amener d'éléments psychiatriques objectifs nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte ou déjà décrits dans l'expertise. Pour le surplus, les considérations du Dr L. _____ sur le plan somatique, en particulier relatives au fait qu'il ne verrait pas ce qui pourrait être assimilé à un milieu adapté pour un assuré manuel qui a perdu l'usage de sa main dominante, sortent de son domaine de compétence. Les experts n'avaient en outre pas à mentionner toutes les démarches entreprises par le recourant pour trouver un emploi, puisque leur rôle consistait à établir leur rapport conformément à la « structure de l'expertise » qui leur a été

adressée le 8 novembre 2018. Au demeurant, l'expert psychiatre a fait état dans son volet de l'examen du recourant, des démarches entreprises par celui-ci (page 12 du rapport d'expertise psychiatrique). On peine à suivre le Dr L. _____ lorsqu'il voit un parti pris de l'expert psychiatre illustrée par l'indication d'une fausse date. Pour le surplus, l'expert ne s'est pas contenté de parler de « théâtralité » pour décrire l'attitude du recourant durant l'examen psychiatrique, mais a longuement étayé ses constats. Il a en particulier relevé qu'à mesure que l'interrogation progressait, le rythme de parole du recourant s'accélérait. Il parlait très fort, même avec une légère pointe d'agressivité, faisant constamment des reproches à des médecins traitants, des collègues de travaux, des supérieurs, et tout particulièrement aux assurances impliquées dans son cas. Si des questions étaient désagréables pour lui, il se prenait l'épaule, et la tenait fermement de la main avec un visage tordu de douleur (p. 10 du rapport d'expertise psychiatrique). Cette description ne reflète aucunement la réserve et la pudeur évoquées par le Dr L. _____. Enfin, l'expert s'est exprimé sur la phobie automobile de l'assuré, en relevant notamment que la phobie de l'autoroute n'était plus thématifiée au jour de l'expertise et ne semblait pas significative dans la vie quotidienne (p. 12 et p. 17).

On ne voit pas en quoi l'expert aurait versé dans la prévention, ni posé des « diagnostics fantaisistes relevant de préjugés discriminatoires ». De même, on peine à suivre le recourant, respectivement son psychiatre traitant, lorsqu'il affirme que l'expert serait passé à côté de la « dimension traumatique » qu'il a vécue. Bien au contraire, l'expert a pris le soin de relater longuement le récit du recourant, en pages 4 à 7 du volet psychiatrique de l'expertise, dont l'accident de circulation survenu en 2008, ainsi que l'événement accidentel du 4 novembre 2011, et s'est longuement exprimé sur le diagnostic de SSPT, ainsi qu'exposé ci-avant.

Pour le surplus, dans la mesure où, dans son rapport du 7 décembre 2020, le Dr L. _____ reprend pour l'essentiel les arguments qu'il a fait valoir dans ses précédents rapports, et notamment celui du 13 mai 2020, sur lequel le SMR s'est déterminé le 7 octobre 2020, il ne peut

être fait grief à l'intimé de ne pas s'être déterminé sur le rapport du psychiatre traitant du 7 décembre 2020.

e) Finalement, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise d'l._____ pour retenir une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès la fin 2015.

Il n'y a pas lieu de revenir sur le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimé, qui ne prête pas le flanc à la critique et n'est du reste pas contesté.

L'intimé était ainsi fondé à reconnaître au recourant le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016, et à mettre un terme aux prestations le 1^{er} avril 2016.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 4 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :

