



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 136

Arrêt du 12 novembre 2018

1^{er} Cour des assurances sociales

Composition

Président:

Marc Boivin

Juges:

Erika Schnyder, Marianne Jungo

Greffier:

Alexandre Vial

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Florence Bourqui,
Inclusion Handicap, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 14 juin 2017 contre la décision du 16 mai 2017

considérant en fait

A. A._____, né en 1967, domicilié à B._____, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en date du 10 avril 2013. Il a exposé souffrir d'un trouble du tunnel carpien de la main gauche et d'une allodynie mécanique, lui causant une incapacité totale de travail, depuis le 24 novembre 2012, pour laquelle il avait perçu des indemnités journalières de son assurance-maladie. Il était suivi médicalement pour ces affections, ainsi que pour des troubles psychiques.

Les divers rapports médicaux versés au dossier ont été soumis au Service médical régional Berne-Fribourg-Soleure (ci-après: SMR), lequel a pris position le 4 juillet 2013, en préconisant une expertise psychiatrique, estimant que la symptomatologie présente à la main gauche ne pouvait pas s'expliquer avec le tableau clinique et qu'il pouvait s'agir d'un trouble somatoforme ou d'un syndrome de type trouble de conversion.

L'expertise a été réalisée par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, le 26 septembre 2013 et l'expert a rendu son rapport en date du 13 février 2014. Ce rapport conclut, en substance, qu'aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail ne pouvait être retenu et que l'assuré, qui présentait des traits de personnalité sensitive, avait tendance à la simulation.

B. Après cette expertise et à la demande de l'assureur-maladie, l'assuré a été pris en charge par D._____, du 4 juin au 2 juillet 2014. Il ressort du rapport émis par le Dr E._____, spécialiste en rhumatologie, qu'outre les diagnostics de douleurs chroniques et d'impotence fonctionnelle de la main gauche, le patient présentait aussi un syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC) de la main gauche, ainsi qu'une dystonie en flexion des trois derniers doigts d'origine fonctionnelle. En revanche, la recherche d'une comorbidité d'origine psychiatrique s'est avérée négative. Néanmoins, la capacité de travail a été jugée nulle. Le séjour en clinique semblait toutefois favorable au recourant qui a dénoté une amélioration de sa situation. Le rhumatologue a estimé qu'une activité adaptée, sans force ni manipulations répétées avec la main gauche serait exigible dès novembre 2014, avec une reprise progressive de la capacité de travail.

Consulté sur l'expertise et les rapports de D._____, le SMR a confirmé que les limitations fonctionnelles justifiaient l'incapacité de travail constatée, mais qu'il n'existait aucun diagnostic de comorbidité psychiatrique et de facteurs de gravité qui justifient un droit à prestations de l'AI.

C. Sur cette base, l'OAI a prononcé, le 17 décembre 2014, un projet de décision de rejet de la demande, projet frappé d'opposition de la part de l'assuré. De nouvelles pièces médicales, qui induisaient une capacité de travail réduite, ont été jointes au dossier, en particulier un rapport du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie, du 21 janvier 2015, faisant état d'un trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.1), qualifié de moyen à sévère. Ce médecin a mis en évidence des états dépressifs antérieurs ayant conduit le recourant à une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Consulté sur ce point, le SMR a, le 9 février 2015, retenu un SDRC, lequel n'est pas assimilé par la jurisprudence à un trouble somatoforme douloureux, mais pour lequel des mesures de réadaptation sont possibles, en respectant des limitations fonctionnelles (pas d'activités nécessitant de la force avec la main gauche, ni d'activités avec des mouvements répétés, surtout en rotation et flexion/extension et surtout en force de la main gauche).

D. Le 6 mars 2015, l'OAI a été informé de la mise en place, par l'ORP, d'une mesure du marché du travail (ci-après: MMT), exécutée par le biais de G._____, en qualité de veilleur de nuit

auprès de H. _____ SA à raison de 50%. En plus de cet emploi, l'assuré effectuait des traductions pour divers organismes.

Lors d'un entretien avec l'OAI, le 6 décembre 2015, le recourant a mentionné avoir augmenté son temps de travail à 100%, pour des raisons financières, tout en admettant que, si cette activité n'était pas physiquement lourde, elle était psychologiquement difficile à vivre, en raison des horaires de nuit.

E. Le 4 mai 2016, l'assuré a signalé une aggravation de son handicap et une crise psychique suite au décès de son frère, qui lui ont valu un arrêt de travail, médicalement attesté, dès le 29 mars 2016. L'OAI a demandé aux médecins-traitants un rapport sur l'évolution de la situation. La Dresse I. _____, spécialiste en médecine interne, a conclu, dans un rapport du 27 juin 2016, à un état stationnaire, sans changements de diagnostics. Elle indiquait également que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et que seule une activité très légère à 50% pouvait être envisageable.

Le 13 juillet 2016, le Dr F. _____, psychiatre-traitant, a considéré que l'état de santé s'est aggravé; il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (CIM 10 F33.1) et un syndrome de stress post-traumatique important (F 43.1). Selon ce spécialiste, l'assuré devait pouvoir bénéficier d'une réadaptation dans une activité professionnelle plus adaptée et sans horaire de nuit. Il a confirmé ce diagnostic en date du 1^{er} décembre 2016.

L'OAI a sollicité l'avis du SMR une nouvelle fois le 5 décembre 2016. Ce dernier a maintenu qu'au plan somatique, il n'y avait pas de fait nouveau médicalement attesté. Quant au plan psychiatrique, le SMR a considéré que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être retenu car non conforme à la doctrine médicale et qu'il y avait des contradictions entre les dires de l'assuré, lequel affirmait, lors de l'expertise, ne pas pouvoir faire quoique ce soit, alors que, depuis, il était devenu très volontaire et avait même réduit les doses de son traitement antidépresseur. Au contraire, le SMR y a même vu une amélioration de l'état de santé.

Suite à un échange épistolaire entre le SMR et les médecins-traitants de l'assuré, et vu que le SMR avait maintenu sa position, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de prestations, datée du 16 mai 2017. Le 12 juin 2017 et le 13 juin 2017, les médecins-traitants ont encore adressé des missives à l'OAI pour demander une aide au placement et à la réinsertion professionnelle.

F. Contre la décision de 16 mai 2017, l'assuré, représenté par Inclusion Handicap, Association faîtière des organisations suisses de personnes handicapées, a interjeté recours en date du 14 juin 2017. Il reproche au rapport d'expertise son arbitraire, d'avoir brossé de lui un portrait de simulateur, peu flatteur et très revendicateur. Il critique également le SMR pour n'avoir pas voulu prendre en considération le diagnostic de SDRG, pourtant objectivé par une scintigraphie osseuse. Par ailleurs, il considère que l'OAI n'a rien entrepris pour le réadapter dans une activité appropriée, et ce malgré l'avis du SMR. Il fait valoir que c'est par nécessité financière qu'il a dû rechercher un emploi de veilleur de nuit, lequel a aggravé son état de santé. Il considère que l'examen de sa capacité résiduelle de travail n'a jamais été entrepris par l'OAI et que le traitement de son dossier a été lacunaire. Enfin, il insiste sur le fait qu'il a toujours voulu trouver un emploi adapté et non une rente AI. Il demande un examen rigoureux et objectif de son cas.

Le 3 juillet 2017, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais, de CHF 800.-.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a fait observer, le 11 août 2017, que l'expertise incriminée répondait en tous points aux exigences de la jurisprudence. Il fait valoir que l'expert a clairement exposé pourquoi il a fait valoir la sursimulation de l'assuré, ainsi que ses traits de personnalité sensitive. Par ailleurs, l'expert a aussi examiné d'autres critères pertinents, actuellement exigibles par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, pour confirmer que son atteinte à la santé psychique n'avait aucune répercussion sur sa capacité de travail.

S'agissant de l'aggravation de l'état de santé, l'OAI a déclaré s'être fondé sur les divers avis du SMR qui excluaient toute atteinte à la santé justifiant d'une quelconque prestation de l'AI.

J._____, assureur LPP du recourant a été appelé en cause. Dans une lettre du 11 octobre 2017, il s'est rallié aux conclusions de l'OAI.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Le 9 novembre 2017, l'OAI a transmis de nouvelles pièces versées au dossier par le recourant, concernant une demande de révision en raison de l'aggravation de son état de santé. Le 12 juillet 2018, l'OAI a encore remis au Tribunal cantonal un rapport médical établi par K._____, daté du 22 mai 2018, faisant suite à une hospitalisation de l'assuré du 19 avril 2018 au 11 mai 2018, ainsi qu'une attestation du psychiatre-traitant, datée du 5 juillet 2018, faisant état d'une aggravation de l'état de santé. Enfin, le 18 juillet 2018, l'OAI a adressé une copie de sa lettre au recourant l'informant qu'il statuerait sur sa demande de révision lorsqu'une décision entrée en force serait rendue.

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

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

2.

2.1 A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

2.1.1 Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes.

2.1.2 Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis

en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références).

2.1.3 Cela étant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

3.

3.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 310 et 105 V 156).

3.2 En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références).

3.2.1 S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC

1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

3.3 Lorsqu'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 permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

3.4 Le Tribunal fédéral a également confirmé, dans une jurisprudence récente (arrêt TF 9C_548/2015 du 10.03.2016) qu'en matière d'appréciation des preuves, il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Poser des exigences trop élevées à la possibilité pour l'assuré de soulever de tels doutes au moyen des rapports de ses médecins traitants porterait atteinte à l'égalité des armes et donc à l'art. 6 § 1 CEDH. Dès lors, lorsque la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance est mise en doute par le biais d'un rapport concluant du médecin traitant, il ne suffit pas de se référer en bloc au mandat thérapeutique qui lie celui-ci à son patient pour écarter les doutes en question. Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 p. 470 s.).

4.

4.1 S'agissant des troubles somatoformes douloureux, le TF a précisé la jurisprudence prévoyant qu'ils peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail (ATF 130 V 352; arrêt du Tribunal administratif fédéral C_6988/2010 du 1^{er} mars 2012). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit

être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tels des troubles somatoformes douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. En effet, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb) plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et réf. cit.; ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.3 et réf. cit.; cf. également ATF 127 V 298 consid. 4c i. f.). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.3 i. f.). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert-psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères mentionnés au considérant 2.3.2 ci-dessus – lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.4).

4.2. Depuis le 30.11.2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient

plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comme un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (TF 8C_130/2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

4.3. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie ». Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

5.

Aux termes de l'art. 8 LAI, l'assuré invalide ou menacé d'une invalidité a droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, qu'il ait ou non exercé une activité lucrative préalable. Selon l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA.

L'al. 3 de l'art. 10 LAI prescrit, quant à lui, que le droit s'éteint au plus tard à la fin du mois pendant lequel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après: LAVS) ou à la fin du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences

de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence, 139 V 399). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399).

5.1. Les mesures d'ordre professionnel sont variées afin de réaliser le principe de l'assurance-invalidité selon lequel « la réadaptation prime la rente ». L'office AI doit examiner les possibilités de réadaptation avant d'envisager le versement d'une rente. La gamme des mesures de réadaptation professionnelle prévues ainsi que des prestations connexes est étendue: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, perfectionnement professionnel, reclassement, placement, aide en capital ou remboursement des indemnités journalières et des frais de déplacement.

5.2 S'agissant de l'obligation de réduire le dommage, il existe dans l'assurance-invalidité – ainsi que dans les autres assurances sociales – un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2 p. 209).

6.

Est litigieuse en l'espèce la question du diagnostic relatif à l'atteinte à la santé, en particulier, il s'agit de savoir si cette atteinte répond aux exigences de la loi pour générer l'octroi de prestations de l'AI. Il sied de relever que le recourant ne prétend pas obtenir une rente AI, mais estime devoir bénéficier de mesures de réadaptation, alors que, de son côté, l'OAI, appuyé en cela par le SMR, estime que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé justifiant d'une quelconque mesure de l'AI.

Il ressort des constatations de l'OAI que le recourant souffre « *d'un trouble du registre somatoforme, à savoir d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon les constats médicaux actuels, ils n'ont aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable* ».

6.1. Le dossier médical du recourant est constitué de nombreux rapports émanant de spécialistes en neurologie, rhumatologie, médecine interne, psychiatrie, de la douleur, ainsi que d'une expertise psychiatrique, mandatée par l'OAI, qui a eu lieu le 26 septembre 2013, mais dont les résultats n'ont été communiqués que le 13 février 2014, soit cinq mois plus tard. L'expert a admis la complexité du dossier, mais a qualifié le recourant de « *sur-simulateur* » et de « *personnalité sensitive* ».

Selon l'expert, « *Le trouble de la personnalité sensitive ne saurait être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Celui-ci ne l'a pas empêché de fonctionner dans tous les domaines jusqu'aux faits qui nous occupent. Ce trait de personnalité n'envahit pas la plupart des champs de l'assuré, notamment familial, de façon déterminante. Au vu de ce qui précède, sa capacité de travail est entière. On peut s'attendre à la recrudescence de revendications qui ont d'ailleurs débuté par un courrier à l'assurance invalidité concernant l'expert, pour tenter de disqualifier les conclusions finales qui lui paraissaient être une évidence et qui lui ont été annoncées* ».

Le 4 juin 2014, l'assuré a été hospitalisé à D._____. Les examens qui ont été effectués au cours de cette hospitalisation, entre autres, une scintigraphie osseuse, démontrent un SDRC, ce qui, selon les médecins, est d'autant plus probant que l'examen a été fait 7 mois après le début de la maladie. Le rapport explicite, sur la base des éléments probants au plan médical, la raison du diagnostic. Le rapport exclut également la présence d'une comorbidité psychiatrique.

Dans sa prise de position du 2 octobre 2014, le SMR déclare: « *Du point de vue purement médical, les limitations fonctionnelles constatées justifient l'incapacité de travail attestée. Par contre, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de facteurs de gravité, ce type d'affection n'ouvre pas le droit à des prestations de l'AI en vertu des principes juridiques et jurisprudentiels régissant les assurances sociales* ».

Un rapport psychiatrique établi le 21 janvier 2015 par le Dr F._____ indique que « *L'aggravation des plaintes somatiques constatées dans les différents rapports est liée au diagnostic principal de trouble dépressif récurrent (Diagnostic CIM-10 F.3.1), évoluant depuis 2005, date de la première hospitalisation [du recourant] à la clinique de L._____, à 3 reprises (2005, 2008, 2010), suivis (sic) d'épisodes de récupération complète avec rechutes ensuite. (...) Le suivi thérapeutique a mis en évidence des symptômes dépressifs et encore actuellement [le recourant] souffre d'une baisse de l'humeur importante, de troubles du sommeil massifs, de difficultés de concentration, d'irritabilité, d'un sentiment d'impuissance, d'une baisse de motivation* ».

Une nouvelle prise de position du SMR, datée du 19 février 2015, semble admettre l'existence du SDRC, tout en considérant que ce symptôme n'est pas assimilé par la jurisprudence aux troubles somatoformes douloureux. Néanmoins, le SMR confirme que des mesures de réadaptation sont possibles « *de suite* », à plein temps. Et le SMR de préciser encore: « *La main atteinte étant la main non dominante, le handicap devrait rester modeste dans une activité parfaitement adaptée. Les limitations fonctionnelles à respecter sont: pas d'activité nécessitant de la force avec la main gauche, ni d'activités avec mouvements répétés surtout en rotation et flexion/extension de la main gauche, surtout en force* ».

6.2. En attendant qu'il soit statué sur son cas, l'assuré s'est inscrit à l'assurance-chômage, comme c'est le plus souvent le cas des personnes annoncées à l'assurance-invalidité et dont le dossier est pendant. L'ORP ayant fait preuve de plus de célérité que l'OAI, le recourant a été mis au bénéfice d'une MMT, dès le 6 mars 2015, alors que le premier entretien du conseiller en réadaptation professionnelle de l'OAI a eu lieu seulement le 19 décembre 2015. Il s'agissait en l'occurrence d'un stage dans une activité de pliage de papier, qui s'est soldé par un échec, en raison d'une impotence fonctionnelle complète.

L'assuré, toujours en attente d'une intervention de l'OAI, a trouvé une activité de veilleur de nuit dans un foyer pour requérants d'asile géré par H._____, à 50%. Cette activité a ensuite été augmentée à 100%, par l'occupation d'un 2^{ème} poste dans un autre foyer. Toutefois, aux dires des médecins-traitants, elle a, semble-t-il, aggravé l'état de santé du recourant, bien que le médecin-généraliste traitant confirme, dans son rapport du 27 juin 2016, que l'état de santé est stationnaire.

Consulté à nouveau, le SMR a pris position le 5 décembre 2016. Selon son appréciation, le médecin du SMR maintient qu'il n'y a pas, au plan somatique, de fait nouveau médicalement attesté. Au plan psychique, il est relevé que le traitement antidépresseur a pu être modifié en ce sens que le dosage a été réduit de moitié et que l'assuré a repris une activité depuis août 2015. Il est également souligné que les rapports psychiatriques des médecins traitants ne font aucune

mention d'éléments pathognomoniques à l'appui d'un symptôme de stress post-traumatique, ni d'évènement suffisamment grave pouvant avoir déclenché un tel état. Au contraire, une amélioration de l'état de santé est mentionnée par la Dresse I. _____, dans la mesure où le SDRC est résolu.

Le 12 janvier 2017, le recourant informait l'OAI d'une erreur de formulation, de la part du médecin-traitant, dans son rapport du 27 juin 2016. Il fallait lire « *état séquellaire après syndrome douloureux régional complexe* » au lieu de « *statut après syndrome douloureux régional complexe* ». Quant au psychiatre-traitant, il a réfuté l'avis du SMR dans un courrier daté du 13 janvier 2017.

Le 31 mars 2017, le SMR s'est à nouveau exprimé et a campé sur ses positions, tandis que le 12 juin 2017 et le 13 juin 2017, tant le médecin-généraliste traitant que les psychiatres-traitants insistaient sur les retombées négatives, au plan psychique, du travail de nuit que le recourant assumait en l'état, et insistaient pour qu'il puisse bénéficier de mesures de réadaptation.

Enfin, le 25 octobre 2017, le psychiatre-traitant informait l'OAI d'une péjoration de l'état de santé psychique du patient, tout en insistant à nouveau sur une aide à la réinsertion professionnelle.

6.3 Il sied de relever tout d'abord que le traitement du cas d'espèce s'est déroulé sur une longue période (plus de 4 ans) depuis la demande de prestations. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle a été effectuée le 26 septembre 2013. Cette expertise est très complète et répond en tous points aux exigences de la jurisprudence, en ce sens qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en tenant compte des plaintes de l'assuré, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert a abouti à des résultats convaincants, au plan psychique. Elle est corroborée par les constatations de D. _____ ainsi que du médecin-traitant du recourant, lesquels admettent l'absence de comorbidité psychique.

La Cour constate aussi que tant les médecins-traitants que le SMR préconisaient, entre les mois d'octobre 2014 et février 2015, la mise en place immédiate de mesures de réadaptation, en raison de l'existence – non contestée par tous les médecins – d'un SDRC. Pour des raisons non mentionnées au dossier, l'OAI n'a pas procédé à la mise en route de telles mesures. Tout au plus trouve-t-on trace d'un premier entretien du conseiller en réadaptation professionnelle de l'OAI seulement le 19 décembre 2015, soit quelque 10 mois plus tard !

L'assuré, sans travail et sans revenus, dans l'attente que l'OAI statue sur son dossier, s'est inscrit au chômage. Il a aussitôt été astreint à des mesures de l'assurance-chômage. Le stage effectué dans une activité de pliage de papier s'est rapidement révélé un échec, apparemment en raison du handicap physique.

Grâce à l'assurance-chômage, l'assuré a trouvé un emploi de veilleur de nuit.

L'on ne saurait, à ce stade, lui reprocher d'avoir tout entrepris afin de réduire son dommage. Même s'il exerce cette dernière activité à 100%, que celle-ci ne semble pas incompatible avec son atteinte somatique, en revanche, tous les médecins-traitants s'accordent à reconnaître qu'une telle activité a des répercussions non négligeables sur sa santé psychique. Seul le médecin du SMR semble penser le contraire. La Cour relève cependant que le SMR ne se prononce pas, dans sa dernière prise de position du 31 mars 2017, sur la compatibilité entre l'expertise psychiatrique et la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

6.4. En l'occurrence, la Cour ne saurait tirer de conclusions à satisfaction de droit en l'état du dossier. Il ne fait aucun doute que l'assuré exerce une activité professionnelle en qualité de

veilleur de nuit, mais cela ne suffit pas encore à affirmer qu'il s'agit d'une activité adaptée à ses handicaps. Les troubles dont il est atteint ont été analysés à la lumière de la jurisprudence qui prévalait en 2013, à savoir que les troubles psychiques pouvant être surmontés au moyen d'un effort raisonnablement admissible ne constituaient pas des atteintes à la santé donnant droit à des prestations de l'AI. Toutefois, le Tribunal fédéral a revu sa jurisprudence et, entre l'expertise de 2013 et la décision de l'OAI, la situation du recourant a passablement évolué.

6.5. Selon la jurisprudence, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

En l'occurrence, pour les raisons qui viennent d'être évoquées, il y a lieu de reprendre à nouveau l'instruction du cas, de décider de la mise en place d'éventuelles mesures de réadaptation dans une activité qui tienne compte de la situation de santé actuelle du recourant et de rendre une nouvelle décision au sens des considérants.

A cet effet, il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI, à charge pour ce dernier office de procéder en conséquence: il déterminera s'il y a lieu ou non d'actualiser l'expertise psychiatrique et procédera, en outre, à une évaluation médicale des limitations imposées par l'atteinte à la main gauche au moment où la décision a été rendue.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision litigieuse réformée et le dossier retourné à l'OAI pour nouvelle décision, au sens des considérants, sur le droit aux mesures de réadaptation demandées par le recourant.

6.6. Pour ce qui est, cela étant, des pièces médicales produites après le dépôt du recours, qui semblent faire état d'une aggravation de l'état de santé, la Cour de céans n'en tient ici pas compte dans la mesure où il s'agit de faits nouveaux qui ne peuvent faire l'objet d'un examen en procédure de recours. En effet, ces nouvelles aggravations étant survenues postérieurement à la décision de l'OAI, il n'appartient pas au Tribunal cantonal d'entrer en matière sur des éléments dont la survenance est ultérieure à l'état des faits au moment du rendu de la décision. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui modifient cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010; ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références).

En tout état de cause, l'OAI a déjà informé son assuré qu'il statuerait sur sa demande de révision, une fois la décision sur recours passée en force.

7.

7.1 Le recourant ayant ainsi obtenu gain de cause, a droit à une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA).

Appelé à en fournir le justificatif, le mandataire du recourant a fourni une liste de frais et dépens le 31 octobre 2017.

Les honoraires, pour un total de 3 heures et 45 minutes, indemnisés à raison de CHF 130.-/heure s'élèvent à CHF. 487.50, plus TVA à 8% de CHF 39.- et débours de CHF 6.-, soit un total de CHF 531.50. Cette somme doit être mise intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

7.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont enfin mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg; ils sont restitués au recourant qui en a fait l'avance.

la Cour arrête:

I. Le recours est admis et la décision annulée.

Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Fribourg qui succombe.

L'avance de frais de justice, du même montant, versée par le recourant, lui est restituée.

III. Ayant ainsi obtenu gain de cause, l'assuré a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il est alloué à Inclusion Handicap, mandataire du recourant, une indemnité de partie de CHF 531.50 (TVA de 8% à CHF 39.- et débours compris), intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité qui succombe.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 12 novembre 2018/esc

Le Président:

Le Greffier: