

## **VD\_GERICHTE ZD18.009362 vom 12. September 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-09-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD18.009362](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.009362)

FR: VD\_GERICHTE ZD18.009362 du 12 septembre 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD18.009362 del 12 settembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

Si cette dernière ne devait pas être de 100 %, merci de nous en donner les raisons précises. Les facteurs psychologiques qu'il convient de prendre en compte font partie des facteurs médicaux. Peut-être le patient a-t-il déjà été examiné par un psychologue ou un psychiatre. » c) La Dre Y. \_\_\_\_\_ a fait part de son point de vue sur l'impact de la problématique somatique de son patient s'agissant de sa capacité de travail. Son rapport du 18 mars 2013 contient les observations ci-après : « Monsieur B. \_\_\_\_\_ a donc été victime d'un accident de travail le

#### **E. 10**

décembre 2007, avec une fracture complexe du poignet droit par écrasement, avec atteinte ligamentaire. Le patient a été opéré à plusieurs reprises, et il souffre actuellement de séquelles au niveau de son poignet droit, avec une articulation bloquée en position neutre, un manque de force important dans la main droite, ainsi que des douleurs résiduelles importantes.[...] Les répercussions sur sa capacité de travail sont dues au fait que Monsieur B. \_\_\_\_\_ a beaucoup de peine à utiliser sa main droite, qui est sa main dominante, étant donné qu'il ne peut absolument rien porter de cette main, qu'il n'a aucune mobilité du poignet et qu'il n'a aucune force dans cette main. Ecrire lui est pratiquement impossible, le patient ne pouvant juste tracer que quelques mots. Il arrive tout de même à travailler à 50 % en faisant de la saisie de données sur ordinateur au moyen de la souris, ce qui lui provoque quand même d'importantes douleurs et tensions au niveau du membre supérieur droit. Il est donc clair que ce travail de 50 % est vraiment le maximum que Monsieur B. \_\_\_\_\_ puisse effectuer. Il me semble que le travail informatique de saisie de données que fait actuellement le patient est tout à fait adapté à son handicap, étant donné qu'il n'y a aucun port de charge, que ce travail ne nécessite pas de motricité fine au niveau des mains, et qu'il ne nécessite pas non plus de trop écrire. [...] » Par rapport du 11 octobre 2016, au stade de la procédure d'audition, elle a communiqué ce qui suit au mandataire du recourant : « [...] Sur le plan somatique, Monsieur B. \_\_\_\_\_ présente d'importantes séquelles d'une fracture complexe par écrasement du poignet droit en décembre 2007 suite à un accident de travail, poignet qui a été opéré à 3 reprises, et dont les séquelles sont des douleurs de type neuropathique augmentées par les mouvements des doigts et une perte de mobilité, le poignet étant fixé en position neutre. [...] [...] Sur le plan somatique, il est clair que le fait de ne pas pouvoir utiliser sa main droite en raison des douleurs et des limitations fonctionnelles, et étant donné qu'il s'agit du côté dominant de Monsieur B. \_\_\_\_\_ est limitant pour sa capacité de travail. Monsieur B. \_\_\_\_\_ ne peut absolument pas porter de charge avec sa main droite. Je dirais que de manière ponctuelle il peut juste porter des charges de moins de 1 kg néanmoins même pour des charges très légères il ne peut pas faire de mouvements répétitifs pour déplacer

- 21 - des objets par exemple. Par ailleurs des mouvements de torsion de rotation du poignet sont absolument impossibles étant donné que le poignet est fixé en position neutre. Et il n'est pas capable non plus d'effectuer des mouvements fins avec les doigts. Les limitations sont donc importantes, le patient ne pouvant plus faire le travail qu'il faisait avant son accident soit magasinier. Après l'accident Monsieur B. \_\_\_\_\_ a travaillé à 50 % dans la saisie de données sur ordinateur ce qui correspondait à son taux maximal de capacité de travail, avec des douleurs importantes à la fin de ces demi-journées, étant donné que la saisie à la souris était difficile pour lui. Le problème est que Monsieur B. \_\_\_\_\_ n'a pas de formation professionnelle particulière et ne peut donc pas effectuer un métier manuel, et dans les métiers peu lourds ne nécessitant pas de formation particulière, je pense qu'effectivement sa capacité de travail ne dépasse pas le 50%. Pour une activité adaptée, je pense qu'il y a une légère baisse de rendement que j'estimerai à 20 ou 30 %. [...] » d) En l'occurrence, on peut observer que les conséquences somatiques de l'accident du 10 décembre 2007 sont évaluées de manière similaire par l'ensemble des médecins consultés, plus particulièrement eu égard à la nature de l'atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles qui en découlent. Seule l'estimation de la capacité de travail résiduelle du recourant est sujette à divergences d'opinions. Sur cette question, on ne saurait suivre l'appréciation de la Dre Y. \_\_\_\_\_, telle que communiquée le 18 mars 2013 et réitérée pour l'essentiel le 11 octobre 2016. En effet, cette praticienne se prononce exclusivement en fonction de la place de travail occupée par son patient après reclassement auprès de D. \_\_\_\_\_ SA. Il en va de même à l'issue du rapport d'expertise rendu par les Drs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ le 30 mai 2013, lesquels n'ont pas discuté du potentiel du recourant dans une autre activité que celle exercée au sein de D. \_\_\_\_\_ SA. Au demeurant, on peut constater que ledit rapport d'expertise s'avère pour le moins succinct, ne remplissant que partiellement les critères jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Cela étant, ce rapport a été complété par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 23 janvier 2015 sur questions complémentaires de l'intimé. Dans ce contexte, ce dernier spécialiste s'est exprimé de manière claire sur les éléments objectifs pertinents pour l'analyse du cas d'espèce. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a sans conteste rejoint les constatations relatées en son temps par le Dr L. \_\_\_\_\_, concédant que la situation somatique n'avait connu aucune modification depuis l'examen clinique de ce dernier. S'il rejoint certes l'estimation du 30 mai 2013 quant à une capacité de travail

- 22 - partielle de 50 %, il retient sans équivoque une capacité de travail entière dans une activité strictement mono-manuelle et totalement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Il précise cependant qu'il convient de considérer également les facteurs psychiques et sociaux dans l'appréciation de la capacité de travail. A cet égard, on rappellera que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, in : SVR 2010 IV 58 p. 177 ; TF 9C\_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3). Les facteurs sociaux participant à une incapacité de travail ne sauraient donc être pris en compte. Quant aux répercussions des facteurs psychologiques sur la capacité de travail, elles ont été analysées par l'expert psychiatre (cf. infra consid. 6). En conséquence, il convient de retenir une capacité de

travail entière dans une activité strictement adaptée aux restrictions fonctionnelles du recourant. Les appréciations des Drs L. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont ainsi lieu d'être suivies en présence d'une situation somatique demeurée parfaitement stable. e) Concernant la baisse de rendement alléguée par la Dre Y. \_\_\_\_\_, on peut relever que ce médecin ne motive absolument pas son appréciation à cet égard. Par ailleurs, il ressort des pièces consécutives aux mesures de reclassement mises en œuvre par l'intimé qu'à partir de mai 2011, le recourant avait été engagé par D. \_\_\_\_\_ SA au taux de 50% sans quelconque diminution de son salaire au pro rata d'un 100%. Aucun document au dossier ne vient indiquer que le salaire versé par cet employeur aurait contenu une composante de salaire social qui ne correspondrait pas aux prestations du recourant, ce que ce dernier ne soutient d'ailleurs pas. Par conséquent, en ce qu'il retient une diminution de rendement en sus d'une capacité de travail partielle, le rapport du

- 23 -

### **E. 11**

octobre 2016 de la Dre Y. \_\_\_\_\_ ne peut être suivi. On ajoutera enfin que l'intimé a de toute manière englobé une éventuelle diminution de rendement dans la fixation d'un abattement de 20% sur le revenu d'invalidé pris en compte pour la comparaison des revenus (cf. infra consid. 7b), de sorte que sa position sur le volet somatique du cas particulier n'est pas critiquable. f) S'agissant des douleurs chroniques que présente le membre supérieur droit du recourant, leur ampleur est fonction des efforts qui lui sont imposés, selon l'expert T. \_\_\_\_\_. Or, sous l'angle de l'exigibilité (cf. art. 16 LPGA ; ATF 132 V 393 consid. 3.2), une activité intégrant l'évitement ou les restrictions de mouvements générateurs de douleurs existe sur le marché équilibré du travail (cf. infra consid. 7b). 6. a) Du point de vue psychique, le recourant a été examiné cliniquement par le Dr J. \_\_\_\_\_ en date du 17 décembre 2015 suite au mandat d'expertise confié par l'intimé. Dans son rapport du 13 janvier 2016, l'expert a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes : « [...] Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique ni de trouble phobique. Selon le Dr X. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_, les douleurs de M. B. \_\_\_\_\_ s'expliquent par des composantes neuropathiques et l'atteinte somatique mises en évidence aux examens somatiques. En l'absence d'une plainte principale concernant des douleurs d'un expertisé qui décrit surtout une tristesse, des angoisses, une colère et une fatigue, je n'ai ainsi pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant. Spontanément, M. B. \_\_\_\_\_ se plaint d'une tristesse et d'angoisses, persistant depuis la séparation d'avec son épouse qu'il explique par un changement du comportement de cette dernière, depuis la naissance de leur enfant en 2010. Face à une dégradation progressive de l'entente conjugale, il décrit des disputes entraînant des crises avec un comportement explosif, motivant l'intervention de la Police en janvier 2015 et un jugement de séparation l'obligeant de quitter le domicile familial. Dans ce contexte, il exprime surtout sa rage et sa rancune vis-à-vis de sa femme l'empêchant de voir sa fille, ainsi que des membres de sa famille prenant parti pour elle. A l'exploration, il relativise ses plaintes concernant des angoisses et nie tout sentiment de peur en décrivant surtout sa colère et son sentiment d'injustice.

- 24 - Contrairement à sa plainte mise en avant au début pour exprimer sa souffrance due à la séparation de sa fille, il ne montre pas de persistance d'un abaissement important de l'humeur. Une fois sa colère et rancune décrites, il se montre souriant lorsqu'il aborde son attachement à sa fille ainsi que son plaisir de passer du temps avec des enfants en général.

Sans perte de l'intérêt et du plaisir, il découvre de nouveaux loisirs, comme la gravure sur bois, passe volontiers du temps avec ses amis proches, ainsi qu'un de ses frères, et décrit de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de TV et des matchs de football. Malgré ses plaintes subjectives, il participe activement à un examen de plus de trois heures, avant de maîtriser des tests cognitifs, sans diminution importante de l'attention ou de la concentration. Ces observations correspondent à sa capacité de conduire sa voiture, comme le jour de l'examen, et de passer son temps avec des bricolages ou des jeux avec des amis. Il nie tout sentiment de timidité ou de gêne dans des situations sociales, susceptible de témoigner d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, mais donne une description positive de sa personnalité. Se sentant surtout victime d'injustices et de l'incompréhension de son épouse et de ceux qui prennent parti pour elle, il nie également d'idée de culpabilité ou de dévalorisation en se montrant fier de son engagement en tant que père. Déterminé à lutter pour son droit de garde, il n'exprime pas d'attitude généralement morose et pessimiste face à l'avenir, mais décrit des projets positifs, comme l'arrivée d'un chiot, dont il se réjouit. Mettant en avant son attachement à sa fille, il prend une claire distance d'actes auto-agressifs lors d'une crise en janvier 2015, et nie clairement [toute] idée suicidaire depuis. Il aménage volontiers son nouvel appartement, mène une vie autonome et s'occupe de son ménage ainsi que de ses finances, malgré un budget restreint. Fier de ses créations en bois, entre autres pour décorer son appartement, il prend visiblement soin de lui et fait preuve de capacités contrastant avec ses plaintes subjectives, par exemple concernant une fatigue permanente ou l'absence d'envie et de plaisir. C'est ainsi qu'il sort avec ses amis, entre autres en discothèque où il fait des rencontres, comme une femme estonienne qu'il envisage de revoir dans son pays dès que sa situation le permet. Par conséquent, les éléments objectivables de l'anamnèse de M. B. \_\_\_\_\_ et de son examen ne permettent pas de retenir un épisode dépressif majeur selon la CIM-10. Cependant, ses symptômes anxieux et dépressifs relativement légers correspondent à une réaction dépressive prolongée persistant au-delà de 6 mois dans le cadre d'un trouble de l'adaptation en réaction au bouleversement de sa situation sociale dû à la séparation d'avec son épouse. Ce trouble de l'adaptation s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle avec une tendance à agir sans considération pour les conséquences possibles. Selon l'anamnèse décrite par M. B. \_\_\_\_\_, cette structure de personnalité survient dans le contexte d'une enfance et adolescence évoquant une carence affective après le divorce de ses parents et le décès de son grand-père. A partir de l'âge de 9 ans, il dit avoir grandi seul avec sa sœur de trois ans son aînée, sans soutien d'un

- 25 - adulte au Portugal. Cependant, plusieurs éléments de ce récit de son histoire semblent surprenants, comme sa capacité de poursuivre un travail dans l'installation d'arrosages à partir de 9 ans tout en suivant l'école le soir pour soutenir sa sœur, étant son seul soutien pour affronter la vie quotidienne, jusqu'à l'âge de 18 ans. Puis sa description de son rôle de père à l'âge de 18 ans paraît ambiguë car il dit avoir quitté le Portugal pour faire venir sa femme et son enfant en Suisse. Puis il explique la rupture de cette relation par ses émotions l'empêchant de se rendre aux obsèques de son enfant, décédée tragiquement à l'âge de 6 mois dans un accident, tout en étant capable de s'engager dans une nouvelle relation sentimentale à cette même époque. De plus, ses déclarations divergentes concernant sa consommation de stupéfiants, d'alcool, son adhésion au traitement médicamenteux et son suivi psychiatrique lors d'un entretien d'assestement en 2010 et à l'examen actuel laissent penser à une tendance à déformer la vérité. Ainsi, il semble adapter ses propos en fonction de son interlocuteur, en utilisant des moyens de défense comme le clivage, le déni et

l'idéalisation, par exemple lorsqu'il aborde le conflit avec son épouse et son engagement en tant que père. Néanmoins, il fait preuve de ressources d'adaptation lui permettant de s'intégrer d'une manière stable dans la vie professionnelle en Suisse depuis l'âge de 18 ans, malgré l'absence d'une formation professionnelle. Bénéficiant d'engagements d'une durée de plusieurs années chez différents employeurs, il est reconnu pour la qualité de son travail et surmonte les difficultés d'apprentissage décrites pendant sa scolarité pour s'orienter vers une activité de bureau après son accident en 2007. Malgré plusieurs restructurations de l'entreprise, il poursuit cette activité de manière stable, avant d'occuper un poste d'une certaine responsabilité dans une succursale. En parallèle, M. B. \_\_\_\_\_ s'engage dans une relation décrite comme harmonieuse pendant 10 ans, fonde une famille, assume son rôle de père et mène une vie active dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical. En l'absence de signe de décompensation, nécessitant par exemple une hospitalisation en milieu psychiatrique, son anamnèse ne montre pas des déviations sévères sur plusieurs niveaux de fonctionnement persistant depuis l'adolescence, comme demandées pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, ses particularités de fonctionnement correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile n'ayant pas de valeur de maladie. Cette accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile est pourtant aggravée par la consommation de différentes substances psychoactives, comme le cannabis, débutée dans un cadre festif déjà à l'âge de 9 ans, selon l'expertisé. Cette consommation ne l'empêche pourtant pas de suivre sa scolarité ou de réaliser ses projets professionnels et privés. Puis il dit l'avoir arrêtée il y a quelques mois dans le but de protéger son droit de garde de sa fille, sans difficulté à contrôler l'utilisation de la substance ou d'abandon progressif d'autres sources de plaisir. La Dre M. \_\_\_\_\_ décrit ainsi une consommation surtout d'alcool qui reste festive chez un expertisé arrêtant sa médication psychotrope par périodes afin de consommer ponctuellement avec ses amis, sans

- 26 - poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives. En revanche, les propos de M. B. \_\_\_\_\_ concernant la cocaïne montrent une tendance à minimiser sa consommation de cette substance qui peut expliquer la perte de 14 kg depuis janvier 2015, décrite en l'absence d'un épisode dépressif majeur. Sans crise similaire dans le passé, cette consommation peut expliquer le comportement impulsif de M. B. \_\_\_\_\_ motivant deux interventions de la Police en janvier 2015. Entraînant typiquement une déstabilisation de l'humeur avec une aggravation de symptômes anxieux et dépressifs pendant les jours suivant l'abus d'alcool et de cocaïne, cette consommation de substances psychoactives correspond à une utilisation nocive pour la santé, sans syndrome de dépendance. S'accompagnant d'une adhésion insuffisante au traitement, cette utilisation nocive pour la santé explique les crises de M. B. \_\_\_\_\_ face à la séparation d'avec son épouse, la persistance de symptômes anxieux et dépressifs ainsi que l'aggravation de l'impulsivité liée à son accentuation de traits de personnalité. Dans le cadre de difficultés sociales dues à cette séparation et la perte de son travail, son accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile aggravée par l'utilisation de cannabis, d'alcool et de cocaïne favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé. C'est ainsi que M. B. \_\_\_\_\_ met en avant un cortège de plaintes subjectives, par exemple concernant une fatigue et un retrait social, contrastant avec les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen. Maintenu par des facteurs sortant du champ médical, comme l'absence de formation reconnue et des problèmes financiers à cause de la pension alimentaire pour son premier enfant, les plaintes dramatiques de M. B. \_\_\_\_\_ contrastent avec sa mise à contribution d'options

thérapeutiques. En même temps, ses plaintes semblent influencées par la procédure en cours en matière d'assurance ainsi que concernant la garde de son enfant. Conscient des enjeux, il met en avant ses problèmes psychiques pour justifier son incapacité de travail tout en arrêtant son traitement psychotrope pour consommer de l'alcool ou des stupéfiants. Capable de conduire régulièrement sa voiture sans difficulté, malgré sa plainte concernant une fatigue et des problèmes de concentration, il décrit des limitations qui ne se manifestent pas de la même manière sur tous les niveaux d'activité. En conclusion, les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen de M. B. \_\_\_\_\_ montrent des symptômes anxieux et dépressifs relativement légers caractérisant un trouble de l'adaptation qui ne justifie pas d'incapacité de travail durable. Cependant, son refus à faire l'effort raisonnablement exigible de surmonter ces symptômes afin de mettre en valeur sa capacité de travail s'explique par l'adoption d'un rôle d'invalidé. Ceci est favorisé par une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile ainsi que l'utilisation nocive d'alcool, de cannabis et de cocaïne. Cette utilisation nocive n'est pourtant pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une incapacité de travail durable, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Sans comorbidité psychiatrique incapacitante, ni de syndrome de

- 27 - dépendance, cette utilisation nocive de substances psychoactives ne justifie pas d'incapacité de travail. Comme une prise régulière de l'antidépresseur, l'abstinence est exigible et importante pour une stabilisation de l'humeur et une rémission des symptômes affectifs. En conséquence, M. B. \_\_\_\_\_ ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible reste entière au plan psychique pour toute activité respectant ses limitations somatiques. [...] » b) La Dre M. \_\_\_\_\_ s'est prononcée de la manière suivante le 22 mars 2016 sur la teneur du rapport d'expertise susmentionné : « [...] Voici les points où je diffère de l'avis de l'expert : 1) Diagnostic : Dans mon rapport à l'OAI de juin 2015, j'ai retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive suite à un facteur de stress. L'expert retient ce diagnostic, avec la nuance de réaction dépressive prolongée, puisque les symptômes dépressifs vont au-delà de 6 mois. A la lecture de l'expertise, je découvre la mention d'un épisode dépressif en mars 2013 attesté par la Dre Y. \_\_\_\_\_. Je n'avais pas connaissance de cet épisode avant la lecture de l'expertise, ayant omis de faire une anamnèse détaillée des antécédents tant les difficultés du présent submergeaient le patient et demandaient un étayage. Le diagnostic, formellement, est donc un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F.33.0), en rémission partielle. Les symptômes thymiques et anxieux ont persisté pendant un an à un niveau fluctuant mais souvent élevé, en particulier dans la deuxième moitié de 2015. Le patient va un peu mieux depuis quelques semaines. Le fait d'avoir trouvé un appartement, d'avoir obtenu une injonction du juge pour que sa femme respecte son droit de visite pour sa fille, y a contribué. 2) L'incidence du diagnostic susmentionné sur la capacité de travail : Actuellement M. B. \_\_\_\_\_ est encore en arrêt de travail à 100 % (du taux à 50 % qu'il assumait) pour cette symptomatologie thymique et anxieuse. Comme l'on peut le voir chez les personnes avec des traits de personnalité émotionnellement labile, relevés par l'expert, la thymie et le niveau d'anxiété sont très fluctuants et dépendants des événements de vie ; chez M. B. \_\_\_\_\_, ce sont les rapports encore très conflictuels avec son épouse – qui ne manque pas une occasion d'envenimer leur séparation – qui l'affectent, ainsi que l'absence de perspective professionnelle qui mine l'expertisé, tout comme les sentiments d'injustice et

d'incompréhension récurrents, du fait que son handicap ne soit pas reconnu. [...] On demande à ce patient de se confronter à une situation sans perspective, en lui demandant de travailler à 100 % dans une activité mono-manuelle. L'expert dit que ces facteurs sortent de l'appréciation du champ médical. Pourtant, il est établi dans le sens épidémiologique qu'une personne confrontée à des états dépressifs récurrents est vulnérable à un nouvel épisode. Or, dans une maladie récurrente, ce même champ médical s'étend aussi à la prévention des rechutes, car un sujet peut être épuisé psychiquement quand son handicap et les efforts consentis pour y faire face ne sont pas

- 28 - reconnus, ou lorsqu' il est confronté à des situations sans issues. Ce mécanisme est bien connu dans le burn-out. A mon avis l'expert ne tient pas compte de ce contexte dans les conséquences sur le psychisme. Il s'attache surtout à démontrer que l'expertisé a une consommation de substances toxiques nocive à sa santé et à laquelle l'expert n'est pas loin d'attribuer l'ensemble du tableau clinique [...]. L'expert attribue ainsi un rôle décisif à ces substances dans l'état de santé de M. B.\_\_\_\_\_. Cela serait certes un facteur aggravant si toutes ces consommations étaient régulières et avérées. A ce stade, ni l'expert ni moi n'avons la preuve formelle de la consommation réelle du patient. Ni ma conviction de la sincérité du patient ni la bonne relation thérapeutique n'ont valeur de preuve. [...] L'expert tend à dire ainsi que M. B.\_\_\_\_\_ ne fait pas ce qu'il faut pour ne pas être invalide. Or, M. B.\_\_\_\_\_ est invalide de son bras droit et tout ce que cela implique ! [...] M. B.\_\_\_\_\_ a des ressources adaptatives, comme mentionné par l'expert. Certes, c'est un homme sociable avec une bonne énergie vitale quand il n'est pas aux prises avec des angoisses ou des chutes rapides de l'humeur en fonction des événements de vie. Mais c'est aussi quelqu'un qui n'a pas bénéficié d'une longue scolarité. Ainsi il ne manie pas les idées, les subtilités de raisonnement de quelqu'un de mieux formé. Son discours peut être ainsi répétitif avec des difficultés d'élaboration quand il doit faire face à un conflit, par exemple. Sa capacité d'introspection est aussi limitée. Lui prêter des intentions manipulatrices ne me convainc pas. Le patient fonctionne sur un mode borderline, comme relevé par l'expert, avec au niveau défensif, usage du clivage, du déni et de l'idéalisation. Ce n'est pas pour autant qu'on peut dire de lui « qu'il semble adapter ses propos en fonction de l'interlocuteur » (fin premier paragraphe, p.21) laissant entendre qu'il dramatise ses plaintes et qu'il agit pour obtenir une rente. [...] » c) In casu, on peut d'emblée relever que le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Ce spécialiste a fourni une analyse extrêmement minutieuse du cas du recourant, en mentionnant des éléments d'anamnèse très précis sur les plans personnel, professionnel et social. L'expert a par ailleurs dûment étudié l'ensemble des pièces du dossier, exposant par le détail les diagnostics évoqués et les raisons qui le conduisaient à écarter les avis de ses confrères. Ses conclusions sont en outre motivées et exemptes de contradictions confrontées aux constats cliniques objectifs, que l'expert a longuement exposés. On peut également remarquer que le rapport d'expertise a été établi selon les critères fixés par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes, respectivement de troubles dépressifs. Enfin,

- 29 - l'expert s'est exprimé sur les raisons le conduisant à nier toute valeur de maladie et d'invalidité à l'utilisation de stupéfiants. On notera que la Dre M.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 juin 2015, retenait un diagnostic identique à celui de l'expert, soit un « trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive », faisant au surplus état de constats très similaires à ceux relatés par le Dr J.\_\_\_\_\_ . Aux termes du rapport du 22 mars 2016,

la Dre M. \_\_\_\_\_ pose désormais un diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen », au motif qu'elle découvre à la lecture du rapport d'expertise la mention d'un épisode dépressif, survenu en mars 2013 et attesté par la Dre Y. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 mars 2013. En l'occurrence, cette observation justifie de douter des éléments rapportés et des conclusions formulées par la psychiatre traitante. Il est en effet pour le moins singulier d'ignorer un élément d'anamnèse aussi important dans la prise en charge de son patient, ce après plus d'un an de traitement régulier. Cela étant, le « trouble dépressif, épisode moyen, réactionnel », tel que mentionné par la Dre Y. \_\_\_\_\_ l'est sans aucun développement. Il s'agit d'une simple affirmation n'émanant de surcroît pas d'un médecin psychiatre. Au demeurant, même dans l'hypothèse d'un trouble dépressif récurrent, il n'existe aucune mention d'un épisode grave, lequel aurait été a priori incapacitant. S'agissant de l'épisode actuel moyen, en rémission partielle, invoqué par le psychiatre traitant, les activités quotidiennes et habituelles de l'assuré démontrent qu'il n'est pas incapacitant à l'aune des critères fixés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Enfin, il n'y a pas lieu de donner suite plus avant aux critiques de la Dre M. \_\_\_\_\_ quant à la prise en compte de consommations de drogues dans la mesure où l'expert ne mentionne aucune incapacité de travail en relation avec un diagnostic de dépendance, que ce soit à titre primaire ou secondaire. On soulignera que la consommation d'alcool et de cannabis est bien antérieure à l'accident et n'a apparemment jamais perturbé la capacité de travail du recourant. Il en va d'ailleurs de même en relation avec le diagnostic d'une « accentuation des traits de personnalité émotionnellement labile ».

- 30 - d) En conséquence, étant donné qu'aucun élément médical objectif susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert n'a été mis en avant sur le plan psychiatrique, il y a lieu de conclure au défaut d'atteinte invalidante de ce registre. Il s'ensuit que la capacité de travail du recourant doit être considérée comme entière dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles d'ordre somatique depuis fin mars 2010. 7. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). b) S'agissant du degré d'invalidité déterminé par l'intimé à compter du 29 mars 2010, à l'encontre duquel le recourant ne fait du reste valoir aucun grief spécifique, il ne prête pas flanc à la critique.

- 31 - Il est admis que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité monomanuelle, quand bien même il a conservé une fonction résiduelle de la main droite. L'exercice d'une activité respectant ses limitations fonctionnelles peut ainsi

raisonnablement être exigé de lui sur le marché équilibré du travail, où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b ; 130 V 343 consid. 3.2). L'intimé a dès lors à juste titre recouru à l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé réalisable à 100 %. Suivant en cela la jurisprudence relative au taux d'abattement en matière d'activité monomanuelle (TF 8C\_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3), l'intimé a par ailleurs tenu compte dans une large mesure des restrictions fonctionnelles du recourant en procédant à une déduction de 20 % du revenu statistique pour fixer le revenu d'invalidé, laquelle permet de d'englober une éventuelle baisse de rendement du recourant. Il convient en conséquence de confirmer le degré d'invalidité de 14 % retenu par l'intimé à compter de la date à laquelle le recourant a recouvré une pleine capacité de travail, soit dès le 29 mars 2010. 8. Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a supprimé à juste titre la rente d'invalidité alloué au recourant au-delà du 30 juin 2010, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, sur la base d'une capacité de travail entière dès mars 2010. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 1er février 2018. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe. b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

- 32 -

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