

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Riesen et Mme Silva, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1976, est entré en Suisse en 1994. Sans formation professionnelle certifiée, il a notamment exercé des activités de magasinier et a été engagé en cette qualité à plein temps auprès de D._____SA dès janvier 2005.

B. L'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 10 décembre 2007, se coinçant la main droite à l'intérieur d'une palette en bois, ce qui a entraîné une « rupture du ligament scapho-lunaire du poignet droit » sous suite d'incapacité totale de travail. Cette atteinte a été traitée chirurgicalement le 12 décembre 2007 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique au sein de la Clinique K._____.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les conséquences financières de cet accident.

Une seconde intervention a été pratiquée par le Dr C._____ le 6 février 2008 aux fins de procéder à l'ablation des broches intercarpiennes. Dans son rapport à la CNA du 21 février 2008, il a signalé, en sus d'un « status après suture du ligament scapho-lunaire du poignet droit », un possible « CRPS [réd. : syndrome douloureux régional complexe] de stade I-II » compte tenu d'une certaine raideur de l'articulation.

En dépit d'un séjour à la Clinique G._____ entre le 2 juillet 2008 et le 6 août 2008, les douleurs de l'assuré ont persisté et l'incapacité totale de travail s'est poursuivie. En date du 21 janvier 2009, le Dr C._____ a procédé à une nouvelle intervention chirurgicale, soit à la résection de la première rangée du carpe à droite.

C. Dans l'intervalle, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 4 novembre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'intervention précoce, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de cours d'informatique du 2 juin 2009 au 14 juillet 2009, ce dernier ayant repris une activité aménagée par son employeur à hauteur de 2 à 3 heures par jour à titre thérapeutique (cf. plan de réadaptation et contrat d'objectifs du 12 mai 2009 ; communication de l'OAI du 13 mai 2009).

Le Dr L._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a convoqué l'assuré pour un bilan final destiné à fixer l'exigibilité et l'éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité en date du 29 mars 2010. Aux termes du rapport du même jour, ce médecin a considéré exigible de l'assuré la mise à profit d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit sans effort excédant 1 kg, ni gestes répétitifs ou fins avec le membre supérieur droit, la conduite automobile demeurant possible sur de courts trajets. Il a au surplus retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

Le Service médical de l'AI (ci-après : le SMR) s'est pour l'essentiel rallié aux constatations du Dr L._____ dans un rapport du 31 mai 2010. Il a toutefois mentionné que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} septembre 2009.

La CNA a diligenté une évaluation en vue de favoriser la réintégration professionnelle de l'assuré, exécutée par la société Q._____SA dès le 17 juin 2010. A l'issue de cette mesure et d'un entretien avec D._____SA, il a été décidé de former l'assuré en informatique afin de lui permettre de poursuivre une activité bureautique.

L'OAI a pris en charge, au titre de reclassement professionnel, les frais afférents à une telle formation, mise en œuvre sous l'égide de l'entreprise R._____ du 4 janvier 2011 au 28 février 2011. Des indemnités journalières d'attente ont par ailleurs été servies à compter du 10 octobre 2010 (cf. communications de l'OAI du 14 décembre 2010).

L'OAI a prolongé le reclassement professionnel octroyé à l'assuré en lui accordant une formation pratique auprès de D._____SA durant le mois de mars 2011, laquelle s'est déroulée à un taux de présence de 50 % (cf. communications de l'OAI du 21 février 2011).

En date du 6 avril 2011, ladite société et l'assuré ont conclu un avenant au contrat de travail les liant, valable à compter du 1^{er} mai 2011, aux termes duquel l'assuré était engagé à 50 % en tant qu'employé de bureau pour un salaire mensuel de 2'250 francs.

Par projet de décision du 2 mai 2011, l'OAI a envisagé d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 30 novembre 2009 fondée sur un degré de 100 %, réduite à une demi-rente d'invalidité compte tenu d'un préjudice économique de 50 % dès le 1^{er} décembre 2009 dans l'activité adaptée exercée concrètement à mi-temps au sein de D._____SA.

Quant à la CNA, elle a procédé à une comparaison des revenus aboutissant à une incapacité de gain de 20 % et alloué une rente mensuelle conforme à ce taux dès le 1^{er} mai 2011 aux termes d'une décision du 25 mai 2011. Une opposition de l'assuré contre cette décision a été déclarée irrecevable pour cause de tardiveté (cf. décision sur opposition de la CNA du 13 juillet 2011).

D. Constatant la divergence de son évaluation confrontée à celle de la CNA, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, lequel a produit un nouveau rapport le 27 juillet 2011. Il a procédé à la correction de l'exigibilité retenue initialement afin de suivre l'appréciation de la CNA et conclu que

l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2009.

L'OAI a évalué l'invalidité de l'assuré par une comparaison des revenus du 12 janvier 2012, fondée quant au revenu d'invalidité sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il a dès lors mis à jour un degré d'invalidité de 13,15 %.

Par un nouveau projet de décision du 22 février 2012, annulant et remplaçant celui du 2 mai 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux de 100%, du 1^{er} décembre 2008 au 30 novembre 2009 et de retenir un préjudice économique de 13 % excluant le droit à la rente dès le 1^{er} décembre 2009. Il a indiqué s'être précédemment basé sur un avis médical erroné du SMR, corrigé après une nouvelle analyse des pièces médicales pertinentes.

E. L'assuré, avec l'assistance de PROCAP, Service juridique, a communiqué ses objections audit projet en date du 28 mars 2012, estimant être doté d'une capacité de travail maximale de 50 %, qu'il mettait d'ailleurs en valeur auprès de D. _____ SA. Il a également argué, en sus de l'absence de mobilité de son poignet droit, d'importantes douleurs, corroborées par un rapport de son médecin généraliste traitant, la Dre Y. _____, du 22 mars 2012. Il a sollicité un complément d'instruction médicale à cet égard.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise de l'assuré, confiée à la Dre V. _____, spécialiste en chirurgie au sein du Centre hospitalier S. _____ (cf. communication de l'OAI du 19 février 2013).

Le rapport corrélatif, établi le 30 mai 2013 par la spécialiste précitée et le Dr T. _____, chef de clinique, fait état des diagnostics de « rupture complète du ligament scapho-lunaire du poignet droit traitée par

réinsertion », « SLAC wrist [réd. : scaphoid lunare advanced collapse ou arthrose post-traumatique du poignet] traité par résection de la première rangée des os du carpe » et « algoneurodystrophie du poignet droit », considérés comme seuls susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré. Les experts proposaient une consultation spécialisée d'antalgie et estimaient « important que l'assuré puisse conserver son occupation professionnelle à 50 % ». Ce dernier pouvait travailler dans une activité aménagée à hauteur de quatre heures par jour en raison des douleurs.

La CNA a accepté la prise en charge de la consultation d'antalgie, préconisée par les experts du Centre hospitalier S._____, dont le compte-rendu lui est parvenu le 7 octobre 2013. Les Drs X._____ et W._____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____, ont constaté des douleurs « à claires composantes neuropathiques, associées vraisemblablement à des douleurs mécaniques ». Ils ont proposé une « prise en charge globale antalgique », soit un traitement médicamenteux adapté suivi d'infiltrations des troncs nerveux.

Le 11 octobre 2013, la CNA a communiqué son aval avec la suggestion thérapeutique ci-dessus après consultation de son médecin d'arrondissement.

Quant au SMR, il a retenu le 11 novembre 2013 qu'au vu des récentes pièces médicales, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % depuis le 1^{er} octobre 2010. Il a ajouté au titre de limitation fonctionnelle une « diminution occasionnelle de la capacité de concentration ».

La CNA a établi une décision le 12 mai 2014, suite aux réitérées demandes de réexamen de son cas formulées par l'assuré, et confirmé les termes de sa décision initiale du 25 mai 2011. Elle a subséquemment rejeté l'opposition de l'assuré par décision sur opposition

du 18 juin 2014. Cette dernière a été confirmée sur recours par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 29 juin 2015 en la cause AA 79/14 - 67/2015.

Dans l'intervalle, après consultation de son service juridique et du SMR, l'OAI a posé des questions complémentaires aux experts du Centre hospitalier S._____ le 4 novembre 2014. Le Dr T._____ s'est déterminé le 23 janvier 2015 et a confirmé l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré à compter de l'examen du Dr L._____ en mars 2010. Il a exposé qu'à son sens, les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit rendaient incompatible l'exercice de l'activité actuelle de l'assuré à 100 %. Ce dernier était en revanche doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité purement mono-manuelle.

Eu égard aux observations précitées, le SMR a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée en l'absence d'aggravation objective de l'état de l'assuré dans un avis du 13 février 2015. Il a cependant préconisé une expertise psychiatrique de l'assuré.

Par courrier du 22 juin 2015, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport du 18 juin 2015 de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée depuis novembre 2014 dans le contexte d'une séparation conjugale. Celle-ci a mentionné un « trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxio-dépressive en réaction à un facteur de crise » et relevé que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 9 janvier 2015.

Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication de l'OAI du 5 octobre 2015. Dans le rapport corrélatif, rédigé le 13 janvier 2016, l'expert n'a retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré. Etaient mentionnés des diagnostics sans incidence sur dite capacité, soit « trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, existant depuis fin 2014 », « troubles mentaux et

troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de cocaïne, utilisation nocive pour la santé, existant depuis au moins une année » et « accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, existant depuis l'âge adulte ».

Sollicité pour avis, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr J._____ en date du 25 janvier 2016.

L'assuré a fait parvenir un rapport de son psychiatre traitant, la Dre M._____, daté du 22 mars 2016, dans lequel cette spécialiste a exposé ses divergences d'avec les conclusions du Dr J._____ essentiellement s'agissant de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de son patient.

Le SMR a maintenu ses précédentes prises de position le 15 avril 2016.

Par projet de décision du 18 août 2016, remplaçant le précédent du 22 décembre 2012, l'OAI a signalé à l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 10 décembre 2007 [recte : 2008] au 30 juin 2010 limitativement. Ultérieurement, le droit à la rente n'était plus ouvert compte tenu d'un degré d'invalidité ramené à 14 % sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 29 mars 2010.

F. L'assuré a une nouvelle fois contesté ce projet par écriture du 22 septembre 2016, remettant en question l'appréciation de sa capacité de travail du fait d'une baisse de rendement consécutive à ses douleurs au poignet droit et de l'aggravation de son état de santé psychique au début 2015. Il a conclu à un complément d'instruction médicale. En outre, s'agissant de l'évaluation de son invalidité, il a invité l'OAI à s'aligner pour le moins sur celle effectuée par la CNA, ce qui lui ouvrirait le droit à des mesures professionnelles. A titre de complément, il a produit le 27 octobre

2016 un rapport de son généraliste, la Dre Y._____, du 11 octobre 2016, attestant notamment d'une capacité de travail réduite à 50% et d'une baisse de rendement de 20 % à 30 % dans une activité adaptée.

Par avis du 10 novembre 2016, le SMR a derechef maintenu son appréciation, relevant l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré.

L'OAI a dès lors établi sa décision le 1^{er} février 2018 allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période limitée s'étendant du 1^{er} décembre 2008 au 30 juin 2010.

G. Assisté de PROCAP, Service juridique, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 5 mars 2018. Reprenant son argumentation quant à l'impact de ses atteintes à la santé somatique et psychique en termes de capacité de travail et de rendement, il a conclu principalement à l'annulation de la décision querellée et au versement d'une rente d'invalidité postérieurement au 30 juin 2010. A titre subsidiaire, il a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 5 avril 2018 et en a proposé le rejet.

Par réplique du 23 mai 2018, l'assuré a confirmé ses conclusions.

En date du 11 janvier 2019, la juge instructrice a sollicité un rapport du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____ sur les modalités du traitement suivi par l'assuré. Il ressort du rapport du 9 avril 2019, rédigé sur la base du dossier médical par le Dr F._____, médecin associé, spécialiste en anesthésiologie, que les traitements médicamenteux mis en place ont été interrompus en raison de leurs effets secondaires et que les infiltrations pratiquées en février et mai

2014 ont déployé un effet de 48 heures sur la douleur, cette limitation temporelle étant fréquente dans ce type de prise en charge. L'effet de la dernière infiltration du 19 décembre 2014 était inconnu, l'assuré ne s'étant plus présenté aux consultations subséquentes.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives, l'OAI en date du 2 mai 2019 et l'assuré par écriture du 3 juin 2019.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 5 mars 2018 contre la décision de l'intimé du 1^{er} février 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte en outre formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa

réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) Est litigieuse en l'occurrence la suppression, avec effet au 30 juin 2010, de la rente entière d'invalidité allouée au recourant à compter du 1^{er} décembre 2008, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail dès le mois de mars 2010.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

L'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

e) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences

de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves élaborée en matière de troubles somatoformes douloureux à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions (ATF 143 V 409 consid 4.5 et 418 consid. 5.2 et 8.1). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1).

f) De jurisprudence fédérale constante, une dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une

surexpertise 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 351 consid. 3b/aa et les références).

5. En l'espèce, sur le plan somatique, le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations spécialisées et est suivi par son médecin généraliste traitant, la Dre Y._____.

a) Il a notamment été reçu dans le cadre d'un examen clinique par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L._____, en date du 29 mars 2010. Ce dernier a conclu son appréciation du cas en ces termes :

« [...] **Objectivement**, le poignet droit est protégé par une attelle en position de repos, que le patient dit porter tout le temps. Importante raideur algique surtout en flexion-extension, moins marquée en pro-supination. Diminution massive de la force de serrage et importante amyotrophie. Manifestations somatoformes d'exclusion pour lesquelles une explication médicale fait défaut.

Du point de vue **asséculoologique**, on peut estimer que la situation est actuellement stabilisée. Une nouvelle intervention chirurgicale, qui me semble probable et que je souhaite, pourrait intervenir dans le futur, sous forme d'une arthrodèse. [...]

Actuellement, [l'assuré] travaille avec une présence de 50 % en exécutant des travaux légers, cela depuis 1½ ans. Questionné sur son idée de rendement, il me répond que « ce qu'on me donne à faire, je le fais ».

Son travail d'avant n'est plus exigible sans aménagements.

Actuellement, du point de vue purement somatique, je me prononce sur **l'exigibilité** suivante : pas d'effort avec le MSD [réd. : membre supérieur droit] excédant 1 kg. Pas de gestes répétitifs avec le MSD, pas de gestes fins. La conduite automobile est possible sur de courts trajets. Dans ces conditions, il appartient à [l'assuré] de mettre en valeur une capacité entière. [...] »

b) Le recourant a également été examiné à plusieurs reprises au sein du Centre hospitalier S._____. Il a été expertisé, à la demande de l'intimé, par les Drs V._____ et T._____, dont le rapport du 30 mai 2013 fait état de l'appréciation suivante du cas :

« Ce type d'évolution défavorable dans les suites d'un traumatisme du poignet est parfois rencontré mais ne peut être physiologiquement complètement expliqué. Il en découle qu'aucune proposition thérapeutique ne peut garantir l'amélioration de la situation. [...].

Nous proposerions par contre que [l'assuré] puisse être évalué à une consultation spécialisée d'antalgie. Les antalgistes, avec qui nous collaborons fréquemment lorsque nous sommes confrontés à des patients présentant des douleurs chroniques réfractaires à un traitement antalgique simple de base, usent d'options thérapeutiques diverses susceptibles d'apporter peut-être une certaine diminution de la douleur.

Dans la situation actuelle, nous pensons important que le patient puisse garder son occupation professionnelle à un taux de 50% avec compensation du manque à gagner résultant par l'octroi d'une rente AI. Le taux d'invalidité pourrait évidemment être revu à la baisse si les douleurs venaient à diminuer ; il est par contre très peu probable que la mobilité du poignet puisse être améliorée, même en cas de diminution des douleurs.

Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

L'ankylose du poignet ainsi que les douleurs chroniques limitent le patient dans ses activités quotidiennes privées et professionnelles. Les répercussions sur le plan psychique et social en sont inéluctables.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Un travail manuel n'est plus exigible depuis le 10.12.2007. Un travail manuel très léger, avec rendement diminué et à temps partiel, est actuellement possible. La réorientation professionnelle dans un travail informatique permet au patient d'assurer un travail à 50 % au vu des différentes raisons susmentionnées.

[...]

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Nombre d'heures limitées selon l'intensité variable des douleurs ressenties par le patient. De façon générale, 4 heures par jour.

3.3 Y a-t-il diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, en raison du manque de mobilisation du poignet et des douleurs, il en découle également de possibles troubles de la concentration. [...] »

Sur questions de l'intimé, le Dr T. _____ a par ailleurs précisé l'appréciation du Centre hospitalier S. _____ comme suit, en date du 23 janvier 2015 :

« [...] 1. Existe-t-il une aggravation objective depuis l'examen du médecin d'arrondissement de mars 2010 ?

Non, selon les documents à disposition, il ne semble pas exister d'aggravation objective depuis lors.

[...]

3. Si non, pour quelle raison vous écarterez-vous de son appréciation concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée ?

J'imagine que l'appréciation à laquelle vous vous référez est celle du 29.03.2010, réalisée par le Dr L._____. Ce dernier estime que Monsieur B._____ ne doit pas effectuer d'effort du membre supérieur droit excédant un kilo, ne doit pas effectuer de gestes répétitifs, ni de gestes fins du même côté. Il précise que la conduite automobile est possible sur de courts trajets et que le patient doit mettre en valeur une capacité entière. Le Dr L._____ précise également dans ses conclusions qu'il estime qu'une arthrodèse radio-carpienne est souhaitable.

Je doute qu'il existe une aggravation objective entre cette appréciation et celle que j'ai effectuée le 27.03.2013. Néanmoins, j'estime que les limitations du membre supérieur droit ne sont pas compatibles avec une activité comme le patient l'exerce actuellement, à un taux de 100 %. Le membre supérieur droit est sujet à des douleurs chroniques dépendant grandement des efforts qui lui sont imposés. Des charges, même légères, voire des travaux fins de type saisie sur un clavier, sont à même de provoquer une fatigabilité importante ainsi qu'une exacerbation des douleurs. Je crains que si l'on augmente la capacité de travail, le patient présente une décompensation des douleurs qui s'accompagnerait alors d'une augmentation, au moins temporaire, du taux d'incapacité. Il semblerait que le taux de travail à 50 %, en vigueur depuis plusieurs années, permette au patient de maintenir un état stationnaire compatible avec son activité professionnelle.

Pour ce qui est du deuxième point des conclusions du Dr L._____ concernant l'arthrodèse, je reste d'avis qu'un tel geste n'est pas souhaitable. Je crains qu'il n'apporte pas le soulagement escompté et qu'on s'expose à des complications éventuelles (infections, nouveau CRPS, non-consolidation).

4. Les douleurs présentées par l'assuré sont-elles expliquées par l'atteinte somatique ? Merci de préciser votre réponse.

Oui, les douleurs le sont. Un syndrome douloureux régional complexe peut parfois laisser pour séquelles une raideur importante associée à des douleurs chroniques. Le processus dégénératif radio-carpien participe évidemment à la symptomatologie algique.

5. Si oui, dans quelle mesure ?

Au moins pour 50 %. Il faut évidemment tenir compte de la situation socio-professionnelle et psychologique qui participe probablement à l'incapacité de travail. Je ne suis pas compétent pour me prononcer à ce sujet.

[...]

7. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité mono-manuelle), en considérant qu'une telle activité existe et ne prenant pas en compte les facteurs non médicaux, quelle est la capacité de travail et depuis quand ?

En ne considérant que la pathologie du poignet droit et en envisageant une activité purement mono-manuelle gauche, une capacité de travail complète est présente depuis mon examen du 27.03.2013. Il est toutefois illusoire de vouloir réduire le patient à son handicap du membre supérieur droit. Il convient de considérer l'ensemble du tableau, en considérant les facteurs psychiques et sociaux.

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 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. [...]

[...S]ur 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

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

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

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.

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

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

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

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

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,

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 ».

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.

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 1^{er} 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision, rendue le 1^{er} février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge du recourant.
- 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, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :