

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux et Pasche, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 1989 et y a obtenu la naturalisation en 2010. Après avoir travaillé dans différents domaines d'activité, il a été engagé en août 2005 par la société O._____ en qualité d'agent de sécurité responsable à 100%.

Le 2 juin 2015, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs découlant d'un accident survenu le 6 septembre 2014, lors duquel un taille-haie avait chuté sur son poignet droit. D'abord en incapacité totale de travail du 7 septembre 2014 au 12 octobre 2014, l'assuré avait repris son activité à 50% dès le 13 octobre 2014.

Face à la persistance des douleurs, la R._____, assureur-accidents, a ordonné une expertise, qu'elle a confiée au Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans un rapport du 14 juillet 2015, l'expert a retenu les diagnostics de tendinopathie sévère de l'ECU [extenseur carpi ulnaris] à la face cubitale du poignet droit, de status après infiltration cortisonée de l'ECU dans la 6^e coulisse des extenseurs du poignet droit en novembre 2014 et janvier 2015, de status après contusion avec petite plaie en regard de la 6^e coulisse des extenseurs du poignet droit le 6 septembre 2014 avec développement secondaire d'une tendinopathie sévère de l'ECU et de status après fracture du poignet droit dans l'enfance avec pseudoarthrose résiduelle asymptomatique de la styloïde cubitale et remaniement ancien du fond de la 6^e coulisse des extenseurs. Le Dr M._____ a préconisé une intervention chirurgicale de ténolyse +/- plastie fibreuse de l'ECU dans la 6^e coulisse, estimant que l'assuré retrouverait une capacité de travail entière dans son activité habituelle quelques semaines après l'opération.

Le 21 août 2015, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main à [...], a entrepris la révision chirurgicale de l'ECU proposée par le Dr M._____. En

cours d'opération, le chirurgien s'est trouvé de manière inattendue face à un tendon complètement remanié et fortement adhérent au voisinage, qui s'est avéré impossible à ténolysé de façon satisfaisante. Dans un rapport du 30 septembre 2015 à la R._____, le chirurgien a expliqué que la reconstruction du tendon du cubital postérieur paraissait risquée et qu'il convenait de lui préférer une ténotomie simple en aval et en amont de la tête cubitale afin de découpler le tendon de toute contrainte mécanique.

Dans un rapport du 19 avril 2016, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture-arrachement de la styloïde cubitale du poignet droit avec déchirure du ligament triangulaire, restant sans effet sur la capacité de travail. Le Dr S._____ a préconisé une intervention chirurgicale par arthroscopie pour suture et réinsertion du ligament triangulaire avec ablation du fragment osseux de la styloïde cubitale.

Par complément d'expertise du 4 mai 2016, le Dr M._____ a ajouté aux diagnostics initialement retenus une rupture de l'ECU dans la 6^e coulisse du poignet droit après tentative de ténolyse chirurgicale le 21 août 2015 et un remaniement ancien du TFCC [Triangular fibrocartilage complex]. L'expert a expliqué que la ténotonie envisagée par le Dr D._____ était la solution la plus raisonnable, mais qu'elle n'était plus nécessaire compte tenu de la rupture spontanée du tendon. Il a constaté que seul prévalait dorénavant un petit état inflammatoire résiduel dans la 6^e coulisse vide et que les douleurs plus distales avaient quasiment disparu. S'agissant du traitement des douleurs résiduelles, l'expert a préconisé une infiltration cortisonée, ou, en cas de refus du patient, le port d'un bracelet de protection et de force avec rembourrage de la zone cicatricielle. Le Dr M._____ a estimé que l'assuré serait apte à reprendre son travail à 100% au plus tard à la fin mai 2016, de sorte qu'une reconversion professionnelle n'était pas utile.

Dans un avis du 22 juin 2016, la Dre W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est ralliée aux conclusions de Dr M._____ et a estimé que

l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dès la fin mai 2016, sans limitations fonctionnelles.

Par décision du 2 décembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% dès le 6 septembre 2014, puis de 50% dès le 13 octobre 2014, avant de recouvrer une pleine capacité de travail dès fin mai 2016. Compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 2 juin 2015, l'assuré s'est vu octroyer une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 31 août 2016. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 19 mars 2018, Q._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI, au motif qu'il souffrait de douleurs et d'un manque de force au poignet droit liés à l'accident du 6 septembre 2014. Il a expliqué qu'il présentait une incapacité de travail de 30% depuis le 1^{er} juin 2017 et que la R._____ mettrait fin au versement des indemnités journalières perte de gain maladie au 31 mai 2018. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un certificat du 16 avril 2018 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'avait opéré le 9 septembre 2016 conjointement avec le Dr S._____ pour une rupture du ligament triangulaire avec désinsertion fovéale et ablation d'un fragment osseux libre de la styloïde cubitale. Selon le Dr C._____, l'assuré avait suivi des séances de rééducation bien conduites et présentait une excellente stabilité de l'articulation radio ulnaire distale ainsi qu'une mobilité normale ; il était capable d'exercer une activité ne nécessitant pas le travail de force de la main et du poignet droit ni le port de charges de plus d'un kilogramme.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office AI est entré en possession d'un lot de pièces médicales, parmi lesquelles :

- un rapport du Dr S._____ du 9 janvier 2018, selon lequel la capacité de l'assuré devrait être entière dans son activité habituelle consistant à surveiller des écrans et ne nécessitant pas de force au niveau du poignet,

- un rapport du Dr S._____ du 12 septembre 2018 attestant une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de même que dans toute activité demandant peu d'efforts physiques, avec une limitation de poids de 20 kg et précisant que le traitement avait pris fin le 9 mars 2018.

Le 16 mai 2019, l'assuré a transmis à l'Office AI deux certificats établis par le Dr C._____ les 7 octobre 2014 [recte : 2016 ?] et 3 février 2017.

Dans un avis du SMR du 23 juin 2020, le Dr H._____ a estimé que l'état de santé de l'assuré n'avait pas connu de modification depuis la précédente décision de l'Office AI et que l'appréciation de l'expert M._____ prévalait toujours. L'opération subie en septembre 2016 avait certes pu induire une incapacité de travail de 100% durant deux mois, mais n'empêchait pas la prise en plein de l'activité habituelle, qui ne nécessitait pas le port de charge.

Par projet de décision du 24 juin 2020, l'Office AI a signifié à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations du 19 mars 2018 au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé limitant sa capacité de travail ou imposant des limitations fonctionnelles et que, hormis durant les deux mois suivant l'intervention chirurgicale de septembre 2016, il disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Le 5 juillet 2020, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité, tout en précisant qu'il travaillait à 32% pour [...], après avoir perdu son emploi d'agent de sécurité en 2018, en raison de ses limitations fonctionnelles.

L'assuré n'ayant pas produit de rapports médicaux appuyant ses objections, malgré la demande de l'Office AI du 7 juillet 2020, ledit office a maintenu son refus de prestations par décision du 9 septembre 2020.

C. Le 9 octobre 2020, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a reçu de l'Office AI copie d'un courriel du 2 octobre 2020 de l'assuré contestant le bien-fondé de la décision du 9 septembre 2020 et demandant la mise en œuvre d'un examen clinique visant à réévaluer sa situation médicale.

Interpelé par le juge instructeur, l'assuré a confirmé que le courriel précité devait être considéré comme un recours contre la décision de l'Office AI.

Dans une réponse du 21 décembre 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 15 février 2021, l'assuré a transmis des rapports des Drs S. _____ et C. _____ déjà au dossier de l'Office AI ainsi qu'une attestation du 19 février 2021 du Dr V. _____, spécialiste en médecine générale.

Par duplique du 8 mars 2021, l'Office AI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa nouvelle demande du 19 mars 2018.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. Dès lors que l'Office AI est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente, est survenu entre la décision du 2 décembre 2016 lui allouant une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 13 août 2016 – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 9 septembre 2020.

a) Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations de l'assuré, il a été établi que le recourant souffrait d'une tendinopathie sévère de l'ECU à la face cubitale du poignet droit, d'un status après infiltration cortisonée de l'ECU dans la 6^e coulisse des extenseurs du poignet droit en novembre 2014 et janvier 2015, d'un status après contusion avec petite plaie en regard de la 6^e coulisse des extenseurs du poignet droit le 6 septembre 2014 avec développement secondaire d'une tendinopathie sévère de l'ECU et d'un status après fracture du poignet droit dans l'enfance avec pseudoarthrose résiduelle asymptomatique de la styloïde cubitale et remaniement ancien du fond de la 6^e coulisse des extenseurs (rapport d'expertise du Dr M._____ du 14 juillet 2015). Procédant à la révision chirurgicale préconisée par le Dr M._____, le Dr D._____ s'était trouvé de manière inattendue face à un tendon complètement remanié, adhérant fortement au voisinage, qui avait empêché la ténolyse programmée. Le 30 septembre 2015, le DrD._____ avait préconisé une ténotomie simple en aval et en amont de la tête cubitale. Relevant que le patient était craintif face à toute incertitude pronostique liée à une intervention chirurgicale, il entendait lui proposer de trancher entre les deux options existantes : soit reprendre en l'état son activité professionnelle avec un rendement complet, soit assumer le léger risque d'une ténotomie, qui pourrait améliorer les choses sans risque significatif de péjoration. Lors du complément d'expertise du 4 mai 2016, le recourant avait signalé au Dr M._____ la persistance d'une zone

douloureuse située au-dessus de la 6^e coulisse des extenseurs du poignet droit, alors que les douleurs présentes à la base du 5^e métacarpien droit avaient en grande partie régressé. Les douleurs pouvaient prendre des caractéristiques de brûlure et restaient exacerbées au contact d'objets durs et dans certains efforts ; elles pouvaient également survenir en fin de mouvement d'extension, de déviation cubitale et de supination du poignet. A l'issue de son examen du 4 mai 2016, le Dr M._____ avait ajouté les diagnostics de rupture de l'ECU de la 6^e coulisse du poignet droit et de remaniement ancien du TFCC, afin d'intégrer les constatations faites par le Dr D._____ lors de l'intervention chirurgicale du 21 août 2015. L'expert avait encore observé qu'ensuite de la rupture spontanée de l'ECU, la ténotomie envisagée par le Dr D._____ ne s'avérait plus nécessaire. Seul prévalait encore un petit état inflammatoire résiduel dans la 6^e coulisse des extenseurs, vide, les douleurs plus distales ayant quasiment disparu. Le Dr M._____ estimait que l'inflammation pourrait être traitée par une infiltration cortisonée ou par le port d'un bracelet de protection et de force, ensuite de quoi le recourant retrouverait une capacité de travail de 100%, au plus tard à la fin du mois de mai 2016.

C'est sur la base de la situation telle que décrite ci-dessus que l'intimé a statué sur le droit à la rente du recourant, par décision du 2 décembre 2016, et lui a accordé une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 31 août 2016, estimant que dès la fin mai 2016, l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité.

b) A l'appui de sa nouvelle demande du 19 mars 2018, le recourant a fait valoir qu'il se trouvait en incapacité de travail de 30% depuis le 1^{er} juin 2017 en raison de douleurs et d'un manque de force au poignet droit liés à l'accident du 6 septembre 2014.

Il ressort des pièces au dossier que le 9 septembre 2016, le recourant a fait l'objet d'une arthroscopie du poignet droit destinée à suturer et à réinsérer le ligament triangulaire au niveau de l'insertion fovéale, selon les indications posées par le Dr S._____ le 16 avril 2016.

Pratiquée par les Drs S._____ et C._____, cette opération a été suivie d'une évolution favorable. Dans leurs rapports respectifs des 9 janvier 2018 (Dr S._____), 16 avril 2018 (Dr C._____) et 12 septembre 2018 (Dr S._____), les chirurgiens ont constaté que leur patient ne subissait pas d'anomalies fonctionnelles et que l'intervention avait conduit à une excellente stabilité de l'articulation ulnaire distale ainsi qu'à une mobilité normale, pratiquement identique à celle du poignet gauche. S'il persistait des plaintes résiduelles de douleurs au niveau du pisiforme, le long du muscle extenseur ulnaire du carpe et du nerf cubital distal en arrière de la styloïde, elles n'étaient pas objectivées par l'imagerie (IRM et radiographie des 3 avril et 8 juin 2017). Une scintigraphie du 14 novembre 2017 avait en outre conclu à l'absence d'atteinte inflammatoire ou arthrosique des os du carpe, du radius et du cubitus. Au vu de ces constatations objectives, les Drs C._____ et S._____ ont tous deux conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité demandant peu d'efforts physiques, en particulier au niveau de la main et du poignet droit, et ne nécessitant pas le port de charges. Le Dr S._____ a précisé dans son rapport du 9 janvier 2018 que les résultats des examens radiologiques, scintigraphiques et cliniques en sa possession lors de son dernier contrôle du 3 novembre 2017 permettaient de conclure que la capacité de travail du recourant devrait être entière dans son activité habituelle, mais que l'intéressé refusait toute reprise à 100%.

Le recourant n'a produit aucune pièce médicale susceptible de remettre en cause les observations des médecins qui l'ont opéré. Les rapports des 7 octobre 2014 [recte : 2016 ?] et 3 février 2017 du Dr C._____, qui font notamment état d'une instabilité résiduelle modérée du poignet droit et d'une incapacité partielle de travail à réévaluer à six mois, sont antérieurs à son rapport du 16 avril 2018, de sorte qu'ils ne sont pas déterminants en l'espèce. De même, l'attestation du 19 février 2021 du Dr V._____ signalant la persistance de douleurs chroniques au poignet droit lors des mouvements de pronation et de supination, essentiellement en cas de port d'objets lourds et de mouvements forcés du poignet, ne permet pas de remettre en cause la pleine capacité de travail retenue par les chirurgiens, puisque ceux-ci ont admis que le

recourant devait éviter les activités de force. On notera à cet égard que lors du complément d'expertise du Dr M._____ du 4 mai 2016, le recourant avait déjà signalé des douleurs dans certains efforts, qui pouvaient également survenir en fin de mouvement d'extension, de déviation cubitale et de supination du poignet. Les éléments apportés par le Dr V._____ ne dénotent donc pas d'un changement de situation significatif. C'est le lieu de rappeler que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Ainsi pour être déterminantes dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, des douleurs, ou leur augmentation, doivent être objectivées par des constats médicaux, inexistantes en l'espèce. En tout état de cause, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'appréciation faites par les chirurgiens sur la capacité de travail de leur patient.

On peut encore relever que si le recourant a fondé sa nouvelle demande de prestations sur une incapacité de travail de 30% prévalant depuis le 1^{er} juin 2017, il n'a en réalité pas cessé d'annoncer des incapacités de travail, totales ou partielles, depuis septembre 2014 (cf. décomptes d'indemnisation et certificats médicaux au dossier de la R._____ et rapport de l'employeur du 5 octobre 2018). Il a donc perçu sans interruption (hormis les délais d'attentes légal et contractuels) des indemnités journalières de la R._____, intervenant dès juin 2016 en qualité d'assureur perte de gain maladie, jusqu'à l'épuisement du droit aux prestations, au 31 mai 2018. Ce contexte appuie également l'absence d'une modification significative de son état de santé et de sa capacité de travail.

c) A la lumière des rapports médicaux au dossier, il y a lieu de constater que, hormis les suites temporaires d'une intervention chirurgicale survenue au demeurant avant la décision de l'Office AI du 3 décembre 2016, la situation du recourant, et singulièrement sa capacité de travail, n'ont pas connu de modification significative depuis 2016, de nature à influencer sur son droit aux prestations. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA pouvait être écartée et qu'il a refusé l'octroi de prestations, qu'il s'agisse d'une rente ou de mesures d'ordre professionnel.

d) Le dossier est suffisamment complet pour permettre au tribunal de trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de procéder au complément d'instruction requis par le recourant au plan médical, de telles mesures n'étant selon toute vraisemblance pas susceptibles de modifier l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3).

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 9 septembre 2020 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020, en vertu de l'art. 83 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. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant, dont les conclusions ont été rejetées (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 9 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), à charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Q. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :