

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2019

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à **W.**_____, recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant de Serbie-et-Monténégro, entré en Suisse en 1999, Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Titulaire d'un certificat fédéral de capacité de gestionnaire en logistique obtenu en 2005, il a travaillé dès le mois de septembre 2009 en tant que monteur électricien pour le compte d'une entreprise de travail temporaire.

Le 2 décembre 2009, Z._____ a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle : alors qu'il utilisait une perceuse, la mèche de cette dernière s'est bloquée dans le mur et la perceuse a heurté l'épaule gauche de l'intéressé. Il a présenté une incapacité totale de travail dès le 4 décembre 2009. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans le cadre de l'instruction du dossier par la CNA, Z._____ a effectué en 2011 et 2012 des séjours à la Clinique J._____ pour des douleurs persistantes à l'épaule gauche. Le 17 octobre 2012, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est exprimé en ces termes en conclusion de son rapport daté du même jour :

« (...)

On note d'importantes autolimitations et on souligne l'absence d'amyotrophie au niveau du MSG. L'examen neurologique ne permet pas d'expliquer les douleurs signalées par l'assuré et le bilan psychiatrique reconnaît un assuré fortement focalisé sur ses douleurs.

En conclusion, on admet que dans une activité respectant des limitations de port de charges au-delà de 10 kg, l'absence de travaux répétés au-dessus du niveau des épaules et l'absence d'utilisation du MSG pour des mouvements répétés, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. Je confirme cette appréciation.

(...) »

Par décision du 22 novembre 2013, confirmée sur opposition le 25 février 2014, la CNA a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux et au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2012 au motif que la capacité de travail de Z._____ était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr H._____.

La décision sur opposition du 25 février 2014 n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle est entrée en force.

b) Dans l'intervalle, Z._____ a déposé en date du 5 janvier 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a notamment fait verser au dossier celui constitué par la CNA. Il a également recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de Z._____.

En réponse aux questions du Dr D._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré ce qui suit dans un rapport du 15 avril 2013 :

« 1. Quelles sont les raisons qui expliquent l'incapacité de travail que vous attestez du 15.11 au 31.12.2012 ?

- Douleurs chroniques de l'épaule gauche sur un s/p entorse acromio-claviculaire gauche ainsi que tendinopathie du sus-épineux gauche traitée par acromioplastie arthroscopique et résection de la clavicule distale gauche le 23.12.2011.
- Algoneurodystrophie de Sudeck du membre supérieur gauche post-opératoire.
- Douleurs de l'épaule droite secondaire à une lésion partielle du tendon sus-épineux droite.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé de cet assuré, en particulier des deux épaules depuis le 17.10.2012, date de l'examen final de la Suva ?

Stagnante. Douleurs des deux épaules surtout à l'effort. Les douleurs au repos sont en baisse. Les séances de physiothérapie lui amènent un léger mieux.

3. Quelle est la situation actuelle ?

Pour ce qui est de l'épaule gauche, le patient présente une évolution stagnante avec des douleurs type inflammatoire dans le contexte d'une algoneurodystrophie. Pour cette problématique, je propose de poursuivre le traitement conservateur ainsi que le traitement antalgique AINS.

Pour l'épaule droite, la lésion du tendon sus-épineux étant partielle, je propose dans un premier temps un traitement conservateur.

4. Quel est le traitement actuel ?

Physiothérapie et antalgique au besoin.

5. Est-ce qu'il y a de nouvelles limitations fonctionnelles qui sont à retenir depuis octobre 2012 ?

Oui. Le patient développe une symptomatologie liée à une lésion partielle du tendon sus-épineux droite.

Les limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 2-5 kg, pas de mouvement au-dessus du buste, pas de mouvement répétitif) sont donc valables pour les deux épaules.

6. Quelle est la capacité de travail médico-théorique dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles ?

Le patient est 100% apte au travail dans une activité adaptée. »

Se prononçant sur les documents médicaux au dossier, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a notamment retenu ce qui suit (rapport du 9 juillet 2013) :

« Dans son rapport du 17.10.2012, le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, retient une CT totale dans une activité respectant un port de charge max. de 10 kg, pas de travail répété des MS au-dessus des épaules et pas d'utilisation du MSG pour des mouvements répétés.

Dans son rapport médical du 15.04.2013, le Dr S. _____ reprend les mêmes diagnostics [que le Dr H. _____, réd.] pour ce qui concerne l'épaule G tout en retenant une algodystrophie de Sudek du MSG postopératoire. Il retient également des douleurs à la mobilisation de l'épaule D secondaire à une lésion partielle du tendon du muscle sus-épineux. Ce médecin retient une CT totale dans une activité adaptée, les LF étant les mêmes que celles retenues par le Dr H. _____ à part un port de charge max. de 5 kg pour les deux MS.

Cet assuré présente donc des douleurs des deux épaules. Au niveau de l'épaule G elles sont secondaires à une algodystrophie postopératoire. Au niveau de l'épaule D, la symptomatologie douloureuse et apparue courant 2013 est en relation avec une lésion du tendon du sus-épineux secondaire à une sur-utilisation du fait de l'atteinte chronique controlatérale.

La CT dans l'activité habituelle d'aide-électricien est nulle depuis le 04.12.2009. Dans une activité adaptée aux LF, la CT est totale. Nous retenons comme limite de port de charge la valeur de 10 kg objectivée lors du séjour à la Clinique J. _____ de mai 2012. Pour l'épaule D, les LF pourront éviter une aggravation de l'atteinte. »

Par décision du 6 novembre 2014, l'office AI a rendu une décision, aux termes de laquelle il a reconnu le droit de Z. _____ à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2012. L'assuré ayant présenté une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 10 kg pour les deux membres supérieurs, pas de mouvements des deux épaules au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs avec les deux épaules) dès le 1^{er} octobre 2012, cette prestation était supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Cette décision n'ayant pas été contestée, elle est entrée en force.

B. Alléguant une péjoration de son état de santé, Z. _____ a déposé, le 15 mars 2018, une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande révision. A l'appui de sa démarche, il a transmis divers rapports médicaux provenant du dossier constitué par la CNA.

En réponse à un courrier du 16 mars 2018 impartissant à l'assuré un délai de trente jours pour produire à ses frais un rapport

médical détaillé, précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision, l'office AI a reçu un rapport du 25 mai 2018 dans lequel le Dr R._____, spécialiste en chirurgie, s'est exprimé en ces termes :

« Diagnostics :

- Status post acromioplastie de l'épaule gauche avec résection clavicule distale par mini-arthrotomie le 23.12.2011 (Dr S._____).
- Status post algodystrophie du membre supérieur gauche.
- Lésion partielle du tendon sus-épineux droit.

Douleurs persistantes des deux épaules avec déficit fonctionnel non amélioré par physiothérapie.

Monsieur Z._____ est dans l'incapacité d'effectuer une activité professionnelle avec port d'objets lourds (> 5 kg) ou avec mobilisation répétitive des épaules, les mains levées.

Une reconversion professionnelle lui est souhaitable ; raison de sa nouvelle demande AI. »

Dans un compte-rendu du 5 juillet 2018, la Dresse V._____, médecin au SMR, a estimé que les éléments médicaux apportés n'étaient pas de nature à justifier une entrée en matière.

Le 6 juillet 2018, l'office AI a informé Z._____ qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 15 mars précédent, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation médicale ou professionnelle s'était notablement modifiée depuis la décision du 6 novembre 2014.

Par pli du 26 juillet 2018, Z._____ a sollicité une prolongation de délai pour faire parvenir à l'office AI un rapport médical.

Dans un rapport médical du 25 septembre 2018 à l'office AI, le Dr R._____ a indiqué ce qui suit :

« J'ai vu le 24.08.2018 en consultation ce patient, qui se plaint en plus de sa symptomatologie au niveau de ses deux épaules, de polyarthralgies de la main droite et gauche ainsi que du genou gauche et du pied gauche évoluant de façon chronique avec exacerbation de la symptomatologie depuis deux mois. »

Par décision du 18 octobre 2018, l'office AI a entériné son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 15 mars 2018, conformément à son projet de décision du 6 juillet 2018, dont il a repris la motivation.

C. Par acte du 13 novembre 2018, Z. _____ a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et à ce que l'office AI entre en matière sur sa demande de prestations du 15 mars 2018. Il a fait valoir une mauvaise appréciation des rapports médicaux produits, dès lors que ceux-ci établissaient une aggravation de son état de santé.

Dans sa réponse du 15 janvier 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. En l'absence d'argument rendant plausible une modification de l'état de santé de l'assuré susceptible de changer le droit aux prestations tel que reconnu par la décision du 6 novembre 2014, il a considéré que c'était à juste titre qu'il n'était pas entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

En réplique du 6 février 2019, Z. _____ a fait grief à l'office AI d'avoir déclaré que les atteintes à la santé présentées étaient déjà connues lors de la décision du 6 novembre 2014 afin de refuser des investigations destinées à établir que les limitations fonctionnelles retenues étaient de nature à se péjorer au fil du temps. Il a déclaré confirmer son recours.

Dupliquant en date du 4 mars 2019, l'office AI a indiqué qu'en l'absence d'arguments particuliers avancés par l'assuré, il confirmait la teneur de ses lignes du 15 janvier précédent ainsi que les conclusions y figurant.

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 bien-fondé du refus opposé par l'office AI à l'assuré d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 15 mars 2018 signifié par décision du 18 octobre 2018.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. Il convient donc d'examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet

de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 6 novembre 2014. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

a) La décision du 6 novembre 2014 retenait que Z. _____ présentait une incapacité de travail de 100% ininterrompue dès le 10 août 2010 lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2012 compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 5 janvier 2012, mais disposait d'une capacité de travail complète dès le 1^{er} octobre 2012 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 10 kg pour les deux membres supérieurs, pas de mouvements des deux épaules au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs avec les deux épaules. En conséquence, l'office AI a supprimé le versement de la rente entière au 31 décembre 2012, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Ces éléments correspondent aux appréciations des Drs H. _____ et S. _____, ainsi qu'à la prise de position du Dr G. _____ du SMR. Le recourant souffrait notamment de douleurs aux deux épaules, celles à gauche étant secondaires à une algodystrophie postopératoire en raison de son accident de 2009 ; quant à la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite, elle s'expliquait par une lésion partielle du tendon du sus-épineux secondaire à une sur-utilisation du fait de l'atteinte chronique controlatérale.

b) A l'appui de sa demande de prestations du 15 mars 2018, le recourant a produit deux certificats médicaux des 25 mai et 25 septembre 2018 du Dr R. _____.

Le rapport du 25 mai 2018 dont se prévaut le recourant est insuffisant pour remettre en cause, même faiblement, les conclusions du

SMR. Cette pièce médicale ne contient aucun élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision du 6 novembre 2014 a été rendue. En effet, le Dr R. _____ pose les diagnostics de status post acromioplastie arthroscopique de l'épaule gauche avec résection de la clavicule distale par mini-arthrotomie le 23 décembre 2011, status post algodystrophie du membre supérieur gauche et lésion partielle du tendon sus-épineux droit. Or, ces diagnostics étaient déjà connus en 2013. En évoquant des douleurs persistantes des deux épaules avec déficit fonctionnel non amélioré par la physiothérapie, le Dr R. _____ ne rend pas plausible une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait à l'époque où la décision du 6 novembre 2014 a été rendue. Au demeurant, le Dr R. _____ n'atteste aucunement une incapacité de travail et les limitations fonctionnelles énoncées sont en substance les mêmes que celles retenues dans cette décision. Quant aux « polyarthralgies de la main droite et gauche ainsi que du genou gauche et du pied gauche évoluant de façon chronique avec exacerbation de la symptomatologie depuis deux mois » dont le Dr R. _____ fait état dans son certificat médical du 25 septembre 2018, il n'explicite pas l'accentuation des douleurs alléguées. Insuffisamment motivé, il ne rend ainsi pas vraisemblable que ces troubles constitueraient une atteinte à la santé invalidante.

c) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que Z. _____ n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par l'assuré le 15 mars 2018.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En

l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 18 octobre 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 mis à la charge de Z._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. Z._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :