

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), marié et père d'une fille majeure, a exercé la profession de plâtrier-peintre indépendant, à 100 %, dès avril 2011.

b) Le 26 août 2021, l'assuré a été victime d'un accident de travail lors duquel il a chuté d'une échelle.

Le jour même, l'assuré a été examiné à l'Hôpital [...]. Selon des rapports du même jour, l'assuré a souffert d'un traumatisme crânien pariétal gauche sans signe de lésion traumatique, d'une contusion de l'épaule gauche, d'une contusion à la main droite et d'une lésion P2 du 5^e doigt gauche.

L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % dès le jour de l'accident.

Le 31 août 2021, le sinistre a été annoncé à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur-accidents de l'intéressé.

c) Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 3 novembre 2021, le Dr E._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'un œdème marqué au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, sans disjonction, d'une diminution de l'espace entre le coracoïde et la face inférieure de la clavicule à la hauteur des ligaments trapézoïde et conoïde, avec œdème important dans cet espace et petite quantité de liquide avec rehaussement synovial marqué après injection de Gadolinium, laissant suspecter une atteinte de ces deux ligaments, ainsi que d'un signe en faveur d'un conflit sous-acromial avec bursite sous-acromio-deltaïdienne modérée et tendinite modérée du sus-épineux.

d) Dans un rapport médical intermédiaire du 25 janvier 2022 à l'attention de la CNA, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, a fait état des diagnostics de « fracture arrachement base P2 et P3 auriculaire [gauche] » et de « fracture de la styloïde radiale [droite] non déplacée ». L'évolution et le pronostic étaient favorables malgré la persistance de douleurs à la mobilisation, notamment lors des séances d'ergothérapie, ainsi qu'un déficit de flexion et d'enroulement à froid de l'auriculaire gauche. Selon le spécialiste, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % à compter du 1^{er} février 2022.

e) Selon un rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 10 mars 2022 du Dr G._____, spécialiste en radiologie, ledit examen avait montré :

- un conflit ulno-carpien avec discret remaniement microkystique du semi-lunaire, une chondropathie sous-jacente et une perforation centrale du TTFC (complexe fibrocartilagineux triangulaire ; lésion Palmer 2c) ;
- un remaniement kystique sous-chondral de l'épiphyse radiale sur probable chondropathie sous-jacente radio-scaphoïdienne ;
- des signes de conflit hamato-lunaire en présence d'un semi-lunaire de type II.

f) Le 29 mars 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « main droite poignet - main gauche petit doigt » des suites de l'accident du 26 août 2021.

g) Selon un rapport du 3 mai 2022 du Dr G._____, les radiographies du 5^e doigt gauche du même jour n'ont mis en évidence aucune anomalie.

h) Le 6 mai 2022, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés. Celle-ci a ensuite été interrompue, l'OAI estimant qu'il n'y avait pas lieu de mettre

en place d'autres mesures et que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'heure, la récolte d'informations étant encore nécessaire à l'examen de son droit aux prestations (communication de l'OAI du 30 novembre 2022).

i) Dans un rapport du 7 novembre 2022, le Dr X. _____ a fait état d'une évolution très nettement favorable au niveau de l'auriculaire gauche avec une mobilité s'améliorant et un enroulement complet du doigt. Il persistait encore quelques douleurs sur le versant cubital de l'interphalangienne proximale, mais la tuméfaction avait diminué et l'intégration du doigt dans les activités manuelles était plus aisée. Concernant le poignet droit, le status restait le même, avec une bonne mobilité malgré des douleurs et une gêne importante lors de la mobilisation, surtout en charge et lors des efforts répétés en préhension. Selon le spécialiste, la capacité de travail demeurait inchangée et un certificat d'incapacité à 50 % était délivré pour une durée de deux mois.

j) Selon un certificat médical du Dr X. _____ daté du 23 janvier 2023, l'incapacité de travail de l'assuré « [avait] débuté le 14 novembre 2023 » et « le travail [pouvait] être repris à 100 % le 24 janvier 2023 ».

k) Par projet de décision du 14 novembre 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue à compter du 26 août 2021 et que, selon les éléments médicaux reçus, une récupération progressive de sa capacité de travail avait été attestée à 50 % dès le 1^{er} février 2022, puis à 100 % dès le 24 janvier 2023, de sorte qu'une pleine capacité de travail devait lui être reconnue. Tant le préjudice économique que le taux d'invalidité étaient nuls et le droit à une rente n'était pas ouvert.

l) Le 9 décembre 2023, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a indiqué qu'il avait subi une opération de l'épaule en date du 24 janvier 2023 et avait été en convalescence après cette date. Il

a en outre fait valoir que sa situation médicale n'était pas stabilisée, son poignet droit étant encore bloqué et entraînant des douleurs et une incapacité à exercer son activité avec son bras directeur.

Par courrier du 15 février 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a complété son opposition, en faisant référence à un rapport du 7 février 2024 du Dr X. _____ - non joint - selon lequel il présentait une incapacité de travail de 50 % en raison de ses troubles au poignet et à l'épaule droite, de laquelle il avait été opéré le 24 janvier 2023.

m) Par décision du 6 mai 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 novembre 2023 et rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par prise de position du même jour, il a précisé que l'intéressé n'avait produit aucun élément médical lui permettant de revoir sa position.

B. **a)** Par acte du 7 juin 2024, F. _____, toujours représenté par Me Hofstetter, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit accordée à compter du 1^{er} septembre 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit un onglet de pièces sous bordereau, auquel figurait notamment le rapport établi le 7 février 2024 par le Dr X. _____, selon lequel le certificat du 23 janvier 2023 attestant d'une capacité de travail de 100 % dès le lendemain était erroné dans la mesure où son patient devait bénéficier d'une chirurgie de l'épaule droite le 24 janvier 2023 impliquant une incapacité de travail totale dès cette date. En outre, le bilan radiologique et clinique du même jour avait montré des altérations stylo-scaphoïdiennes justifiant la symptomatologie douloureuse associée à l'impotence fonctionnelle du poignet et l'assuré n'avait pas encore réintégré son membre supérieur droit dans son activité professionnelle à la suite de l'opération de l'épaule droite, de sorte que son incapacité de travail était de 50 % dès le 24

janvier 2023. Il estimait par ailleurs qu'une solution médico-chirurgicale devait à présent être proposée à l'assuré, en mentionnant une dénervation du poignet pour le cas où la gêne et les symptômes douloureux persisteraient.

b) Dans sa réponse du 29 juillet 2024, l'OAI a indiqué avoir soumis le rapport du Dr X._____ susmentionné à son Service médical régional (SMR), dont l'avis du 9 juillet 2024 était joint. Il a en outre précisé disposer, s'agissant des pièces médicales de la CNA concernant l'accident du 26 août 2021, des éléments versés au dossier jusqu'au 14 novembre 2023.

S'agissant de l'avis du SMR établi le 9 juillet 2024 par la Dre J._____, médecin praticienne, il en ressort en particulier qu'au vu des explications fournies par le Dr X._____ dans son rapport du 7 février 2024, l'état de santé de l'assuré ne pouvait pas être considéré comme stabilisé au vu de l'opération de l'épaule pratiquée le 24 janvier 2023, au sujet de laquelle aucun rapport ne figurait par ailleurs au dossier de l'OAI. La Dre J._____ en concluait que la position de l'intimé ne pouvait être maintenue et préconisait un complément d'instruction médicale.

c) En réplique, le 30 octobre 2024, le recourant a indiqué ne pas s'opposer au renvoi de la cause à l'intimé et a conclu à l'octroi de pleins dépens. Il a pour le surplus maintenu les moyens et conclusions de son recours.

d) Le 14 novembre 2024, l'intimé a renvoyé à l'avis du 9 juillet 2024 du SMR.

Dans d'ultimes déterminations du 26 novembre 2024, le recourant a derechef 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 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; 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, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, le début du délai de carence d'une année a été fixé par l'intimé à août 2021. Le recourant a déposé sa demande de

prestations auprès de l'OAI le 28 mars 2022 et le droit éventuel à une rente a donc pris naissance le 1^{er} septembre 2022, à savoir six mois après la date du dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu que sa capacité de travail s'était progressivement améliorée pour atteindre 100 % dès le 24 janvier 2023 et d'avoir statué, d'une part, en ignorant la teneur du rapport médical du 7 février 2024 du Dr X. _____ et, d'autre part, en ne tenant pas compte de son atteinte à l'épaule et de l'opération intervenue le 24 janvier 2023.

Quant à l'intimé, il renvoie à l'avis SMR établi le 9 juillet 2024 par la Dre J. _____ relevant que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée au moment de la décision litigieuse et préconisant une reprise de l'instruction.

b) Dans son rapport du 7 février 2024, le Dr X. _____ a indiqué que le bilan radiologique et clinique montrait des altérations stylo-scaphoïdiennes, qui justifiaient la symptomatologie douloureuse associée à l'impotence fonctionnelle du poignet et qu'une solution médico-chirurgicale devait être proposée au recourant. Il a rappelé, en outre, que le recourant avait subi une opération à l'épaule droite, qui l'empêchait de réintégrer son membre supérieur droit dans ses activités professionnelles. Il a ainsi estimé que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 50 % depuis le 24 janvier 2023, contrairement à ce qu'il avait indiqué dans son rapport du 23 janvier 2023 mentionnant une capacité de travail à 100 %. A cet égard, le spécialiste a exposé que son certificat avait été établi en raison du fait que l'assuré devait bénéficier d'une chirurgie de l'épaule qui impliquait un arrêt de travail à 100 % dès ce moment-là. Comme l'a relevé la Dre J. _____ dans son avis du 9 juillet 2024, il découle du rapport du 7

février 2024 précité que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée au moment de la décision litigieuse. Par ailleurs, aucun document médical relatif à l'opération à l'épaule subie par le recourant le 24 janvier 2023 ne figurait au dossier de l'intimé, si bien que celui-ci n'en a aucunement tenu compte dans son évaluation.

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant n'a pas été entièrement instruite par l'intimé, qui a, par conséquent, statué en méconnaissance de l'état de santé global du recourant, des limitations fonctionnelles en découlant éventuellement et de sa capacité résiduelle de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune.

La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 6 mai 2024 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation 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 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, pour F._____,
- 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 :