

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un diplôme d'architecte d'intérieur, a travaillé à titre indépendant dans le domaine de la rénovation de bâtiments.

Le 18 janvier 2023, l'assuré a déposé 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), exposant s'être blessé au coude et au poignet gauches à la suite de deux accidents.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), alors assureur-accidents de l'assuré, notamment un rapport du 18 janvier 2023 des Drs Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, médecin-assistante, de la clinique L._____. Ces derniers y mettaient en évidence le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs au poignet gauche ainsi que les diagnostics secondaires de chute d'un escabeau avec entorse du coude gauche (le 10 mars 2021), de chute à domicile (le 7 mai 2021) et de lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC) gauche et petit kyste arthro-synovial (sur IRM [imagerie par résonance magnétique] du 26 novembre 2021). Ils ont attesté une incapacité de travail de 100 % du 20 décembre 2022 (date d'entrée dans cette clinique) au 18 février 2023, tout en précisant que celle-ci devait être réévaluée par la suite.

En avril 2023, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce organisée auprès de la société [...] AG, laquelle a été interrompue avant son terme, dès lors qu'il ne souhaitait pas être accompagné dans la recherche de nouvelles pistes professionnelles en adéquation avec ses limitations fonctionnelles.

Par rapport du 19 mai 2023, la Dre W._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin traitant de l'assuré, a fait état du diagnostic - incapacitant - de douleur chronique persistante au poignet gauche (depuis 2021) et du diagnostic - sans impact sur la capacité de travail - d'épicondylite à gauche (depuis 2021). Elle a déclaré ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail de son patient.

Les 6 septembre 2023 et 12 février 2024, la CNA a transmis à l'Office AI diverses pièces, dont :

- une appréciation médicale établie le 8 août 2023 par le Dr S._____, médecin d'arrondissement, lequel reconnaissait à l'assuré une pleine capacité de travail en rapport avec son membre supérieur gauche dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de « *ports de charges lourdes supérieures à 25 kg notamment s'ils sont continus et/ou répétitifs* » ;
- un courrier du 4 septembre 2023 informant l'assuré de l'arrêt au 30 septembre 2023 du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des traitements médicaux par l'assurance-accidents ; et
- une décision du 9 février 2024 niant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif que celui-ci ne subissait aucune diminution notable de sa capacité de gain en raison de l'accident du 10 mars 2021.

Par décision du 23 mai 2024, confirmant un projet de décision du 12 avril 2024, l'Office AI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, dès lors que celui-ci n'encourait aucun préjudice économique du fait de son atteinte à la santé.

B. **a)** Par courrier du 21 juin 2024 adressé à l'Office AI, A._____ a allégué être, à ce jour, toujours en incapacité totale de travailler. Il a ainsi demandé à cette autorité de reconsidérer sa décision du 23 mai 2024. Celle-ci a transmis ce courrier à la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal comme objet de sa compétence dans un envoi du 2 juillet 2024.

b) Le 23 août 2024, répondant à une ordonnance du 15 juillet 2024 du juge instructeur, A._____ a confirmé que son courrier du 21 juin 2024 devait être traité comme un recours contre la décision du 23 mai 2024 de l'Office AI. Il a soutenu que cette dernière était fondée sur une chronologie inexacte des faits, avant de conclure implicitement à ce que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu.

c) Par réponse du 17 octobre 2024, l'Office a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

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, le courrier du 21 juin 2024 valant recours contre la décision du 23 mai 2024 a été adressé à l'intimé, qui l'a transmis à la Cour de céans le 2 juillet 2024 comme objet de sa compétence (art. 7 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il a donc été déposé en temps utile et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), si bien qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité.

b) 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).

Dans le cas présent, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1^{er} juillet 2023 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa demande, le 18 janvier 2023 (cf. art. 29 al. 1 et 3 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.

3. 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) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité, l'assurée doit remplir les trois conditions suivantes : premièrement, sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne doit pas pouvoir être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (par exemple, une mesure d'intervention précoce) dont on peut raisonnablement exiger le suivi (let. a) ; deuxièmement, il doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), étant précisé que seule l'incapacité de travail dans l'ancienne profession ou dans l'ancien domaine d'activité est à ce titre déterminante (ch. 2206 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], valable dès le 1^{er} janvier 2022) ; troisièmement, au terme de cette année, il doit présenter un taux d'invalidité d'au moins 40 % (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu sans invalidité, soit le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide, est comparé au revenu avec invalidité, soit le revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir sur un marché du travail équilibré après la mise en place des traitements et l'exécution des mesures de réadaptation (art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a déposé sa demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 LPGA), mais pas avant le mois qui suit son 18^e anniversaire (art. 29 al. 1 LAI).

4. 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).

5. a) En l'espèce, il ressort du dossier, en particulier des pièces transmises par la CNA, que le recourant a été victime de deux accidents les 10 mars et 7 mai 2021. Un scanner de son poignet gauche, réalisé le 14 novembre 2021, a montré une lésion partielle de l'insertion fovéale, versant palmaire, du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC) et une fissure du ligament luno-triquétral proximal. Une IRM de cette même articulation, effectuée le 26 novembre 2021, a, quant à elle, souligné une probable avulsion partielle de l'attachement ulnaire fovéal du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC), une discrète ténosynovite du tendon extenseur ulnaire du carpe et un petit kyste arthrosynovial palmaire

radioscaphoïdien. A la suite de ces événements, le recourant a présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle de 100 % du 11 mars au 5 octobre 2021, de 50 % du 7 juin au 7 août 2022 et de 100 % à nouveau dès le 8 août 2022, étant rappelé que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières le 30 septembre 2023. Il a séjourné du 20 décembre 2022 au 18 janvier 2023 à la clinique L._____. Dans leur rapport de sortie, les Drs Q._____ et J._____ ont fait état du diagnostic - principal - de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs au poignet gauche. Selon eux, si le pronostic était défavorable en ce qui concernait la reprise de l'activité habituelle, l'exercice d'une activité adaptée, à savoir une activité légère proscrivant le port répétitif de charges d'un poids supérieur à 25 kg, était possible dans un délai de deux mois à compter de la fin de son hospitalisation. Dans son appréciation du 8 août 2023, le Dr S._____ a fait siennes les conclusions des deux médecins de la clinique L._____, ajoutant que, du point de vue objectif, aucune déformation de l'avant-bras n'avait été relevée, mais que des douleurs radio-cubito-carpiennes persistaient, sans qu'une laxité manifeste à ce niveau ait cependant pu être démontrée.

b) Cela étant, rien au dossier ne permet de s'écarter des analyses du médecin d'arrondissement de la CNA et des Drs Q._____ et J._____ - auxquelles l'office intimé s'est rallié. Aucune incapacité de travail n'a en effet été attestée par la Dre W._____ au-delà du 30 septembre 2023. Cette spécialiste ne s'est en outre jamais prononcée, dans ses rapports à l'attention de l'intimé et de l'assureur-accident, sur la question de l'aptitude au travail de son patient dans une activité adaptée ni retenu de limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes au coude et au poignet gauches qu'elle a diagnostiquées. Ces atteintes sont de surcroît similaires à celles mises en évidence par les trois médecins susmentionnés dans leurs appréciations respectives. Au demeurant, le recourant a, lors d'un entretien le 21 juillet 2021, expliqué à son conseiller de la CNA que son travail dans la rénovation de bâtiments exigeait notamment l'utilisation de ses deux mains et le port de charges lourdes. On ne saurait donc faire grief aux Drs Q._____, J._____ et S._____ d'avoir jugé que l'exercice de cette activité habituelle n'était plus exigible.

Dans ces conditions, il convient de constater que le recourant est totalement incapable de travailler dans son ancienne activité, étant précisé qu'il a refusé toute prise en charge sur le plan chirurgical (arthroscopie) ni souhaité se réorienter dans une nouvelle profession, cela malgré la mise en place par l'office intimé de mesures d'intervention précoce en ce sens. Il présente en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sans ports de charges supérieures à 25 kg (en particulier si ces mouvements sont continus ou répétitifs), depuis le 18 mars 2023 – et non depuis le 18 avril 2023, comme l'a indiqué l'intimé dans sa décision du 23 mai 2024 –, à savoir deux mois après sa sortie de la clinique L._____.

c) Sur ce dernier point, la chronologie portant sur les périodes d'incapacité de travail, dont a fait état le recourant dans son acte du 21 juin 2024, est identique à celle retenue ci-avant (cf. *supra* consid. 5a). Elle se rapporte de plus uniquement à l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, de sorte qu'elle ne saurait remettre en doute la conclusion selon laquelle le recourant est pleinement capable de travailler depuis le 18 mars 2023 dans une activité épargnant son membre supérieur gauche.

d) Sur le vue de ce qui précède, il apparaît que le recourant ne saurait prétendre au versement d'une rente d'invalidité en ce qui concerne la première période d'incapacité de travail, laquelle courait du 11 mars au 5 octobre 2021. Cette dernière ne s'est en effet pas étendue sur une année entière, si bien que la deuxième condition de l'art. 28 LAI n'est pas remplie. Il en est de même s'agissant de la seconde période d'incapacité de travail, laquelle a débuté le 7 juin 2022. Si, cette fois-ci, le recourant a justifié d'une incapacité de travail de 40 % en moyenne dans son activité habituelle pendant une année, il n'a en revanche pas présenté une invalidité de 40 % au minimum à l'issue de celle-ci, comme exigé par l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. *supra* consid. 3c). Il n'a en effet subi aucun préjudice sur le plan économique en raison de son atteinte à la santé, comme l'atteste la comparaison d'un revenu sans invalidité de 46'200 fr. (soit le montant le plus favorable pouvant être retenu à l'aune des pièces au dossier) et d'un revenu avec invalidité de 67'331 fr. 90, à savoir le

salaire - indexé à 2023 - auquel pouvaient prétendre les hommes en 2022 dans des activités manuelles simples (cf. tableau TA1_skill-level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] ; cf. RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2), compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,6 heures (cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.04), de l'absence d'abattement justifié dans le cas concret et d'une capacité de travail préservée dans une activité adaptée. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a refusé de reconnaître au recourant le droit à une rente d'invalidité.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 23 mai 2024 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 23 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A._____.

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 :

- A._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :