

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Durussel, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

W. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Benjamin Schwab,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 6 et 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI et 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...], né en [...], marié et père d'une fille mineure, sans formation professionnelle reconnue, est arrivé en Suisse en 2007. Il était employé en qualité d'ouvrier et effectuait des travaux de maçonnerie au sein de C._____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 4 juin 2007.

a) L'assuré, droitier, a été victime d'un accident sur un chantier le 20 février 2012, lorsqu'il a glissé sur une plaque de glace, ce qui l'a fait chuter. Selon la déclaration d'accident faite par l'employeur à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA), qui a pris le cas en charge et dont le dossier a été versé à la cause, l'assuré s'était cassé le majeur (sic) de la main droite. Il a consulté la permanence de V._____ le lendemain, où une entorse métacarpo-phalangienne du pouce droit, stable, lui a été diagnostiquée. Une incapacité de travail complète lui a été prescrite, ainsi qu'une immobilisation du pouce dans une attelle plâtrée. L'assuré a tenté de reprendre le travail à plusieurs reprises, mais en raison de l'augmentation de ses douleurs durant l'exercice de son activité professionnelle, ces reprises se sont soldées par de nouveaux arrêts de travail. Le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 4 juillet 2012 et préconisé une hospitalisation au sein de T._____ (ci-après : T._____ T._____) afin de mener des examens complémentaires et d'exclure éventuellement une composante sudeckoïde de l'atteinte.

L'assuré a séjourné à T._____ une première fois du 10 juillet au 14 août 2012, où des investigations radiographiques, d'ergothérapie, de physiothérapie, de scintigraphie osseuse, de laboratoire et d'ateliers professionnels ont été menées. Selon le rapport final du 30 août 2012, il était retenu en sus de l'entorse du pouce, un diagnostic probable d'algodystrophie parcellaire du premier rayon de la main droite, au stade scintigraphique II. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale, ni d'indication à

poursuivre la physiothérapie ou l'ergothérapie. Une reprise progressive de l'activité habituelle était prévue.

Par courrier du 27 septembre 2012, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2012 initialement, ce terme ayant par la suite été reporté au 31 janvier 2013 en raison d'une incapacité de travail subséquente. Le motif du congé résidait dans des difficultés économiques.

À la suite de la nouvelle incapacité de travail précitée, annoncée par l'employeur auprès de la SUVA comme une rechute du 8 octobre 2012, l'assuré a effectué un second séjour à T._____, du 20 mars au 24 avril 2013. Il y a rempli sa première demande de prestations à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 avril 2013, en raison de « douleurs et limitations du pouce droit ».

Selon le rapport de sortie de T._____ daté du 7 mai 2013, étaient retenus comme diagnostics une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit en hyperextension, stable, une algodystrophie – ou maladie de Sudeck ou syndrome douloureux régional complexe, TF 8C_416/2019 consid. 5.1 – parcellaire du premier rayon de la main droite au décours, et une probable lésion de la poulie A1 du pouce droit (selon IRM du 25 mars 2013). Le tabagisme actif de l'assuré était également relevé. Une infiltration *loco-dolenti* de la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit avait été effectuée le 11 avril 2013, ce qui avait résulté en une nette diminution des douleurs. Des examens radiographiques, une IRM et une scintigraphie osseuse avaient été diligentés, de même que des évaluations d'ergothérapie et de physiothérapie. Les radiographies avaient révélé une subluxation du métacarpien et une hyperintensité de signal en regard de la poulie A1 des fléchisseurs du pouce. La scintigraphie osseuse triphasique mettait en évidence une quasi-normalisation par rapport aux comparatifs de juillet 2012. L'algodystrophie parcellaire paraissait au décours. La situation était stabilisée du point de vue médical et les limitations fonctionnelles

définitives suivantes étaient retenues : le port répétitif de charges lourdes au-delà de 20 kg et les travaux nécessitant l'utilisation d'outils vibrants. La volonté de l'assuré de « donner le maximum » et le niveau de cohérence étaient jugés élevés ; l'assuré sous-estimait cependant ses aptitudes fonctionnelles. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale, compte tenu de la bonne mobilité et de la stabilité de la zone métacarpo-phalangienne après l'infiltration. Le pronostic de réinsertion de l'assuré dans son activité habituelle était défavorable, au contraire de celui dans une activité adaptée. À la sortie, le traitement de l'assuré consistait en la prescription de médicaments, soit du Dafalgan en réserve, selon les douleurs, et du Flector Retard durant une semaine.

Dans un rapport à l'OAI du 17 juin 2013, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a repris les diagnostics posés par les médecins de T._____ comme ayant une influence sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles et certains constats cliniques. Son pronostic était favorable pour autant que l'activité professionnelle de l'assuré respecte ses limitations fonctionnelles. L'activité habituelle n'était plus exigible, alors qu'une activité adaptée l'était à au moins 80 % (ou environ 7 heures par jour) dès le 1^{er} juillet 2013.

L'assuré a été revu par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 6 septembre 2013, qui a décidé de recueillir l'avis du Dr H._____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Ceci afin de déterminer s'il y avait une indication chirurgicale susceptible d'améliorer la situation de l'assuré, qui rapportait des douleurs et une tuméfaction de l'articulation métacarpo-phalangienne dès qu'elle était sollicitée.

Le Service médical régional Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) a établi un rapport le 11 septembre 2013, selon lequel l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible, alors qu'une activité adaptée l'était à 100 % dès le 28 mai 2013, avec comme limitations fonctionnelles le port de charges supérieures à 20 kg, la sollicitation importante de la

main droite et l'utilisation d'outils vibrants. L'appréciation du SMR se basait principalement sur les deux rapports de T._____ et sur celui du Dr N._____ du 17 juin 2013. Le médecin du SMR indiquait : « On a constaté un état stabilisé, avec des limitations connues et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A noter que le médecin traitant atteste une capacité autour de 80 à 90 % ; cette différence n'intervient pas de façon déterminante dans l'orientation qu'il s'agit de donner à ce dossier ».

Le rapport de *consilium* du Dr H._____ du 18 novembre 2013 indiquait que ce dernier avait reçu l'assuré en consultation deux fois et avait effectué un bilan radiologique. Le chirurgien rapportait notamment ce qui suit :

« Ce patient a été victime le 20 février 2012 d'une entorse sévère de l'articulation MP du pouce droit avec arrachement très probable du ligament collatéral radial au niveau de son insertion sur le 1^{er} métacarpien. Actuellement, il présente toujours une symptomatologie douloureuse localisée à ce niveau. Radiologiquement, il présente maintenant une exostose localisée en regard de l'insertion sur le 1^{er} métacarpien de ce ligament. Par ailleurs, il présente également une symptomatologie douloureuse localisée au niveau de l'articulation MP à sa face palmaire, et à la palpation de la poulie A1 on suspecte la présence soit d'une déchirure de cette poulie, soit d'un kyste de type synovial. [...] Dans ces conditions, et au vu du résultat temporaire de l'infiltration pratiquée à T._____, je proposerais de procéder à une exploration de cette poulie A1 avec fasciotomie de cette dernière et si nécessaire, synovectomie du long fléchisseur du pouce.

Si la symptomatologie douloureuse devait persister [...] je proposerais alors, plutôt que de procéder à une reconstruction du ligament collatéral radial, à une arthrodèse MP du pouce ».

Le 15 janvier 2014, le Dr H._____ a procédé à la fasciotomie de la poulie A1 du pouce droit de l'assuré, avec exérèse d'un petit kyste et résection de synovite. Selon le Dr H._____, l'évolution de l'état de santé de l'assuré après cette intervention avait été dans un premier temps favorable, avant que la symptomatologie douloureuse ne réapparaisse avec une mobilité métacarpo-phalangienne un peu limitée. Il avait autorisé la reprise du travail à partir du 7 mars 2014, à 50 %, tout en émettant des craintes quant à la possibilité d'une reprise à temps complet. Le médecin retenait désormais comme seule indication

opératoire une arthrodèse de l'articulation en question, opération que l'assuré ne souhaitait toutefois pas. Une reconversion professionnelle de l'assuré semblait indispensable au Dr H._____.

b) Par projet de décision du 5 février 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier son droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Il retenait que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré était raisonnablement exigible, telle que la manutention légère, la gestion de stock de petit matériel ou la livraison de produits de boulangerie, par exemple. Ceci dès le 28 mai 2013, date de la fin de l'incapacité de travail attestée par T._____. La comparaison des revenus de l'assuré sans et avec invalidité, en tenant compte d'un taux d'abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, aboutissait à un degré d'invalidité de 8,85 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, ou à un reclassement professionnel.

Par décision du 4 mars 2014, l'OAI a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente d'invalidité à l'assuré, en reprenant les motifs de son projet de décision. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force. Elle est définitive.

c) Le médecin d'arrondissement de la SUVA a procédé à un bilan final le 26 juin 2014. Il en ressortait que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges de plus 20 kg, utilisation d'outils vibrants, efforts de pince du pouce de plus de 2,5 kg). Se fondant entre autres sur ces considérations, la SUVA a rendu une décision, confirmée sur opposition le 9 septembre 2014, mettant fin à l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais de traitement au 31 juillet 2014, niant le droit à une rente d'invalidité et allouant à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 5 %.

d) L'assuré a pris part à plusieurs stages professionnels, après qu'il eut demandé à pouvoir bénéficier d'une mesure d'aide au placement,

qui lui a été accordée par l'OAI. Ces stages n'ont pas débouché sur des propositions d'emploi à long terme. Après un premier jour de travail comme stagiaire chauffeur-livreur pour S._____ ([...] Société coopérative), l'assuré a consulté en urgence à l'hôpital, en raison de douleurs et gonflements de sa main droite. Il a bénéficié d'une interruption de travail dès le 30 novembre 2016, qui a été prolongée successivement par le Dr N._____, jusqu'au 1^{er} octobre 2017 puis pour une « longue durée » (certificats des 3 avril et 28 juin 2017).

B. a) L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 juin 2017, en raison de l'algodystrophie de son pouce droit, post-entorse sévère du 20 février 2012.

Dans un rapport à l'attention de l'OAI, appuyant la demande de prestations de l'assuré, daté du 1^{er} juin 2017, le Dr N._____ a indiqué qu'il retenait une aggravation de l'état de santé de son patient et que l'évolution avait été clairement défavorable depuis son dernier rapport du 17 juin 2013. Les diagnostics étaient une algodystrophie du premier rayon de la main droite séquellaire à l'entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne et une lésion de la poulie A1 du pouce droit. Le Dr N._____ précisait constater cliniquement la persistance d'une tuméfaction du pouce droit avec une nette limitation de l'extension et de l'abduction ainsi que dans une moindre mesure de la flexion et de l'adduction du pouce ; l'articulation restait sensible à la moindre palpation. L'incapacité de travail de l'assuré était « certainement de 100 % dans son ancienne profession ». Le médecin estimait l'incapacité de travail de l'assuré dans toute autre profession à au moins 80 %, car ce dernier était droitier, et il avait un degré de formation limité qui le « condamn[ait] à une profession manuelle ».

Selon les notes d'un entretien téléphonique de l'OAI du 14 juillet 2017, l'assuré a déclaré qu'il ne suivait plus de traitement particulier et qu'il prenait de temps en temps du Dafalgan lorsqu'il avait des douleurs.

Dans le cadre de cette aggravation annoncée de l'état de santé de l'assuré, l'assurance-accidents a alloué des prestations (prise en charge des soins médicaux et indemnité journalière) dès la déclaration de rechute, effectuée auprès de la SUVA le 11 janvier 2017, et jusqu'au 1^{er} septembre 2017. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a en effet considéré que la situation médicale était à nouveau stabilisée dès cette date et que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient alors superposables à celles du bilan final du 26 juin 2014. Cette appréciation se fondait notamment sur un rapport du Dr N. _____ du 3 mai 2017, duquel il ressortait que le médecin traitant n'avait pas fait effectuer d'examens chez un spécialiste en rhumatologie ni de nouveaux examens de laboratoire ou d'imagerie. Selon ce rapport, le Dr N. _____ estimait que l'assuré souffrait d'une pathologie rhumatismale chronique du pouce droit, certainement séquellaire à l'entorse, ce qui correspondait à la très probable algodystrophie parcellaire.

L'OAI a recueilli un rapport auprès du Dr N. _____, qui a indiqué le 26 septembre 2017 les mêmes diagnostics que dans son rapport du 1^{er} juin 2017. Plus aucun traitement n'était alors prodigué à l'assuré, car aucun n'était efficace. Le Dr N. _____ attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 20 % depuis le 1^{er} mars 2014 environ. Les limitations fonctionnelles étaient une « importante diminution de la force et de la mobilité du pouce droit », l'impossibilité de serrer la main droite et de faire la pince pouce-index, de faire des travaux précis de la main droite, de porter des charges de plus de 8 kg avec la main droite et d'utiliser des outils vibrants. Le médecin ne s'attendait pas à une amélioration de la capacité de travail car de nombreux essais sous forme de stages avaient été tentés et avaient échoué, dans des professions manuelles, ainsi qu'en raison de la formation très limitée de l'assuré.

Dans un avis médical du 24 avril 2018, le SMR a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière et qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif par rapport à la situation qui prévalait en 2013-2014.

b) Par projet de décision du 11 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il considérait que le dossier de l'assuré ne contenait aucun élément objectif nouveau par rapport à la situation de 2013-2014. La capacité de travail de l'assuré était toujours entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que les conditions du droit à une rente n'étaient pas réunies.

Par décision du 24 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

Par courrier du 9 août 2018, Me Benjamin Schwab, conseil de l'assuré constitué le 18 juillet 2018, a requis l'annulation de la décision de l'OAI, en raison du défaut d'écoulement du délai de détermination sur le projet de décision, compte tenu des fêtes estivales.

Par communication du 14 août 2018, l'OAI a annulé sa décision du 24 juillet 2018 et fixé un nouveau délai à l'assuré pour lui adresser ses déterminations. Ce délai a ensuite été prolongé.

Le 28 janvier 2019, l'assuré a fait parvenir ses déterminations à l'OAI, sous la plume de son conseil. Il réitérait sa demande tendant à ce qu'une rente AI lui soit accordée ; subsidiairement, il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise médicale. L'assuré a produit plusieurs certificats médicaux à l'appui de ses déterminations, sur lesquels il sera revenu plus en détails, soit dans l'ordre chronologique :

- Un rapport de la Dre K._____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, du 8 novembre 2018, à laquelle l'assuré avait été adressé par le Dr N._____ ;
- Un rapport d'IRM du Professeur J._____, spécialiste en radiologie, du 16 novembre 2018 ;

- Un rapport d'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) du 17 décembre 2018, effectué par le Dr M._____, spécialiste en neurologie ;
- Un rapport du Dr N._____ du 21 janvier 2019, adressé à Me Schwab, par lequel il lui transmettait les documents précités des médecins spécialistes consultés et les appréciait. Le Dr N._____ indiquait que le degré actuel d'incapacité de travail dans une activité adaptée était très difficile à estimer, chez l'assuré qui était droitier, mais qu'il était certainement supérieur à 60 % avec un rendement ne dépassant pas 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 8 kg de manière répétitive, les travaux nécessitant l'utilisation d'outils vibrants, ou l'utilisation de la pince pouce-index de plus de 2 kg, ainsi que les travaux nécessitant des gestes très précis et minutieux de la main droite. Le Dr N._____ notait que les traitements prescrits étaient l'application de glace si nécessaire et plusieurs infiltrations locales de cortisone, ainsi que du Dafalgan en réserve.

L'OAI a soumis ces dernières pièces au SMR, qui a émis un avis médical le 25 avril 2019. Selon cet avis, le rapport du Dr N._____ du 21 janvier 2019, ainsi que les autres rapports annexés précités, n'apportaient aucun élément nouveau. Pour le SMR, les diagnostics avancés étaient toujours ceux de T._____ du 7 mai 2013.

c) Par décision du 7 mai 2019, ainsi qu'un courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, motif pris qu'il n'y avait pas d'élément objectif nouveau par rapport à la situation qui prévalait en 2013-2014 et que sa capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

C. Par acte du 12 juin 2019, W._____, toujours représenté par Me Benjamin Schwab, a formé recours contre la décision de l'OAI du 7 mai 2019, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision

entreprise dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2018, et subsidiairement à l'annulation de la décision, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants, ainsi qu'à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

En substance, le recourant a fait valoir l'inexactitude, ou à tout le moins l'incomplétude des faits retenus par l'OAI pour fonder sa décision. Selon le Dr N._____, l'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis la dernière décision, ses limitations fonctionnelles s'étaient considérablement étendues et sa capacité de travail s'était dégradée. Il était désormais sous traitement médicamenteux, ce qui n'était pas le cas en 2014. La Dre K._____ avait retenu de nouveaux diagnostics. Sous l'angle de la violation du droit d'être entendu, le recourant se prévalait en sus du fait que l'OAI avait considéré son état de santé comme inchangé depuis la première décision de refus de rente, alors que les pièces versées au dossier, notamment les certificats des Drs N._____ et K._____, respectivement des 21 janvier 2019 et 8 novembre 2018, attestaient une nette péjoration de son état de santé et une importante diminution de sa capacité de travail. L'intimé n'avait pas expliqué pour quelle raison il n'avait pas pris ces pièces en considération, violant ainsi les droits du recourant à l'administration des preuves et plus largement son droit d'être entendu.

Par décision du 25 juin 2019, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 12 juin 2019, sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Schwab.

L'intimé a répondu au recours le 15 août 2019 et proposé son rejet. Il a rappelé le contenu des avis médicaux du SMR des 24 avril 2018 et 25 avril 2019 et produit un nouvel avis médical, du 6 août 2019, qui ne le faisait pas modifier son appréciation.

Le recourant a déposé une réplique auprès de la Cour de céans le 9 septembre 2019, par laquelle il a confirmé ses conclusions. Il a relevé que l'avis médical du SMR du 6 août 2019 était postérieur à la reddition de la décision litigieuse, ce qui paraissait curieux et « pourrait mettre à mal l'objectivité nécessaire à une telle entreprise ». Il a en outre remis en cause le contenu de cet avis.

Par duplique du 26 septembre 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Par avis du 8 novembre 2019, la juge instructrice a requis de la SUVA la production de l'intégralité du dossier actualisé du recourant et a donné la possibilité aux parties de le consulter. Avant cette requête, le dossier de la SUVA figurait en partie au sein de celui de l'intimé.

Par courrier du 12 décembre 2019, l'intimé a informé la Cour de céans que les documents remis par la SUVA ne modifiaient pas sa position. Il a produit un nouvel avis médical du SMR, du 9 décembre 2019, selon lequel les documents de la SUVA n'apportaient pas d'élément propre à modifier sa position.

Le 15 janvier 2020, le recourant a renoncé formellement à déposer des déterminations. Il a joint à son envoi un arrêt de travail établi par la Dre K. _____ le 27 novembre 2019, attestant son incapacité de travail « en 2019 jusque fin février 2020 au minimum ».

Le 1^{er} octobre 2020, le recourant a fait parvenir un courrier à la Cour de céans, qui a été transmis à son conseil.

Par avis du 11 août 2021, la juge instructrice a imparti un délai au 26 août 2021 à Me Schwab pour produire la liste détaillée de ses opérations dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Me Schwab a produit sa liste des opérations par courrier du 26 août 2021.

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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, et s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'intimé est entré en matière. Il s'agit de déterminer si, eu égard à l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et d'autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations

(cf. consid. 3c *infra*), la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la décision initiale du 4 mars 2014 et la décision litigieuse du 7 mai 2019 et si, le cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait dorénavant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

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, dans sa teneur en vigueur au 30 décembre 2020, vu l'art. 82a 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 atteint dans sa santé (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).

c) 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 consid. 3). 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.

d) 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. a) Pour pouvoir 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'espèce, il est incontesté que le recourant souffre d'une unique atteinte somatique déterminante pour l'assurance-invalidité, provoquée par l'accident du 20 février 2012, lorsqu'il a subi une entorse du pouce de la main droite, singulièrement de son articulation métacarpo-phalangienne. La première décision de refus de rente de l'OAI, du 4 mars 2014, est entrée en force. Cette décision se fondait principalement sur les rapports de T._____ des 30 août 2012 et 7 mai 2013, du SMR du 11 septembre 2013, ainsi que des Drs N._____ et H._____ (du 17 juin 2013, respectivement des 18 novembre 2013 et 15 janvier 2014). L'OAI avait retenu que le recourant n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle, mais qu'il était exigible qu'il exerce une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (le port de charges de plus de 20 kg, la sollicitation importante de la main droite, l'utilisation d'outils vibrants).

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant ne conteste pas l'inexigibilité de son activité habituelle, la nature de son atteinte ou les éléments économiques du calcul de son degré d'invalidité. Il a d'ailleurs indiqué dans sa deuxième demande à l'OAI qu'il la lui adressait pour « le même problème ». Le recourant prétend en revanche que son état de santé, en relation avec la même atteinte, s'est aggravé depuis la décision initiale, et que les effets de cette aggravation devraient

engendrer une modification de son degré d'invalidité, de sorte que le droit à une rente lui était ouvert et aurait dû lui être accordé par l'OAI.

a) Le recourant conteste la valeur probante des avis médicaux successifs du SMR, qui ont fondé la décision entreprise. Il fait valoir que les rapports de son médecin traitant, le Dr N._____, ainsi que les rapports qu'il a produits à l'appui de ses déterminations sur le projet de décision, contrediraient la position du SMR.

aa) Le premier avis médical du SMR émis après la nouvelle demande de prestations, le 24 avril 2018, contient l'anamnèse du recourant, dont des indications de nature personnelle et professionnelle. Il reprend le déroulement de l'accident de 2012, les hospitalisations à T._____, et les rapports du Dr N._____. Le SMR se réfère en outre dans cet avis à l'examen du dossier effectué par ce service en 2013-2014, qui était probant, complet, listait les plaintes (en particulier les rapports de T._____ et du Dr H._____) et qui a donné lieu à la première décision, contre laquelle le recourant n'a pas formé recours.

bb) Le SMR s'est également référé aux rapports contenus dans le dossier de la SUVA.

À cet égard, il sied de relever que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a

cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

En l'espèce, la décision sur opposition de la SUVA date du 9 septembre 2014, soit quelques mois après la première décision de refus de l'OAI mais avant le dépôt de la deuxième demande de prestations. Partant, cette décision et les rapports médicaux qui y ont mené étaient de nature à permettre au SMR d'évaluer l'état de santé initial du recourant, ainsi que les quelques mois d'évolution suivant la première décision. En l'occurrence, le médecin d'arrondissement était arrivé à la conclusion, après *consilium* avec un spécialiste, le Dr H. _____, que le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et la SUVA a décidé qu'il ne présentait pas d'invalidité susceptible de donner lieu à une rente, au sens de l'assurance-accidents. Dans un second temps, après quelques mois durant lesquels la SUVA a alloué des prestations au recourant en raison de l'annonce de sa rechute et de son incapacité de travail, soit du 11 janvier à la fin du mois de juin 2017, la situation médicale a été considérée comme stabilisée, avec des limitations fonctionnelles mais sans que la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne soit remise en cause. En effet, la SUVA a informé le recourant le 3 août 2017 qu'elle mettait fin à son indemnité journalière, au vu de sa situation médicale et du fait que ses limitations fonctionnelles étaient superposables à celles du bilan final du 26 juin 2014, de sorte qu'elle renvoyait pour le surplus à sa décision sur opposition du 9 septembre 2014. L'assureur-accidents a ainsi estimé en août 2017 que le recourant ne présentait pas d'invalidité susceptible de lui donner droit à une rente.

Ainsi, les pièces du dossier de la SUVA ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR, ce que le recourant n'invoque d'ailleurs pas. Au contraire, l'analyse du médecin d'arrondissement de la SUVA est cohérente avec celle du SMR, arrêtée quelques mois plus tard, ce qui contribue à renforcer la valeur probante de cette dernière.

cc) Durant la suite de la phase administrative, puis judiciaire, l'OAI a soumis au SMR chaque nouvel élément médical avancé par le recourant. À cet égard, l'affirmation de ce dernier selon laquelle la consultation du SMR après le dépôt du recours serait critiquable et pourrait faire douter de son objectivité tombe à faux. En effet, l'état de fait déterminant est fixé au moment de la reddition de la décision attaquée et le SMR se prononçait sur cette période déterminante, qui avait d'ores et déjà pris fin (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). De surcroît, l'intimé pouvait encore, jusqu'à l'envoi de son préavis à la Cour de céans, reconsidérer sa décision, ce qui justifie qu'il ait procédé à cette mesure d'instruction *pendente lite* (art. 53 al. 3 LPGA).

dd) Les avis du SMR des 25 avril, 6 août et 9 décembre 2019 ne portent pas davantage le flanc à la critique sur le plan formel, eu égard aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante (cf. consid. 4b *supra*). En effet, ils reprennent l'anamnèse du recourant, tiennent compte des rapports des médecins qu'il a consultés, de ses plaintes rapportées et ne contiennent pas de contradiction.

b) Sur le plan matériel, le recourant soutient que les certificats médicaux qu'il a produits contrediraient le contenu des avis du SMR, de sorte qu'ils n'auraient pas dû être suivis par l'intimé.

aa) À l'appui de ce grief, le recourant fait valoir les rapports de son médecin traitant. Or, le Dr N. _____ a pour le moins fluctué dans son

appréciation du cas du recourant, sans objectiver ces modifications sur le plan médical.

Dans un certificat du 22 décembre 2016, il faisait état d'une « récurrence avec aggravation d'une pathologie rhumatismale de la main droite », évoquant ainsi pour la première fois une maladie rhumatismale, mais sans autre précision. Quelques mois plus tard, dans son rapport du 1^{er} juin 2017, le Dr N. _____ a repris les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait indiqués dans son rapport du 17 juin 2013 (l'algodystrophie probable du premier rayon de la main droite séquellaire à l'entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit et la lésion de la poulie A1 du pouce droit). Dans un rapport du 3 mai 2017 adressé à la SUVA, il expliquait que la très probable algodystrophie du pouce équivalait à une maladie rhumatismale. Le 26 septembre 2017, le Dr N. _____ a indiqué dans un rapport à l'OAI, toujours en mentionnant les mêmes diagnostics, que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 20 % depuis environ le 1^{er} mars 2014. Pourtant, il avait indiqué le 17 juin 2013, soit à une date plus proche du mois de mars 2014, que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était d'au moins 80 % – en réalité plus proche de 90 % si l'on suit son indication de 7 heures de travail par jour – à partir du mois de juillet 2013. Le médecin traitant n'a ni expliqué ni objectivé cette évolution, alors qu'il retenait les mêmes diagnostics. Il rapportait en sus des plaintes du recourant largement superposables. En effet, dans son rapport du 17 juin 2013, le Dr N. _____ relevait déjà la persistance de douleurs lorsque l'articulation était sollicitée et plus particulièrement lorsque le recourant devait effectuer la pince pouce-index. Les plaintes qu'il a rapportées dans son rapport du 26 septembre 2017 sont similaires aux précitées, puisqu'il décrivait des douleurs à la moindre mobilisation du pouce droit. En outre, le Dr N. _____ a motivé son changement d'évaluation de la capacité de travail du recourant par des critères qui ne sauraient être pris en compte au stade de l'examen de la capacité de travail médicale. Il a en effet écrit dans son rapport du 26 juin 2017 qu'il ne s'attendait pas à une amélioration de la capacité de travail du recourant en raison de l'échec de ses nombreux stages professionnels dans des professions manuelles et en

raison de la formation « très limitée » de son patient. Le Dr N. _____ a en outre écrit le 1^{er} juin 2017 que la capacité de travail du recourant était de 20 % au maximum vu qu'il était droitier et avait un degré de formation limitée qui le « condamnait à une profession manuelle ». Ce faisant, le médecin a pris en compte des facteurs non déterminants du point de vue de l'évaluation médicale de la capacité de travail et qui ne sauraient justifier la modification de son appréciation du cas. L'aggravation attestée par le Dr N. _____ n'est donc pas objectivée sur le plan médical.

bb) S'agissant des rapports médicaux produits par le recourant avec ses déterminations du 28 janvier 2019, force est de constater qu'ils ne permettent pas non plus de remettre en question la valeur probante matérielle des avis du SMR. La Dre K. _____ a notamment rapporté ce qui suit :

« Les douleurs sont provoquées à la mobilisation du pouce, résultant en son exclusion (le patient se rase avec la main gauche par exemple). Il rapporte que le pouce peut gonfler même s'il ne fait que porter une feuille, et parfois des tremblements spontanés. Paresthésies occasionnelles dans les doigts radiaux de la main droite ».

La Dre K. _____ a entre autres constaté à l'examen clinique une subluxation palmaire de la première phalange et une douleur à la palpation de l'articulation concernée. Elle a observé, à l'aide d'une radiographie du pouce, une subluxation palmaire et ulnaire de la phalange proximale, une absence de signe d'atteinte dégénérative de l'articulation et un discret pincement trapézo-métacarpien. La Dre K. _____ a conclu son rapport du 8 novembre 2018 comme suit :

« A mon avis, l'instabilité métacarpo-phalangienne peut partiellement expliquer l'impotence fonctionnelle du pouce. L'exclusion quasi complète du pouce dans les gestes quotidiens, même simples au niveau de la pince pouce-index reste difficilement explicable, de même que la tuméfaction rapportée. A priori, en l'absence d'arthrose séquellaire, on pourrait donc proposer une reconstruction ligamentaire de l'articulation, dans le but de stabiliser l'articulation et réduire les douleurs. J'ai demandé une IRM pour préciser l'état des structures ligamentaires et articulaires. J'ai également organisé une ENMG du membre supérieur droit à la recherche d'un syndrome de compression du nerf médian au canal carpien, car le patient en présente quelques discrets signes

cliniques, et la décompression du nerf serait alors traitée en même temps que la reconstruction ligamentaire ».

Le rapport d'IRM du 14 novembre 2018 indique qu'aucune lésion ligamentaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit n'a pu être mise en évidence, pas plus qu'une lésion cartilagineuse significative. Il ressort ce qui suit du rapport du Dr M. _____ du 17 décembre 2018, établi après qu'il a procédé à l'ENMG :

« Le présent bilan électrophysiologique ne met actuellement pas en évidence d'atteinte significative du nerf médian au niveau du canal carpien ddc [réd. : des deux côtés].

En effet, à l'étude du nerf médian droit, on note une bonne préservation de la latence et de l'amplitude des potentiels moteurs et sensitifs distaux ainsi que de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet. Il n'y a pas de signes de dénervation dans le court abducteur du pouce. Lorsqu'on compare la vitesse de conduction sensitive du nerf médian à celle du nerf ulnaire au passage du poignet, il n'y a pas de différence significative. [...]

Dans le diagnostic différentiel, on doit évoquer la possibilité d'une atteinte de la branche sensitive superficielle du nerf radial ainsi qu'une atteinte radriculaire C6, diagnostics pour lesquels nous n'avons actuellement pas d'éléments significatifs sur le plan objectif ».

Les Drs K. _____ et M. _____ n'ont ainsi pas objectivé d'aggravation de l'état de santé du recourant, quoi qu'il en dise, comparativement aux diagnostics et plaintes qui ressortent des éléments médicaux qui ont mené à la première décision de l'OAI du 4 mars 2014. La Dre K. _____ relève au contraire que l'exclusion quasi complète du pouce dans les gestes du quotidien reste difficilement explicable. Les Drs M. _____, K. _____ et le Prof. J. _____ n'ont pas noté de tuméfaction lors de leurs examens (la Dre K. _____ mentionne une tuméfaction « rapportée »). Comme l'a justement relevé le SMR, les plaintes de l'assuré concernant l'enflement de son pouce lorsqu'il ne fait que porter une feuille de papier avaient déjà été mentionnées lors de son séjour à T. _____ en 2013 (cf. rapport T. _____ du 7 mai 2013 et avis SMR du 6 août 2019). La subluxation palmaire constatée par la Dre K. _____ était également connue, comme l'a noté le SMR, puisque le Dr H. _____ l'avait observée dans son rapport du 18 novembre 2013 (cf. avis SMR du 6 août 2019 et commentaires du Dr H. _____ sur les

radiographies des 13 juillet 2012 et 8 novembre 2013, dans son rapport du 18 novembre 2013). Le Dr M. _____ a certes constaté une déformation de la base du pouce droit tout à fait nette, sans que cela ne l'amène toutefois à poser un nouveau diagnostic ou à des conclusions particulières. Les spécialistes précités ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant. Ils n'ont pas objectivé de lésions ligamentaires, articulaires ou nerveuses.

Dans son rapport du 21 janvier 2019, le Dr N. _____ a indiqué que la Dre K. _____ aurait retenu les nouveaux diagnostics d'insuffisance chronique du ligament collatéral radial et de syndrome de compression du nerf médian du canal carpien droit, ce que le recourant répète en procédure. Or, ce premier diagnostic avait en réalité déjà été relevé et pris en compte par le Dr H. _____, qui rapportait un battement latéral en regard du ligament collatéral radial (cf. rapport du 18 novembre 2013). S'agissant du second diagnostic, à la lecture dudit rapport de la Dre K. _____, il est flagrant que la spécialiste suspectait cette atteinte, qu'elle a fait investiguer à l'aide d'une IRM et d'une ENMG. Ces examens n'ont toutefois en réalité pas confirmé le diagnostic.

Quand bien même un nouveau diagnostic serait posé *lege artis*, Il faudrait alors rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, les rapports précités n'objectivent pas d'évolution de la capacité de travail du recourant. Le Dr N. _____ s'est prononcé à nouveau sur la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée dans son rapport du 21 janvier 2019, précisant qu'elle était très difficile à estimer. Il a indiqué que le recourant présentait certainement une capacité de travail inférieure à 40 % avec un rendement ne dépassant pas 50 %. Cette estimation, modifiée par rapport à la dernière qu'il avait faite (20 %, sans diminution de rendement annoncée, cf. rapport du 26 septembre 2017), n'est à nouveau pas motivée sur le plan médical. Elle laisserait d'ailleurs entendre une certaine amélioration de l'état de santé du recourant, puisque sa capacité de

travail aurait augmenté de 20 à 40 % dans l'appréciation de son médecin traitant, ce qui ne paraît pas cohérent avec la lignée des certificats médicaux du Dr N._____ jusque-là. Il s'agit au demeurant de la première mention d'une diminution de rendement du recourant, sans qu'elle ne soit objectivée par le médecin.

cc) Le recourant relève que le SMR n'aurait pas pris en considération les rapports des Drs M._____ et N._____ dans son avis du 6 août 2019, sans expliquer pour quelle raison. Ce manquement violerait son droit d'être entendu. Or, à la lecture des avis médicaux du SMR, force est de constater que tous les rapports médicaux ont été pris en compte et analysés. En particulier, l'avis médical du SMR du 25 avril 2019 traite le rapport du Dr M._____, celui du Dr N._____ du 21 janvier 2019, ainsi que le rapport d'IRM effectué par le Prof. J._____. L'avis médical du 6 août 2019 reprend encore le rapport d'ENMG effectué par le Dr M._____ et le rapport de la Dre K._____. Le grief du recourant à cet égard peut ainsi être écarté.

dd) Ainsi, les avis médicaux du SMR qui ont mené à la décision attaquée ne sont pas sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés. Aucun doute ne subsiste quant à la fiabilité ou la pertinence des constatations effectuées par le SMR, de sorte que la valeur probante desdits avis est avérée et que l'OAI était fondée à les suivre pour rendre sa décision.

c) Le recourant argue qu'il suit des traitements médicaux, ce qui n'était plus le cas lorsque la décision initiale de l'OAI avait été rendue. Or, le SMR avait relevé le 24 avril 2018 que selon le Dr N._____, le recourant ne suivait alors plus de traitement, ce qui ressort effectivement de son rapport du 26 septembre 2017. Le recourant avait en sus déclaré à l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 14 juillet 2017 qu'il ne suivait plus de traitement et prenait du Dafalgan lorsqu'il avait des douleurs. Dans son rapport ultérieur, le Dr N._____ a noté qu'il avait prescrit au recourant du Dafalgan 1 gr. en réserve, l'application de glace si nécessaire et plusieurs infiltrations locales de cortisone (cf. rapport du 21 janvier

2019). Le rapport de sortie de T._____ du 7 mai 2013 indiquait déjà que du Dafalgan était prescrit au recourant en réserve, de sorte que ce traitement (de réserve) ne semble pas nouveau. Quoi qu'il en soit, rien n'indique que les traitements suivis actuellement par le recourant auraient un impact sur sa capacité de travail. Les traitements du recourant n'ont d'ailleurs pas été déterminants dans l'appréciation du cas par le SMR puis par l'OAI, lors de la prise de la décision initiale ou lors de celle de la décision entreprise, de sorte que l'on peine à discerner l'argument que le recourant souhaite en tirer.

d) Le recourant fait valoir l'augmentation de ses limitations fonctionnelles depuis la décision initiale de l'OAI. Cette question peut cependant souffrir de demeurer ouverte, compte tenu de ce qui suit. Le premier jour du stage du recourant chez S._____ à la fin du mois de novembre 2016 a certes été suivi d'une consultation en urgence à l'hôpital et d'un arrêt de travail, alors que l'activité devait respecter ses limitations fonctionnelles. Une intervenante de S._____ avait alors fait savoir ce qui suit à l'OAI :

« Son activité chez nous consistait à conduire un véhicule utilitaire pour aller chercher des sacs d'habits (entre 5 et 10 kg environ) et de les charger dans le camion. Son certificat médical restrictif était donc respecté (pas de port répétitif de charges de plus de 20kg, pas de travail nécessitant l'utilisation d'outils vibrants, pas de travail demandant des efforts de pince du pouce de plus de 2.5kg). Même en respectant cela il est clair que Monsieur W._____ ne peut pas avoir une activité nécessitant le moindre effort de sa main. Nous n'avons bien entendu aucune connaissance médicale, mais en moins d'une journée il était très clair que Monsieur W._____ ne pourrait plus travailler, en tous les cas dans un futur proche ».

Le Dr N._____ a certifié l'augmentation des limitations fonctionnelles du recourant dans son dernier rapport, en retenant le port de charges de plus de 8 kg de manière répétitive (et non 20 kg), le travail avec des outils vibrants, demandant des efforts de pince pouce-index de plus de 2 kg, et nécessitant des gestes très précis et minutieux de la main droite (cf. rapport du 21 janvier 2019). Cet élargissement éventuel des limitations fonctionnelles, certes rendu vraisemblable par l'issue du premier jour de stage chez S._____, n'est toutefois pas déterminant s'agissant de la capacité de gain du recourant dans une activité adaptée.

En effet, elles demeurent de la même nature que celles qui avaient été considérées par l'OAI et concernent toujours uniquement la main droite du recourant. On ne voit pas que ces limitations fonctionnelles soient susceptibles d'influer sensiblement sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité légère à plein temps. Pour ce qui est du taux d'abattement, même à concevoir que les limitations fonctionnelles justifieraient un taux supérieur à celui retenu dans la décision initiale (10 %), voire le taux maximal d'abattement, ce qui paraît déjà douteux, cela ne suffirait pas à ouvrir le droit à une rente au recourant. Il n'est ainsi pas nécessaire d'analyser ce point plus avant.

6. a) Le dossier de la cause permet à la Cour de statuer en connaissance de cause, il n'y a donc pas lieu de donner suite à la réquisition de mise en œuvre d'une expertise médicale formulée par le recourant (appréciation anticipée des preuves, ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Au vu de ce qui précède, l'état de santé du recourant – dont il ne s'agit au demeurant pas de minimiser le ressenti – et ses conséquences sur sa capacité de gain, n'ont pas subi de changement important propre à influencer son degré d'invalidité entre la décision de refus de rente du 4 mars 2014 et celle du 7 mai 2019. L'assuré conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, de sorte que l'intimé était fondé à rendre sa décision de refus du 7 mai 2019. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

7. 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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. a

et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire professionnel, ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Benjamin Schwab, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Schwab a produit la liste de ses opérations le 26 août 2021. Celle-ci totalise 12 heures et 55 minutes d'avocat au tarif horaire de l'assistance judiciaire pour la période du 17 mai 2019 au 26 août 2021. Après examen de la liste des opérations, le nombre d'heures facturé peut être entièrement admis, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige. Il convient par conséquent d'arrêter l'indemnité à la somme de 2'524 fr. 10, arrondie à 2'525 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

d) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 7 mai 2019 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 provisoirement laissés à la charge de l'État.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Benjamin Schwab, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'525 fr. (deux mille cinq cent vingt-cinq francs), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Benjamin Schwab (pour M. W. _____),
- 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).

La greffière :