

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Livet, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

D.S. _____, 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, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI ; 87
al. 2 et 3, 88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. D.S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], alors en dernière année d'apprentissage d'électricien de montage, droitier, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 6 août 2012, affirmant souffrir d'une ostéoporose migrante du genou gauche, de plica et de conflit fémoro-rotulien.

Par rapport du 4 juin 2013, le Dr L. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de Suisse romande (ci-après : SMR), a notamment indiqué ce qui suit :

« Il s'agit d'un assuré célibataire, âgé de [...] ans. Il est en 3^{ème} et dernière année d'une formation d'électricien de montage, dans l'entreprise M. _____ SA à [...]. Il développe, sans traumatisme, des douleurs du compartiment interne du genou gauche, avec mise en évidence d'un œdème osseux du condyle et du plateau tibial interne, d'une Hoffa et d'une plica. Le traitement conservateur étant sans effet. Une résection du corps de Hoffa et de la plica synovialis est alors réalisée, le 23.05.2012. Depuis lors, l'évolution n'est pas favorable, dans un premier temps, avec poursuite de douleurs. L'assuré est à l'arrêt de travail, à 100%, dès le 10.04.2012, selon rapport médical du Dr T. _____, interniste à [...].

L'orthopédiste opérateur, le Dr R. _____ a demandé un 2^{ème} avis au M1. _____. Le cas n'est pas stabilisé.

Dans un rapport médical du 15.01.2013, le Dr A. _____, du M1. _____, nous signale que l'évolution est devenue favorable avec disparition des douleurs. Le travail a pu être repris à 50%, dès le 03.12.2012, puis à 100% dès le 07.01.2013.

Comme l'interruption du travail a duré moins de un an et comme l'assuré peut reprendre son activité professionnelle antérieure, il n'existe aucune atteinte à la santé au sens de l'AI. »

Par décision du 20 octobre 2014 confirmant un projet du 8 septembre 2014, l'OAI a refusé la demande de prestations, au motif que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail pendant moins d'une année.

B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 4 novembre 2014, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, une douleur testiculaire persistante.

Il résulte de l'avis médical établi par le SMR le 10 décembre 2014 que l'assuré a subi une atteinte urologique ayant eu un caractère incapacitant provisoire. S'agissant des lombalgies chroniques dans un contexte de discopathie L5-S1 évoquées par son médecin généraliste et résultant d'une imagerie par résonance médicale (ci-après : IRM) du mois d'août 2013, le SMR a relevé que lors d'une consultation neurologique effectuée en raison de paresthésies du membre supérieur gauche, il n'y avait eu aucun élément d'appel pour de telles lombalgies. À cela s'ajoutait que le dossier ne comprenait aucune trace de plaintes à ce sujet, que l'anamnèse et le status clinique n'étaient pas détaillés et que le dossier ne comprenait aucun rapport médical orthopédique récent. Le SMR en a conclu que les faits d'ordre ostéoarticulaire nouvellement allégués n'étaient pas convaincants et les limitations fonctionnelles insuffisamment étayées.

Se ralliant à l'avis du SMR, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande par décision du 20 avril 2015, confirmant un projet du 20 février 2015, au motif qu'il n'était pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. a) L'assuré, désormais marié et père de deux filles, nées en 20[...] et 20[...], a été engagé en qualité de technicien en électroménager à 100% par la société D._____SA (anciennement [...]) dès le 1^{er} novembre 2018.

b) Le 9 août 2021, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Lors d'un dépannage sur un lave-vaisselle, il s'est violemment tordu la main et le pouce droits. Il s'est rendu au Service des urgences de l'Hôpital M3._____, où une « fracture avulsion extrémité distale côté

ulnaire du métacarpe II droit » a été diagnostiquée. Il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% dès cette date. Dès le lendemain, il a été suivi auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du M1._____ (ci-après : [...]).

L'intéressé a déclaré cet accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la Caisse), _____ assureur _____ LAA, _____ le 18 août 2021, laquelle a pris en charge les suites de cet événement et lui a notamment versé des indemnités journalières dès le 9 août 2021.

Lors d'une consultation du 29 octobre 2021, la Dre N._____, médecin spécialiste en médecine interne générale et Cheffe de clinique au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du M1._____, a indiqué que la situation s'était dégradée, malgré le traitement médicamenteux et les séances d'ergothérapie mises en place. Son patient subissait de fortes douleurs au repos, exacerbées par le mouvement, ainsi qu'une paresthésie de la totalité du pouce. Elle a posé les diagnostics d'« arrachement du ligament collatéral ulnaire MCP2 avec entorse, entorse du pouce droit de degré moyen et neurapraxie N. radial branche dorsale » et de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) de type 1.

Sur demande de la Dre N._____, l'assuré a séjourné auprès de la Z._____ (ci-après : [...]) du 21 décembre 2021 au 24 janvier 2022. Le 11 février 2022, les Drs C._____, médecin spécialiste en rhumatologie et J._____, médecin-assistant à la Z._____, ont établi un rapport dans lequel ils ont retenu les diagnostics de SDRC de type 1 de la main droite et de traumatisme de la main droite avec un arrachement du ligament collatéral ulnaire et une entorse métacarpo-phalangienne II, une entorse du pouce droit de degré moyen et une neurapraxie du nerf radial branche dorsale. La situation n'était pas stabilisée. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : port de charges jusqu'à cinq kilogrammes, activités nécessitant l'utilisation en force ou prolongée de la main droite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était

défavorable et il était encore trop tôt pour envisager une réinsertion dans une activité adaptée. À l'issue du séjour, le traitement mis en place comprenait la prise d'anti-douleurs ainsi que des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. L'intéressé avait d'ores et déjà rendez-vous avec la Dre G._____, médecin spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique auprès de l'Hôpital M2._____ (ci-après : [...]) et une convocation par le Centre d'antalgie de l'Hôpital de M5._____ était prévue.

Le 19 avril 2022, une IRM a été réalisée par le Dr W._____, médecin spécialiste en radiologie. Il résulte de son rapport du lendemain que l'assuré présentait une discrète tendinopathie d'insertion de la partie apicale du sous-épineux sans déchirure, une bursite sous-acromiale et une altération dégénérative débutante de l'articulation acromio-claviculaire droite avec des signes inflammatoires.

À la suite d'une IRM lombaire réalisée le 22 avril 2022, la Dre P._____, médecin spécialiste en radiologie, a indiqué que l'anneau fibreux en L5-S1 était fissuré, sans compression radiculaire.

Le 26 juillet 2022, la Dre G._____ a adressé son patient au M1._____ pour un avis neurologique et antalgique. Elle a rappelé que lorsqu'elle l'avait reçu en consultation pour la première fois le 18 octobre 2021, il n'arrivait plus rien à prendre dans la main, présentait des douleurs thénariennes ainsi qu'au niveau du 5^{ème} rayon. Après un séjour à la Z._____, une évaluation devait être organisée au Centre d'antalgie de l'Hôpital de M5._____, mais l'intéressé souhaitait se rendre au Centre d'[,...], plus proche de son domicile. Il attendait encore sa convocation. Lors d'une consultation du jour précédent, la situation était identique au niveau des douleurs, lesquelles étaient mal systématisables, diffuses au niveau de la main et disproportionnées par rapport à l'événement initial. Le patient décrivait des paresthésies et parfois des endormissements des doigts 4 et 5, le Tinel étant fortement positif au coude sans subluxation du nerf.

Le 22 août 2022, dans le cadre de la prise en charge des suites de l'accident du mois d'août 2021 par la CNA, l'assuré a été convoqué à un examen médical auprès du Dr B._____, médecin praticien et d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du lendemain, le Dr B._____ a diagnostiqué un SDRC et un traumatisme de la main droite avec un arrachement du ligament collatéral ulnaire et une entorse au niveau métacarpo-phalangien II, une entorse du pouce droit de degré moyen et une neurapraxie du nerf radial, branche dorsale. Le Dr B._____ a expliqué que le SDRC était responsable d'une évolution particulièrement longue malgré le séjour prolongé auprès de la Z._____. Sur le plan objectif, il a constaté ce qui suit : « aspect violacé et légèrement tuméfié de la main droite très douloureuse à la palpation, dysesthésie dans le territoire radial mais également à moindre degré dans le territoire cubital d'ailleurs marqué dans l'ensemble des doigts de la main droite limitant l'enroulement et l'écartement et l'ensemble des prises fonctionnelles des mains. Le poignet est également enraidit dans tous les plans. Au niveau des coudes, seule la pronosupination est atteinte ; il s'agit manifestement d'un syndrome épaule-main avec un enraidissement secondaire douloureux de l'épaule dominante avec des amplitudes en antépulsion abduction n'excédant pas l'horizontale ». Sur le plan subjectif, la sensation de douleur restait élevée, la capacité fonctionnelle était alléguée très limitée, l'assuré semblant toutefois rester autonome pour les actes de la vie quotidienne. Des soins actifs étaient encore d'actualité, le patient était toujours en arrêt de travail et la stabilisation n'était pas acquise. Le Dr B._____ a estimé qu'elle pourrait l'être d'ici six mois.

c) L'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI le 23 août 2022.

Par rapport du 12 septembre 2022, le Dr O._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du M2._____, a diagnostiqué un SDRC du membre supérieur droit. Il n'avait pas de proposition de prise en charge spécifique,

le traitement d'oxycodone et d'antalgiques mis en place lui semblant optimal. Aucune intervention chirurgicale n'était indiquée. Ce spécialiste a précisé qu'en cas d'amélioration, une infiltration de cortisone sous-acromiale et acromio-claviculaire pourrait être proposée au patient pour diminuer les douleurs, mais qu'en l'absence d'amélioration, le risque était trop grand d'aggraver l'algodystrophie.

Par rapport du 20 septembre 2022, le Dr T._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, a confirmé que son patient avait subi un traumatisme à la main droite avec arrachement ligamentaire collatéral ulnaire, entorse du pouce et neurapraxie du nerf radial branche dorsale et avait développé un SDRC, non stabilisé malgré une prise en charge médicamenteuse lourde ainsi qu'un suivi spécialisé. Il a également mentionné des douleurs à l'épaule droite en raison d'une tendinopathie du sus-épineux, d'une bursite sous-acromiale et d'une altération dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire.

Il résulte des notes de consultation de la Dre G._____ du 12 décembre 2022 que son patient avait dû augmenter la morphine, les douleurs étant de pire en pire, y compris la nuit. Le status était identique avec une dysesthésie dans tous les doigts. L'extension des doigts était limitée mais possible en position intrinsèque plus, bien que douloureuse. Après cinq minutes de testing, pourtant doux, les douleurs avaient augmenté et le membre supérieur droit était affecté de tremblements. Elle attendait les bilans antalgique et neurologique pour déterminer la suite à donner à la situation.

Dans un questionnaire complété et adressé à l'OAI le 31 décembre 2022, D._____SA a indiqué que l'assuré avait été engagé le 1^{er} novembre 2018 et que le contrat se terminait le 31 décembre 2022. Le salaire annuel était de 69'428 fr. 45 depuis le 1^{er} janvier 2022.

Par rapport du 3 janvier 2023 à l'OAI, le Dr T._____ a rappelé les diagnostics retenus dans son rapport du 20 septembre 2022 et ajouté

que son patient souffrait d'une discopathie L5-S1 depuis le printemps 2022. La situation n'était toujours pas stabilisée et l'incapacité de travail était totale dans quelque activité que ce soit.

Le 17 janvier 2023, le Dr F. _____ et la Dre X. _____, tous deux médecins spécialistes en anesthésiologie au Centre d'antalgie du M1. _____, ont établi un rapport après avoir reçu l'assuré en consultation le 13 décembre 2022. Se ralliant au diagnostic de SDRC de type 1 retenu par leurs confrères, ils ont constaté une allodynie au niveau de la main droite, une hyperalgésie diffuse au niveau du membre supérieur droit, une limitation fonctionnelle en raison des douleurs au moindre mouvement et des douleurs à la palpation paravertébrale cervicale ainsi que sur le trapèze droit et l'articulation acromio-claviculaire. Ils ont prescrit l'application de patchs de Neurodol au niveau de la main droite et un traitement par Duloxétine 30mg. La possibilité d'effectuer des infiltrations du ganglion stellaire devait être rediscutée dans un second temps.

Le Dr K. _____, médecin spécialiste en neurologie, a reçu l'assuré en consultation le 2 février 2023. Dans son rapport du même jour, il a d'emblée constaté l'état hyperalgique, post-traumatique de la main et de l'avant-bras droits, allant en s'aggravant depuis la demande de bilan de la Dre G. _____ du 26 juillet 2022, nécessitant une antalgie par Targin 2x30mg/jour et la prise régulière de Dormicum pour la nuit, selon lui très probablement majoritairement attribuable à un SRDC très prononcé. Le patient présentait des dysesthésies douloureuses diffuses et massives (montant à 7-8 sur 10) au moindre effleurement, rendant impossible une palpation ou un testing de la force musculaire cohérent. Ce spécialiste a évoqué une possible neuropathie cubitale ipsilatérale au coude surajouté. L'examen clinique était à peine réalisable et l'électromyogramme (ci-après : EMG) requis impossible sans médication antalgique plus forte prise au préalable. Le Dr K. _____ a précisé que l'intéressé avait renoncé à sa prise habituelle de médicaments pour pouvoir conduire afin de se rendre au cabinet.

Dans un rapport du 17 mars 2023 à l'OAI, la Dre G._____ a affirmé que l'incapacité de travail de son patient était encore totale. Son pronostic concernant la capacité de travail à un taux de 100% était défavorable, un taux de 50% pouvant éventuellement être envisagé à terme dans une activité adaptée.

Il résulte d'un rapport médical intermédiaire du 24 avril 2023 à l'attention de la CNA, que le pronostic du Dr T._____ quant à l'évolution de l'état de santé de son patient était défavorable.

Le Dr B._____ a une nouvelle fois reçu l'assuré en consultation le 25 mai 2023. Dans son rapport du même jour, après avoir répertorié les faits pertinents résultant des pièces du dossier et affirmé que les clichés radiologiques consultés restaient en concordance avec les comptes rendus produits, il a retranscrit les déclarations de l'intéressé. Ce dernier décrivait une main toujours douloureuse, l'empêchant de prendre un verre d'eau, d'ouvrir une bouteille ou un pot, de couper des aliments, de porter quelque charge que ce soit avec le membre supérieur droit ou de travailler l'épaule droite au-dessus de 60°. Il évoquait toujours des dysesthésies au coude, jusqu'à la main droite. Le médecin d'assurance a remarqué qu'au déshabillage, le patient épargnait son membre supérieur droit, ayant même nécessité une aide partielle de sa part. Il a ensuite constaté que la main, l'épaule, le coude et les poignets droits étaient très douloureux à la palpation et à la mobilisation. Il a pris les mensurations des membres supérieurs droit et gauche, notant une discrète amyotrophie du trapèze droit. Il a testé la mobilité scapulaire en mesurant l'amplitude de certains mouvements, mais n'a pas insisté, parce que la mobilisation de l'épaule droite était alléguée très douloureuse, de même que la palpation. La mesure des amplitudes articulaires du coude et du poignet droits a également dû être interrompue en raison d'une palpation et d'une mobilisation douloureuses. La main droite avait un aspect et une température physiologiques, ne présentait pas d'anomalie tégumentaire, mais était très douloureuse à la mobilisation et au toucher. Elle restait figée en semi-flexion avec les doigts légèrement écartés. Il était difficile

d'apprécier l'opposition du pouce et des doigts, de même que l'enroulement ainsi que la circumduction et l'opposition du pouce. Aucune prise fonctionnelle n'était possible avec la main droite, que ce soit la prise pulpaire, subtermino-terminale, tripode, pollicillo-latéro-digitale, sphérique, cylindrique ou crochet. Le test de Tinel, la recherche de réflexes ostéotendineux et l'examen dynamométrique n'avaient pas pu être effectués en raison des douleurs. L'examen clinique était assez comparable à celui de la dernière appréciation, voire d'aspect légèrement aggravé. L'assuré était inexaminable du fait des éléments douloureux de tout le membre supérieur droit. L'imagerie semblait en relation avec une algodystrophie, dont l'évolution habituelle était de douze à dix-huit mois. Force était dès lors de constater que la stabilisation était en l'occurrence atteinte. Le Dr B. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de technicien en électroménager et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes pour le membre supérieur droit : pas de mouvement nécessitant la préhension en force des amplitudes importantes du poignet et de la main droite et pas de mouvement fin et régulier de la main droite. Il a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement. Il a ajouté que ce qui apparaissait au premier plan au terme de son examen était l'absence d'amyotrophie au membre supérieur droit, voire une trophicité supérieure à droite qu'à gauche, en particulier aux biceps. Il n'y avait pas non plus d'anomalie tégumentaire, ni de la sudation. Une telle trophicité musculaire sous-tendait selon lui une utilisation du membre supérieur droit, s'intégrant dans une discordance anatomoclinique majeure.

La CNA a continué à verser des indemnités journalières à l'assuré au-delà du mois de mai 2023.

Le 12 juin 2023, par l'intermédiaire d'un formulaire de contact en ligne, l'assuré a informé la CNA que sa situation s'était aggravée environ cinq jours auparavant, nécessitant d'augmenter sa dose journalière de morphine.

Sollicité par la CNA, le Dr T._____ a répondu, par courrier du 28 juin 2023, que diverses approches avaient été tentées sans grande amélioration. Une tentative d'infiltration du ganglion stellaire n'avait pas abouti, en raison d'un malaise du patient, cette thérapie étant désormais écartée. Les douleurs avaient augmenté, responsables également d'une dyssomnie marquée. Le traitement avait été modifié en conséquence. Une perfusion de Lidocaïne était prévue.

Par avis médical du 4 septembre 2023, la Dre V._____, médecin spécialiste en chirurgie auprès du SMR, s'est ralliée à l'avis du Dr B._____, retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le mois d'août 2021 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au plus tard depuis l'examen du 25 mai 2023.

Par projet de décision du 5 octobre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février au 31 août 2023. L'existence d'une incapacité totale de travail sans interruption notable depuis le mois d'août 2021 justifiait l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2023. La suppression de cette rente était fondée sur les informations en sa possession, selon lesquelles une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée dès le 25 mai 2023.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 18 octobre 2023, estimant qu'un réexamen approfondi des preuves médicales au dossier était nécessaire. Il a notamment produit un certificat médical du Dr T._____ du 16 octobre 2023, duquel il résulte que les différentes prises en charge du SDRC (physiothérapie, ergothérapie, dry needling, hypnose, perfusion de Lidocaïne et prise de nombreux médicaments) n'avaient pas permis d'améliorer les symptômes, lesquels s'étaient même aggravés. Ce médecin a ajouté que son patient souffrait en sus d'une discopathie L5-S1 responsable de lombalgies chroniques et a signalé l'apparition de traits dépressifs, en particulier un important

sentiment de dévalorisation, l'évolution de son état de santé étant pesante sur le plan psychologique. Selon lui, il était illusoire de compter sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu de l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur droit, dominant, pour des travaux de force ou de manutention fine, de l'impossibilité de tenir une position statique de manière prolongée, de troubles de la concentration et de l'impossibilité de conduire ou de rester devant un écran sans être atteint de nausées en raison d'effets secondaires du traitement médicamenteux en place. Son pronostic était hautement défavorable, soulignant qu'il n'avait pas d'autre proposition de prise en charge à formuler hormis la continuation de la médication.

Par avis du 21 décembre 2023, la Dre V. _____ du SMR a relevé que le Dr B. _____, après un examen clinique approfondi, avait constaté une trophicité supérieure à droite qu'à gauche, sous-tendant une utilisation préservée du membre supérieur droit, ainsi que l'absence d'anomalie tégumentaire ou de la sudation. Selon elle, le médecin de la CNA avait donc des arguments suffisants pour conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée d'épargne du membre supérieur droit, sans qu'elle ne dispose d'éléments pour remettre en cause cette appréciation. S'agissant des lombalgies et traits dépressifs mentionnés par Dr T. _____, elle a souligné que le status clinique n'avait pas été détaillé et qu'aucune information n'avait été donnée sur d'éventuels suivis spécialisés préconisés et mis en place. Le Centre d'antalgie du M1. _____ avait certes fait des propositions thérapeutiques mais ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail. En l'absence de pièces médicales produites rendant vraisemblable une modification de l'état de santé de l'assuré depuis le projet de décision, la Dre V. _____ a affirmé que ses précédentes conclusions restaient valables.

Par courrier électronique du 16 janvier 2024, l'intéressé a transmis à l'OAI un rapport établi le 7 décembre 2023 par la Dre H. _____, médecin spécialiste en radiologie, à la suite de l'IRM lombaire réalisée le jour précédant. Cette médecin a conclu à l'existence d'une

discopathie L5-S1 avec hernie discale et rupture de l'anneau fibreux, sans retentissement canalaire ou foraminal.

Se prononçant sur ce rapport par avis du 18 janvier 2024, la Dre V._____ du SMR a souligné qu'il mentionnait juste une hernie en correspondance du disque entre les vertèbres L5 et S1 à cause de la rupture de l'anneau fibreux, mais le canal lombaire et le foramen n'étaient pas impactés par le contenu du disque, les nerfs n'étant ainsi a priori pas touchés. En l'absence d'un status clinique complet réalisé par un médecin, la Dre V._____ ne retrouvait aucune corrélation radio-clinique ni d'explication des plaintes de l'assuré. En l'absence d'éléments suffisants pour admettre l'existence d'une nouvelle atteinte, ses précédentes conclusions restaient valables.

Par décision du 7 mars 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février au 31 août 2023. L'office a en substance retenu que l'incapacité de travail de celui-ci était totale dans toute activité dès le mois d'août 2021, de sorte qu'au terme des délais légaux d'attente d'une année d'incapacité de travail et de six mois après le dépôt de la requête de prestations, soit le 1^{er} février 2023, il avait droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%. Dès le 25 mai 2023, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement nécessitant la préhension en force des amplitudes importantes du poignet et de la main droite, pas de mouvement fin et régulier de la main droite. Procédant à une comparaison des revenus, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 4,93%. Il a dès lors supprimé tout droit à une rente avec effet au 31 août 2023.

Le 25 mars 2024, le Dr T._____ s'est adressé à l'OAI en relevant que la prise en charge du SDRC dont souffrait son patient n'avait pas permis de maîtriser suffisamment les symptômes, le membre supérieur droit restant non fonctionnel. À cela s'ajoutait des

lombosciatalgies gauches dans un contexte de discopathies lombaires étagées avec hernie discale. Ce médecin a estimé que la situation méritait a minima un contrôle médical détaillé dans un centre d'évaluation avant toute décision. Les pièces suivantes ont également été versées au dossier de l'OAI :

- Un rapport du 20 janvier 2024 du Dr I._____, lequel a diagnostiqué, sur la base des résultats de l'IRM réalisée le même jour, une discopathie L3-L4 et L4-L5 sans conflit disco-radiculaire, sténose canalaire ni foraminale, aucune myélopathie n'étant pour le surplus visible.

- Un avis de sortie du 25 janvier 2024 établi à la suite du séjour de l'assuré au M2._____ du 20 au 24 janvier 2024. La Dre D._____, médecin-assistante, a indiqué que le patient leur avait été adressé par les urgences du M1._____ pour la gestion de l'antalgie de lombalgies non déficitaires sur hernies discales. Les lombalgies, connues depuis 2018, étaient exacerbées depuis décembre 2023. Le diagnostic retenu était une discopathie L3-L4 et L4-L5 sans conflit radicaire, sténose canalaire ni foraminale. Une infiltration lombaire de Solu-Médrol SAB à but diagnostique et thérapeutique avait été proposée et effectuée le 24 janvier 2024 et la médication antalgique adaptée.

- Un compte rendu de l'infiltration de Bupivacaïne dans le ganglion stellaire réalisée le 8 mars 2024 par la Dre E._____, médecin spécialiste en anesthésiologie.

- Un rapport du 18 mars 2024 établi par la Dre E._____ à la suite d'une évaluation multidisciplinaire réalisée au Centre d'antalgie du M1._____, à la demande du Dr T._____. Sur le plan somatique, les diagnostics suivants ont été retenus : SDRC algoneurodystrophie de la main, de l'os du carpe, du métacarpe et des doigts et lumbago-sciatalgie sans déficit neurologique. Selon la Dre E._____, après de nombreuses thérapies testées, la pose d'un neurostimulateur pouvait encore être envisagée, afin de travailler une kinésiophobie sévère et d'améliorer la capacité fonctionnelle très altérée. Sur le plan psychique, la psychologue ayant participé à l'évaluation avait relaté un isolement social, avec l'installation d'un cercle vicieux thymie abaissée-isolement. Trois anti-dépresseurs avaient été testés, qui auraient augmenté les idées suicidaires aux dires

du patient. Celui-ci ne souhaitait pas de nouvel essai ni de suivi psychologique. La Dre E. _____ a conclu que l'éventuelle pose d'un neurostimulateur devrait être associée à un travail intensif de mobilisation et un suivi psychologique, une symptomatologie dépressive, anxieuse et un stress sévère ayant été mis en évidence par le score DASS. Elle a ajouté qu'il s'agissait prioritairement d'anticiper une reconversion professionnelle afin d'éviter une incapacité définitive de travail.

D. Par acte du 11 avril 2024, D.S. _____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision du 7 mars 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière sans limitation dans le temps à compter du 1^{er} février 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision. Il a fait valoir qu'au printemps 2023, son état de santé s'était dégradé, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr B. _____. Les limitations fonctionnelles retenues par ce dernier ne tenaient de plus pas compte de ses nombreux troubles, en particulier les lombosciatalgies gauches dans un contexte de discopathies lombaires étagées avec hernie discale, les douleurs neuropathiques importantes, les troubles psychologiques et les conséquences de la lourde médication prise. Il a en outre relevé que la CNA lui versait encore de pleines indemnités journalières, estimant que son état n'était pas stabilisé et a allégué une intervention prévue à la fin de l'année 2024 consistant en la pose d'un neurostimulateur. Dans cette situation, il était à ses yeux absurde de considérer qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail. Il a encore soutenu qu'une baisse de rendement aurait à tout le moins dû être retenue, ainsi qu'un abattement sur le revenu d'invalidité. Au titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, antalgique, rhumatologique, voire psychiatrique).

L'OAI a répondu le 27 juin 2024. Il s'est référé à un avis médical du SMR du 17 juin 2024 se prononçant sur les dernières pièces

versées au dossier, pour affirmer qu'il n'était pas possible d'exclure la survenance de nouveaux éléments médicaux entre l'examen de la CNA du mois de mai 2023 et la décision du 7 mars 2024. Cependant, faute de rapports médicaux renseignant plus précisément sur d'éventuels autres problèmes de santé et leur évolution dans le temps, il ne pouvait pas se déterminer sur un hypothétique droit à la rente au-delà du 31 août 2023. À l'appui de son écriture, l'office intimé a produit l'avis médical de la Dre V. _____ du 17 juin 2024, laquelle a déclaré que l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA avait bien pris en compte les blessures de la main droite de l'assuré, mais que le médecin d'assurance n'avait pas pu évaluer l'atteinte lombaire, puisque celle-ci était apparue en décembre 2023, postérieurement à son examen du 25 mai 2023. Elle a en outre relevé que la problématique ostéoarticulaire n'était pas claire, au vu des nombreux essais thérapeutiques restés étonnamment sans effets sur la douleur et que le rapport de consultation de la Dre E. _____ de mars 2024 faisait état d'une souffrance psychologique en cours d'installation. Cette médecin en a conclu qu'elle ne pouvait pas exclure la survenance de nouveaux éléments médicaux entre la date de l'examen de la CNA et la décision litigieuse, mais qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur l'évolution dans le temps et d'éventuelles limitations fonctionnelles, faute d'éléments en sa possession à ce sujet. La Dre V. _____ a dès lors recommandé d'approfondir la problématique lombaire et psychique.

Le recourant a répliqué le 5 juillet 2024.

L'intimé a dupliqué le 19 août 2024. Elle a annexé la pièce suivante à son écriture :

- Une décision de la CNA du 5 juillet 2024, allouant à l'assuré une rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2024, dont le calcul du montant est fondé sur une diminution de la capacité de gain estimée à 27% et un gain annuel assuré de 68'861 francs.

Le recourant s'est spontanément déterminé le 3 septembre 2024. Il a produit un rapport du 26 août 2024 du Prof. M. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du M1. _____, duquel il résulte qu'à l'examen clinique, quasiment impossible à effectuer, une allodynie sévère touchant toute la main droite et qui s'étendait le long du nerf radial vers le coude avait été observée. La thermographie mettait en évidence une température au niveau de la main droite de deux degrés supérieure à la même localisation du côté gauche. Il a effectué une perfusion de Lidocaïne, laquelle avait amené une augmentation importante des douleurs, réaction typique en présence d'une centralisation de douleurs neuropathiques, en raison desquelles son pronostic de récupération fonctionnelle était défavorable. Ce professeur a en outre expliqué que dans une telle situation, toute thérapie pharmacologique ou d'une autre nature, sauf une stimulation médullaire, étaient démontrées comme inefficaces. Selon lui, l'assuré présentait ainsi une incapacité totale à utiliser sa main et son bras droits pour toute activité. Il a adressé le patient à un confrère, le Dr Y. _____, spécialiste en neurochirurgie, afin de discuter de la mise en place d'une plaque chirurgicale.

L'OAI s'est déterminé le 1^{er} octobre 2024.

Par courrier du 10 octobre 2024, le recourant a indiqué que la décision de la CNA du 5 juillet 2024 avait fait l'objet d'une opposition de sa part.

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 LPGA) 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) 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'espèce, la décision litigieuse rendue le 7 mars 2024 fait suite à une demande de prestations du 23 août 2022, en raison d'une incapacité de travail ayant débuté le 8 août 2021. La rente octroyée, limitée dans le temps, a pris naissance le 1^{er} février 2023. Le nouveau droit est donc applicable.

3. Le litige porte sur l'étendue du droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant à la suite de sa nouvelle demande du

23 août 2022, singulièrement sur le droit de l'intéressé à une rente au-delà du 31 août 2023.

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.

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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée

de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. L'art. 88a al. 1 RAI précise par ailleurs qu'une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé *in* ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

5. a) 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).

b) Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en compte dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

c) 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 (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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de

l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 23 août 2022, admettant que l'état de santé du recourant s'était détérioré depuis la précédente décision de refus de rente du 20 avril 2015. Il a retenu une incapacité de travail totale dès le 9 août 2021, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2023. Puis, sur la base de l'examen réalisé le 25 mai 2023 par le médecin d'arrondissement de la CNA, l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date, de sorte que la rente a été supprimée dès le 1^{er} septembre 2023.

b) Aucune raison objective ne justifie de remettre en question l'incapacité de travail totale reconnue dès le 9 août 2021 et, corollairement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2023. L'accident subi par le recourant a en effet entraîné un traumatisme de la main droite avec arrachement du ligament collatéral ulnaire métacarpo-phalangien II, une entorse métacarpo-phalangienne II, une entorse du pouce de degré moyen et une neurapraxie du nerf radial, branche dorsale. À cela s'est ajouté un SDRC affectant le membre supérieur droit. Ces atteintes ont nécessité une hospitalisation auprès de la Z._____ en fin d'année 2021, laquelle n'a pas eu les effets escomptés, notamment sur les fortes douleurs ressenties par le recourant. L'avis d'un neurologue et du Centre d'antalgie du M1._____ a été sollicité. Les différents médecins intervenus dans le suivi du recourant, de même que le médecin d'arrondissement de la CNA, ont tous évoqué une incapacité totale de travail dans quelque activité que ce soit dès la date de l'accident survenu le 9 août 2021.

Cet aspect de la décision entreprise n'étant du reste pas contesté par le recourant, aucun motif pertinent ne justifie de s'en écarter. L'incapacité totale de travail reconnue dès le 9 août 2021 et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2023 (cf. art. 28 al. 1 let. c et 29 al. 1 LAI) peuvent donc être confirmés.

c) Le recourant nie, en revanche, avoir retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 25 mai 2023, laquelle a conduit l'intimé à supprimer son droit à la rente dès le 1^{er} septembre 2023 (art. 88a al. 1 RAI).

Pour admettre que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail, l'OAI s'est basé sur le rapport d'examen du Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 25 mai 2023. Celui-ci a estimé que la situation médicale était stabilisée. La capacité de travail dans l'activité habituelle de technicien en électroménager demeurait nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement nécessitant la préhension en force des amplitudes importantes du poignet et de la main droite et pas de mouvement fin et régulier de la main droite.

Or, l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA est lacunaire, exempte de motivation, comporte des incohérences et est pour le surplus contredite par d'autres rapports médicaux au dossier.

Il sied tout d'abord de relever que le 25 mai 2023, le recourant était inexaminable. Le Dr B._____ a pu mesurer certaines amplitudes articulaires de l'épaule, du coude, du poignet et de la main droits, mais ces mesures ont dû être interrompues en raison des fortes douleurs ressenties par le recourant. La palpation et la mobilisation restaient également très douloureuses sur tout le membre supérieur droit, empêchant toute autre évaluation clinique. L'avis de ce médecin est donc basé sur un examen clinique incomplet.

Le Dr B._____ n'a en outre pas détaillé les éléments médicaux sur lesquels étaient fondées ses conclusions.

Il s'est en particulier limité à admettre que la situation médicale était stabilisée au seul motif qu'en présence d'un SDRC, la stabilisation est habituellement acquise dans un délai compris entre douze et dix-huit mois. Or, au lieu de se référer à des considérations d'ordre général, il lui incombait d'exposer pour quel(s) motif(s) tel était à son sens le cas dans le cas concret du recourant.

Le médecin d'arrondissement n'a pas non plus listé les améliorations de l'état de santé observées chez l'examiné par rapport à la situation ayant prévalu jusqu'alors. Il a affirmé que la stabilisation était atteinte puis a posé des limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée, sans exposer son raisonnement. On ignore ainsi quels changements dans l'état de santé du recourant ont conduit le Dr B._____ à considérer que celui-ci avait recouvré une capacité de travail. Tout au plus a-t-il évoqué l'absence d'amyotrophie du bras droit, qui indiquerait selon lui une utilisation préservée de ce membre et qui serait en contradiction avec le tableau clinique présenté par l'assuré. Or cette seule constatation est insuffisante pour conclure à une amélioration de l'état de santé, a fortiori au vu des avis médicaux divergents versés au dossier (cf. consid. 6.c.ée ci-dessous), le recourant n'ayant au demeurant pas été questionné à ce sujet.

Les limitations fonctionnelles et l'absence de baisse de rendement retenues dans une activité adaptée ne sont pas motivées non plus. Or, au vu des fortes douleurs affectant le membre dominant, on était en droit d'attendre du médecin d'arrondissement, et après lui de l'OAI, qu'il étaye sa position, respectivement instruisse cette question.

À cela s'ajoute que selon l'appréciation du Dr B._____, les douleurs affectant le recourant ont fait obstacle à la réalisation d'un examen complet de l'entier du membre supérieur droit, c'est-à-dire coude

et épaule compris. Cependant, les limitations fonctionnelles retenues ne concernent que le poignet et la main, à l'exclusion des parties supérieures du bras droit.

On peine en outre à comprendre comment le Dr B. _____ peut tout à la fois observer un status clinique inchangé, voire légèrement aggravé par rapport à son examen d'août 2022, tout en admettant contradictoirement que depuis cette période la situation a évolué positivement et permis au recourant de retrouver sa capacité de travail.

Les conclusions du Dr B. _____ sont au demeurant contredites par d'autres éléments du dossier. Le Dr T. _____, certes médecin traitant et en tant que tel susceptible de prendre le parti de son patient, a retenu en janvier 2023 une incapacité totale de travail aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 janvier 2023). En juin et octobre 2023, le Dr T. _____ a confirmé que les douleurs avaient augmenté, provoquant une dissomnie marquée et qu'il était illusoire de compter sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a émis un pronostic hautement défavorable, confirmé par la constatation, en mars 2024, que le membre supérieur droit restait non fonctionnel (cf. rapports de ce médecin des 28 juin et 16 octobre 2023 ainsi que 25 mars 2024). Il résulte par ailleurs de l'examen neurologique du Dr K. _____ du 2 février 2023 que les dysesthésies douloureuses diffuses et massives s'étaient aggravées depuis la demande de bilan de la Dre G. _____ du 26 juillet 2022. En mars 2023, la Dre G. _____ retenait une incapacité de travail totale dans toute activité. Son pronostic était défavorable concernant la reprise d'une activité au taux de 100%. Elle a évoqué une éventuelle reprise d'activité à 50%, à terme, dans une activité adaptée. En outre, en août 2024, le Prof. M. _____ a affirmé que le recourant présentait une incapacité totale à utiliser sa main et son bras droits, dans quelque activité que ce soit. Il a en outre émis un pronostic de récupération fonctionnelle défavorable (cf. rapport de ce médecin du 26 août 2024). On précisera ici à toutes fins utiles que les rapports médicaux et les avis du SMR versés au dossier postérieurement à la décision

litigieuse doivent être pris en compte, dans la mesure où ils ont trait à la situation médicale du recourant antérieure à la date de la décision litigieuse.

Les avis divergents de la Dre G._____, et des Drs T._____, K._____ et M._____ concernant l'évolution de l'état de santé de l'intéressé et sa capacité de travail sont ainsi des éléments supplémentaires remettant sérieusement en cause les conclusions du Dr B._____.

On constatera au demeurant, avec le recourant, que la CNA, qui procède certes à sa propre évaluation de l'invalidité, a toutefois continué à verser des indemnités journalières en faveur de son assuré au-delà du 25 mai 2023, malgré les conclusions de son médecin d'arrondissement.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'appréciation et les conclusions du Dr B._____, basées sur un examen clinique superficiel, exemptes de motivation, comportant des incohérences et contredites par d'autres éléments médicaux du dossier, ne convainquent pas, étant rappelé qu'en l'absence de mise en œuvre d'une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères (cf. consid. 5.e ci-dessus).

Les éléments exposés par la Dre V._____ du SMR pour expliquer son ralliement aux conclusions du Dr B._____ ne convainquent pas non plus. Par avis du 21 décembre 2023, cette médecin a estimé, à tort, que le rapport de son confrère reposait sur un examen clinique approfondi. Elle a par ailleurs suivi les conclusions du médecin d'assurance, sans toutefois étayer son avis.

Dans ces conditions, on ne saurait *prima facie* admettre, comme l'a retenu l'intimé, que la santé du recourant se serait améliorée

et qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 25 mai 2023.

d) À cela s'ajoute que le recourant semble même avoir subi une nouvelle atteinte à sa santé physique entre l'examen du médecin d'assurance du mois de mai 2023 et la décision litigieuse datée du 7 mars 2024. Une IRM réalisée le 7 décembre 2023 établit en effet qu'il souffre d'une discopathie L5-S1 avec hernie discale et rupture de l'anneau fibreux. Une seconde imagerie du 25 janvier 2024 a en outre mis en évidence une discopathie L3-L4 et L4-L5. Ce diagnostic a été confirmé à l'issue du séjour hospitalier effectué par le recourant au début de l'année 2024 en raison de ses douleurs lombaires (cf. avis de sortie de la Dre D. _____ du 25 janvier 2024). Au printemps 2024, tant le Dr T. _____ que la Dre E. _____ ont également ajouté le diagnostic de lombosciatalgies à celui de SRDC (cf. rapports de la Dre E. _____ du 18 mars 2024 et du Dr T. _____ du 25 mars 2024).

Ainsi, comme le reconnaissent d'ailleurs le SMR et l'OAI (cf. avis _____ du 17 juin 2024 et réponse du 27 juin 2024), le Dr B. _____ n'a pas pu évaluer l'atteinte lombaire, apparue postérieurement à son examen du 25 mai 2023 et il n'est pas possible d'exclure la survenance de nouveaux éléments médicaux entre cette date et la décision litigieuse du 7 mars 2024. Il s'ensuit que cette question doit être instruite et prise en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et de gain du recourant au-delà du 25 mai 2023.

e) Plusieurs éléments tendent enfin à établir que le recourant serait possiblement atteint dans sa santé psychique.

À l'automne 2023, le Dr T. _____ a en effet signalé l'apparition de traits dépressifs (cf. rapport du 16 octobre 2023). À l'issue de l'évaluation pluridisciplinaire réalisée au Centre d'antalgie du M1. _____ au cours du premier trimestre 2024, la Dre E. _____ a pour

sa part souligné que le recourant souffrait d'isolement social, avec l'installation d'un cercle vicieux thymie abaissée-isolement, trois anti-dépresseurs ayant été testés, apparemment sans résultat. Ces éléments étaient confirmés par le score DASS qui avait mis en évidence une symptomatologie dépressive, anxieuse et un stress sévère.

Or, aucune investigation n'a été menée sur le plan psychique. Cet aspect de la santé du recourant aurait pourtant dû être prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail au-delà du 25 mai 2023.

f) Il résulte de ce qui précède que l'instruction doit être complétée sur le plan somatique et psychique.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que le rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la CNA, portant sur les atteintes du recourant au membre supérieur droit et sur lequel s'est fondé l'intimé pour prendre sa décision, n'est pas probant. Les lombosciatalgies et l'aspect psychique n'ont pour leur part fait l'objet d'aucune investigation. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire,

conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Après avoir sollicité de nouveaux rapports de la part des médecins du recourant, l'OAI mettra en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet orthopédique, un volet psychiatrique et un volet de médecine physique et réadaptation portant notamment sur le SDRC.

Vu l'issue du recours, la requête d'expertise judiciaire du recourant est sans objet.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 7 mars 2024 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 mars 2024 par l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis 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 D.S. _____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA inclus.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D.S. _____),
- 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 :