

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2025

---

Composition : M. PARRONE, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ;  
87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], célibataire, droitier, a débuté un apprentissage d'électricien en 2014, interrompu en raison d'une fracture accidentelle de l'hamatum de la main droite survenue le 16 mai 2015. L'assuré a ensuite suivi une formation d'agent d'entretien en 2018 puis a été engagé par B.\_\_\_\_\_ SA en tant qu'installateur en ventilation avec un contrat de durée déterminée débutant le 7 novembre 2018.

Le 19 novembre 2018, l'assuré a chuté d'un fourgon sur sa main droite. Il s'est rendu le jour même au Service [...] du Centre K.\_\_\_\_\_, où une fracture du tiers moyen du scaphoïde de la main droite a été diagnostiquée et un arrêt de travail délivré. B.\_\_\_\_\_ SA a signalé le sinistre le 21 novembre 2018 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), qui a pris en charge le cas.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 avril 2019 en signalant une atteinte à la main droite existant depuis son apprentissage et son accident du 19 novembre 2018.

Instruisant cette demande, l'OAI s'est fait remettre une copie du dossier de la CNA. Celui-ci contenait notamment des décomptes d'indemnités journalières versées, les attestations d'incapacité de travail délivrées, ainsi qu'un extrait du dossier médical de l'assuré auprès du Centre K.\_\_\_\_\_ du 28 mars 2019. Il ressort de ce document que l'assuré est suivi par le Service D.\_\_\_\_\_ depuis son accident du 19 novembre 2018 pour une fracture du tiers moyen du scaphoïde de la main droite et des douleurs liées à une vis posée deux ans auparavant en raison d'une pseudoarthrose de l'hamatum, et que l'arrêt de travail a été prolongé depuis lors.

Le 8 mai 2019, l'OAI a octroyé une mesure d'intervention précoce sous la forme de trois modules externalisés auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA

du 20 mai au 8 novembre 2019 (cf. Communication du 8 mai 2019). La mesure a cependant été interrompue le 4 novembre 2019 en raison des absences répétées de l'intéressé (cf. Note d'entretien du 4 novembre 2019).

L'assuré a passé une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) du poignet droit le 22 mai 2019, laquelle a montré l'intégrité du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (TFCC) et l'absence d'anomalies pouvant expliquer la symptomatologie.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 29 août 2019. Dans son rapport du 2 septembre 2019, ce médecin a posé le diagnostic de fracture du scaphoïde droit chez un droitier et a conclu comme suit :

« Les limitations fonctionnelles définitive ne sont pas de porter au-delà de 5 kilos, ne pas nécessiter une force d'empoignade supérieure à 4 kilos incluant des manœuvres en particulier de tournevis par exemple.

La dextérité fine par contre des doigts est possible avec utilisation de souris informatiques, d'éléments fins distaux.

Le porté à plat passive avec l'aide du [membre supérieur gauche], [ou] alors l'utilisation comme levier des deux [membres supérieurs] est possible sans limitation fonctionnelle pour peu que le poignet ne soit pas mis en tension.

En respectant ces limitations fonctionnelles, le cas est maintenant stabilisé, il n'y a plus d'incapacité de travail. Celle-ci est exigible à 100 % sans perte de rendement. »

Dans un rapport du 13 novembre 2019, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin assistant au Service D.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de persistance d'une douleur radio-scaphoïdienne avec status post fracture du tiers moyen du scaphoïde droit le 18 novembre 2018. Au dernier examen, le 11 novembre 2019, le patient se plaignait toujours de difficultés au niveau de la force du poignet et de douleurs avec l'apparition du froid et présentait un œdème des mains avec transpiration. Il avait été décidé de mettre fin au suivi, dès lors qu'aucune prise en charge chirurgicale n'était indiquée et qu'il n'y avait plus de nouvelle proposition thérapeutique, les suivis de physiothérapie et

d'ergothérapie pouvant être poursuivis. Une tentative de reprise du travail à 20 % pouvait être envisagée.

Par décision du 2 mars 2020, confirmant son projet du 20 janvier 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations. A l'issue du délai d'attente d'une année, le 19 novembre 2019, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Cependant, une capacité de travail de 100 % pouvait être raisonnablement exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 30 août 2019. Le revenu avec invalidité, établi sur la base des statistiques, était au moins aussi élevé que les revenus que l'assuré avait réalisés avant son atteinte à la santé. Il n'y avait donc aucun préjudice économique. Cette décision se fondait sur une note interne et un calcul du salaire exigible du 6 janvier 2020.

Une aide au placement a parallèlement été octroyée (cf. communication du 20 janvier 2020), mais interrompue le 12 juin 2020 en l'absence de collaboration active de l'assuré (cf. Rapport final de PLA du 12 juin 2020).

**B.** Après avoir effectué des missions temporaires en 2021 et 2022 dans le domaine du bâtiment, l'assuré a été engagé par J. \_\_\_\_\_ SA en qualité d'aide sanitaire, au bénéfice d'un contrat de durée indéterminée débutant le 13 février 2023. Toutefois, le 16 février 2023, l'assuré a raté une marche en descendant d'une échelle et s'est tordu la main en se rattrapant contre un mur. Il s'est rendu au Service D. \_\_\_\_\_ le même jour et un arrêt de travail a été délivré. L'employeur a signalé le sinistre le 20 février 2023 à la CNA, qui a pris en charge le cas, puis a résilié le contrat de travail pour le 14 avril 2023.

Le 11 octobre 2023, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, en évoquant un accident touchant sa main droite. Invité à fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, l'assuré a remis en particulier les pièces médicales suivantes les 1<sup>er</sup> et 9 novembre 2023 :

- Un rapport de consultation établi le 5 avril 2023 par la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service D.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic principal de contusion de la main droite sur douleurs chroniques. L'assuré avait consulté le 16 février 2023 pour des douleurs à la main droite, s'étant rattrapé contre un mur après avoir manqué une marche. Une radio de la main droite effectuée le jour même n'avait montré aucune fracture. Un arrêt de travail avait été délivré et prolongé depuis.
- Un rapport de scanner de la main et du poignet droits du 8 mai 2023.
- Une attestation établie le 1<sup>er</sup> juin 2023 par la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, exposant que l'assuré nécessitait une réorientation professionnelle en raison de ses antécédents, notamment au niveau de la main droite.
- Un rapport d'échographie de l'abdomen supérieur du 17 octobre 2023, concluant à une hépato-splénomégalie et un début de dysmorphisme hépatique avec stéatose et fibrose modérée.
- Un rapport d'analyses du 2 novembre 2023, confirmant le diagnostic d'hémochromatose.

Suivant l'avis de la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 23 janvier 2024, qui relevait la mention d'un nouvel accident et d'un diagnostic nouveau d'hémochromatose, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande et a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré. L'OAI a en outre obtenu une copie du dossier de la CNA, comportant en particulier des décomptes d'indemnités journalières versées, des attestations d'incapacité de travail et un extrait du dossier médical de l'assuré auprès du Centre K.\_\_\_\_\_ du 18 août 2023, dont il ressort qu'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) était suspecté, ainsi que des rapports d'IRM du

poignet droit du 2 septembre 2015 et de radiographie du 11 septembre 2015.

Le 22 janvier 2024, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service D.\_\_\_\_\_, a adressé un rapport détaillé au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, en lui demandant d'effectuer un ENMG (électro-neuro-myogramme) du nerf médian des deux côtés en raison de douleurs neuropathiques post-traumatiques au poignet droit et, depuis peu, d'acroparesthésies pulpaire à la main droite.

Répondant le 6 février 2024 à un questionnaire médical de l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de douleurs post-traumatiques d'allure neuropathique au poignet droit et a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès le 18 août 2023. Les limitations fonctionnelles concernaient la mobilité du poignet droit, la dextérité et les tâches manuelles en force.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a vu l'assuré et établi un rapport de consultation le 15 février 2024. Au terme de son examen, il a posé les diagnostics de douleurs post-traumatiques chroniques de la main droite, sans évidence pour une lésion du nerf médian des deux côtés, d'atteinte sensitive des nerfs ulnaires au niveau des coudes, probablement non symptomatique, de status après ostéotomie correctrice, ostéosynthèse par vis le 27 novembre 2015 pour pseudo-arthrose de l'hamatum du poignet droit, de status après fracture du scaphoïde du tiers moyen droit le 19 novembre 2018 avec traitement conservateur, des notions d'une hémochromatose et d'une hépatopathie, d'hypertension et d'obésité. Il a conclu comme suit :

« Ce jeune patient de 25 ans, qui a déjà été victime de plusieurs traumatismes au niveau du poignet droit, a déjà été opéré en 2015 pour une pseudarthrose de l'hamatum avec une ostéotomie correctrice et ostéosynthèse. En 2018, il a eu une fracture du scaphoïde droit avec traitement conservateur. Le 16.02.2023, il a fait une chute avec contusion de la main droite et aggravation de ses douleurs de la main qui deviennent chroniques. Les douleurs sont localisées surtout au niveau du poignet, il a des paresthésies et un engourdissement de répartition diffuse, la force est diminuée ; par contre, il n'y a pas de gêne nocturne.

L'examen neurologique révèle une diminution de la sensibilité de répartition diffuse au niveau de la main droite ; néanmoins, il indique aussi une diminution de la sensibilité dans le visage et dans le pied droits parlant pour un éventuel hémisyndrome sensitif d'allure fonctionnelle.

Le bilan électrophysiologique du nerf médian est parfaitement normal à droite. En comparaison avec le côté gauche, il n'y a pas d'asymétrie.

Comme seule anomalie, on retrouve une légère atteinte sensitive des nerfs ulnaires au niveau des deux coudes ; néanmoins, il n'a pas de symptôme au niveau du côté gauche. Pour cette raison, il n'y a probablement pas d'implication de l'anomalie à droite. »

Le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a également rempli un questionnaire médical de l'OAI le 1<sup>er</sup> avril 2024. Posant le diagnostic de douleurs au niveau de la main droite d'origine indéterminée, il a attesté d'une incapacité de travail du 5 juillet au 18 août 2023 et renvoyé vers les médecins du Service D. \_\_\_\_\_ pour le surplus, n'ayant plus vu son patient depuis décembre 2023.

Prenant connaissance des nouvelles pièces versées au dossier, le SMR a émis l'avis suivant le 13 mai 2024 :

« Après reprise de l'instruction médicale, il n'est pas mis en évidence d'aggravation de l'état de notre assuré par rapport à la précédente demande.

En effet d'un point de vue orthopédique, il est indiqué que la situation est inchangée depuis 2019 et sans critère de CRPS. D'un point de vue neurologique, il n'y a pas d'anomalie objectivée à l'EMNG. Il n'y a pas d'éléments médicaux qui modifient les [limitations fonctionnelles] retenues lors de la 1<sup>e</sup> demande.

Concernant l'hémochromatose, notre assuré n'a pas de suivi gastro-entérologique et il n'est pas décrit de [limitations fonctionnelles] durablement incapacitante en rapport. »

Le 17 mai 2024, l'OAI a établi un projet de décision prévoyant de rejeter la demande de prestations, au motif qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était rendue crédible.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a établi une brève appréciation le 16 mai 2024. En réponse aux questions de la CNA, il a exposé notamment ce qui suit :

« Les limitations fonctionnelles définitives ne sont pas de porter au-delà de 5 kilos, ne pas nécessiter une force d'empoignade supérieure à 4 kilos incluant des manœuvres en particulier de tournevis par exemple. La dextérité fine par contre des doigts est possible avec utilisation de souris informatiques, d'éléments fins distaux. Le porté à plat passive avec l'aide du [membre supérieur gauche], [ou] alors l'utilisation comme levier des deux [membres supérieurs] est possible sans limitation fonctionnelle pour peu que le poignet ne soit pas mis en tension. En respectant ces limitations fonctionnelles, le travail léger est exigible à 100 % sans perte de rendement. »

Dans un rapport de consultation du 4 juin 2024, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-assistant au Service D.\_\_\_\_\_, a constaté que le patient se plaignait de nouvelles sensations gênantes dans sa main droite, mais qu'il n'y avait pas d'argument pour une cause neuropathique compressive ni pour une prise en charge chirurgicale. En revanche, les suivis d'ergothérapie et de physiothérapie étaient prolongés, de même que l'arrêt de travail.

L'assuré a fait part de ses objections au projet de décision par courrier du 12 juin 2024. Se référant à une lettre de la CNA du 24 mai 2024, il faisait valoir que ses limitations fonctionnelles ne permettaient pas d'exercer un emploi nécessitant des efforts physiques importants, ce qui limitait considérablement les types d'emploi qu'il était en mesure d'occuper. Il a joint la copie du courrier précité, par lequel la CNA informait l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2024 au soir, dès lors que son service médical avait confirmé qu'il conservait une pleine capacité de travail en respectant les limitations posées.

Consultée à nouveau, la permanence du SMR a constaté le 13 août 2024 que l'assuré s'était inscrit au chômage et que la CNA avait conservé la même analyse et les mêmes conclusions.

Par décision du 13 août 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**C.** T.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 septembre 2024, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente. En substance, il s'est prévalu des limitations fonctionnelles décrites dans le courrier de la CNA du 24 mai 2024, dont il a joint une copie à son recours, et de ses difficultés à trouver un emploi adapté malgré des recherches actives.

Dans sa réponse du 14 octobre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision en se référant aux différents avis du SMR.

### **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)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite d'une seconde demande de prestations déposée en octobre 2023, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 2 mars 2020.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** 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 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022), qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé statuait sur la seconde demande du recourant. Lors de la première procédure, l'instruction a porté sur les douleurs de la main droite persistant depuis son accident du 19 novembre 2018. Sur la base des constatations des médecins du Service D.\_\_\_\_\_, ainsi que d'un rapport d'examen du Dr C.\_\_\_\_\_, il a été retenu que l'atteinte touchant la main droite ne permettait plus au recourant de reprendre une activité telle que celle qu'il occupait au moment de son accident, mais que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A l'appui de sa seconde demande, l'assuré a fait état d'un nouvel accident professionnel touchant sa main droite et a produit des pièces médicales indiquant que le diagnostic d'hémochromatose avait été posé en fin d'année 2023. L'intimé est dès lors entré en matière et s'est adressé à l'assurance-accidents ainsi qu'aux médecins et spécialistes traitants indiqués par le recourant. Les pièces recueillies ont été soumises pour analyse SMR, qui a conclu à l'absence de modification significative de l'état de santé du recourant depuis le premier examen.

**b)** Dans ses objections du 17 mai 2024 au projet de décision de l'intimé, le recourant s'est référé aux limitations fonctionnelles décrites dans le courrier de la CNA du 24 mai 2024.

Il s'agit cependant d'un courrier par lequel la CNA a informé l'assuré de la fin prochaine du paiement des prestations de l'assurance-accidents dans la mesure où il présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles induites par son atteinte à la main droite. Sur ce point, le médecin d'arrondissement a

confirmé les limitations qu'il avait décrites en 2019, et qui avaient été retenues par l'intimé dans sa décision du 2 mars 2020, à savoir : pas de port de charge au-delà de 5 kg, pas de force d'empoignade supérieure à 4 kg incluant des manœuvres. Il était par ailleurs précisé que la dextérité fine des doigts était possible, avec l'utilisation de souris informatiques ou d'éléments fins distaux, de même que le porté à plat passif avec l'aide du membre supérieur gauche ou l'utilisation comme levier des deux membres supérieurs à condition que le poignet ne soit pas mis en tension.

Dans les suites de l'accident du 16 février 2023, les médecins traitants du recourant ont délivré des arrêts de travail, dès lors que l'activité exercée par le recourant était un travail manuel nécessitant l'utilisation en force de la main droite. En revanche, bien qu'interrogés spécifiquement à ce sujet près d'une année après l'accident, les médecins du Service D.\_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Or, dans son rapport du 6 février 2024, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a mentionné uniquement les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs au poignet limitant la mobilité du poignet droit, sa dextérité, limitant fortement toute tâche manuelle en force. Ces conclusions sont superposables à celles du Dr C.\_\_\_\_\_. Il apparaît en outre que le diagnostic de CRPS, évoqué au cours d'une consultation au Service D.\_\_\_\_\_ en août 2023, n'a pas été confirmé par la suite. Quant au diagnostic d'hémochromatose posé en automne 2023, il n'a pas même été mentionné par le médecin généraliste traitant dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2024. Il faut ainsi constater, à l'instar de l'intimé et du SMR, qu'il n'existe pas d'élément médical plaidant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la première décision de l'intimé.

**c)** En définitive, le recourant a principalement fait valoir dans ses écritures que ses limitations fonctionnelles constituaient un frein à ses recherches d'emploi.

A ce propos, il convient de rappeler que l'art. 16 LPGA définit l'invalidité en se référant à la notion de marché du travail équilibré (art. 16

LPGA). Il s'agit d'une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C\_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 et la référence).

Certes, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C\_627/2023 précité consid. 7.2 et la référence).

En l'occurrence, la question de l'exigibilité d'un changement d'activité a été dûment examinée par l'intimé au moment de statuer sur la première demande de prestations du recourant. Il a été relevé, dans la fiche de calcul du salaire exigible du 6 janvier 2020, que l'intéressé

pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). Les limitations fonctionnelles du recourant n'ayant pas changé, il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation, étant au demeurant relevé que seuls les travaux de force impliquant la main droite sont proscrits.

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** 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. 1<sup>bis</sup> LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il sera cependant exceptionnellement renoncé à la perception de frais judiciaires au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD).

La partie recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause et qu'elle a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- 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 :