

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 octobre 2025

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Varidel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], célibataire, sans enfant, ressortissant [...] au bénéfice d'une autorisation d'établissement « C », sans formation certifiée, travaillait à 100 % en qualité de constructeur métallique et serrurier indépendant.

Le 29 avril 2021, l'assuré a trébuché dans son atelier et s'est blessé au genou en se rattrapant sur sa jambe droite.

Dans un rapport du 31 mai 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne du genou droit. Il a indiqué que l'assuré avait subi une entorse au genou droit pour éviter une chute et qu'il souffrait depuis lors d'un dérangement interne persistant provoquant une boiterie et des douleurs en flexion profonde et à la marche. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) pratiquée montrait une déchirure importante de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui conduisait le spécialiste à indiquer la réalisation d'une arthroscopie à brève échéance.

Le 23 juin 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie et ménisectomie partielle interne du genou droit.

Selon un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 17 septembre 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'assuré présentait une arthrose acromio-claviculaire avec conflit sous-acromial postérieur, ainsi qu'une probable déchirure partielle supérieure du tendon du sous-scapulaire avec subluxation médiane et tendinopathie prononcée du long chef du biceps.

En réponse à une demande du 30 décembre 2021 de l'assureur-accidents de l'assuré, L.\_\_\_\_\_ SA, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 17 janvier 2022, qu'il constatait un syndrome de conflit sous-acromial de l'épaule gauche consécutif à l'utilisation de cannes médicales. Selon le

spécialiste, l'imagerie montrait des troubles dégénératifs, lesquels avaient pu être révélés ou décompensés par l'usage des cannes.

Dans un rapport du 25 mars 2022 adressé à l'assureur perte de gain maladie de l'assuré, M. \_\_\_\_\_ (ci-après : M. \_\_\_\_\_), le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic de syndrome sous-acromial avec tendinopathie du biceps à gauche. Selon un rapport de protocole opératoire annexé, le spécialiste avait procédé, le 23 février 2022, à une arthroscopie de l'épaule gauche, avec ténotomie du biceps, synovectomie et acromioplastie arthroscopique.

Le 31 mai 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte à la santé, « opération de plusieurs problèmes à l'épaule », présente depuis juin 2021. Il a par ailleurs fait état d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2021.

Par communication du 1<sup>er</sup> juillet 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce comprenant un entretien d'évaluation ainsi qu'un suivi de la reprise de l'activité habituelle, auprès de [...] (ci-après : [...]), du 11 juillet au 30 décembre 2022.

Lors d'un premier entretien du 27 juillet 2022 auprès de [...], l'assuré a expliqué qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis avril 2021. Il avait repris son activité habituelle à 20 % en avril 2022, en effectuant principalement des tâches administratives, car il lui était actuellement impossible de travailler dans la construction métallique et la charpente en raison de son incapacité à porter des charges.

Selon une attestation médicale établie le 18 août 2022 à la demande de [...], le Dr F. \_\_\_\_\_ évaluait la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 20 % et estimait que l'évolution probable de son état de santé et de son rendement étaient favorables. Ses limitations fonctionnelles incluaient le port de charges lourdes supérieures à 5 kg et les activités en hauteur avec les bras.

A la demande de M. \_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 17 octobre 2022. Dans son rapport intitulé « plausibilisation de l'incapacité de travail » daté du lendemain, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome sous-acromial des deux épaules avec tendinopathie musculo-tendineuse, en particulier du long chef du biceps, et bursite, ainsi que de status après ténotomie du biceps, synovectomie et acromioplastie à l'épaule gauche. Selon le spécialiste, le port de charges conséquentes dans son activité professionnelle avait abouti à des lésions structurelles en raison des surcharges. Les plaintes de l'assuré comprenaient des difficultés à porter des charges et à effectuer des mouvements amples des bras, des deux côtés, toutefois en lente progression depuis l'opération à l'épaule gauche. L'assuré rapportait estimer pouvoir porter 10 kg du bras gauche mais évitait toutefois d'utiliser ce bras, alors qu'il pouvait porter environ 25 kg de l'autre bras, mais commençait néanmoins à ressentir des douleurs à droite, pour l'heure supportables. Il n'y avait plus de plaintes au niveau du genou droit, opéré en juin 2021. L'examen de l'assuré pratiqué par le spécialiste lui permettait de conclure à l'existence d'une atteinte des deux épaules. Les limitations fonctionnelles proscrivaient le port de charges de plus de 15 kg, à hauteur du tronc (lever une charge, manipuler une charge), le port de charges au-dessus [des épaules], en porte-à-faux, et les mouvements répétitifs des épaules avec charges. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 20 % depuis le 11 avril 2022, étant précisé que cette capacité résiduelle était possible pour des travaux simples ne nécessitant pas de port de charges conséquentes ni de travail avec les mains au-dessus des épaules, et permettant également du travail administratif. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % dès le jour de l'examen. Selon le spécialiste, il était peu probable que l'assuré puisse reprendre à un taux supérieur dans son activité habituelle, en raison des charges importantes que celle-ci impliquait. Il estimait qu'une reconversion professionnelle était indiquée.

Selon un rapport du 26 octobre 2022 établi au terme d'un premier module de mesures d'intervention précoce auprès de [...], l'assuré n'avait actuellement pas d'attente pour se réinsérer professionnellement et souhaitait uniquement pouvoir récupérer un meilleur état de santé après son opération de l'épaule droite planifiée en raison des douleurs et des difficultés de mobilité ressenties. De l'avis de la spécialiste en réinsertion, l'assuré disposait néanmoins des qualités et des compétences pour se réinsérer dans un métier en lien avec la construction métallique, étant patron de sa propre entreprise et disposant d'une grande expérience professionnelle dans ce domaine. Toutefois, en raison de ses douleurs aux épaules et au genou droit, il ne pouvait plus œuvrer dans des domaines professionnels exigeant le port de charges lourdes. Des pistes d'activités alternatives étaient évoquées, telles que bijoutier, dessinateur en construction métallique, termineur en habillage horloger ou chef d'atelier dans son domaine de prédilection, par exemple. Au terme du module, l'assuré a toutefois indiqué qu'il ne souhaitait pas poursuivre la mesure, en raison d'une opération de l'épaule droite à intervenir à brève échéance, suivie de trois à quatre mois de convalescence et de rééducation. L'intéressé était conscient qu'il ne pourrait pas continuer à œuvrer dans son domaine professionnel comme patron en raison des manutentions lourdes. Il apparaissait néanmoins assez confiant pour la suite de ses démarches de réinsertion, notamment en ce qui concernait son dossier de candidature, les recherches d'emploi et les entretiens d'embauche.

Par communication du 1<sup>er</sup> novembre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce, que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait jusqu'à ce qu'une décision puisse être rendue.

Le 23 novembre 2022, l'assuré a subi une arthroscopie avec ménisectomie partielle interne du genou gauche (cf. protocole opératoire et lettre de sortie du même jour du Dr F. \_\_\_\_\_).

Dans un rapport à l'OAI du 19 décembre 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics incapacitants de syndrome sous-acromial des épaules gauche et droite et de statut après ménisectomie des genoux droit et gauche. Les limitations fonctionnelles empêchaient l'assuré de soulever des charges lourdes. Le spécialiste, qui tenait le pronostic d'une reprise d'une activité professionnelle à 100 % pour réservé, évaluait la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle à 50 %, respectivement entre 50 et 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 22 décembre 2022 adressé à M. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics de syndrome sous-acromial des deux épaules avec réparation du sus-épineux à gauche, et de déchirure méniscale du genou gauche. Il indiquait la nécessité d'une opération de l'épaule droite « à discuter en 2023 dès que le genou [gauche] [serait] remis » et relevait, par ailleurs, qu'une reprise à temps plein dans l'activité actuelle était peu probable.

Dans un rapport de radiographies des mains et des poignets du 4 mars 2023, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a fait part des ses constatations, comme suit (sic) :

« [...] **Description**

*Absence de radiographie comparative.*

Absence d'anomalie ostéo-articulaire identifiable, en particulier pas de signe évident d'arthrose. On peut tout au plus discuter une très discrète arthrose débutante tri-scaphoïdienne droite. Absence de fracture récente ou ancienne et absence de lésion osseuse focale suspecte. Pas de calcification identifiable en projection des ligaments triangulaires des carpes. »

Aux termes d'un rapport d'IRM de la main droite du 13 mars 2023, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a fait état de ce qui suit (sic) :

« [...] **Description**

Articulation radio-ulnaire distale dans les limites de la norme. L'articulation radiocarpienne est préservée. La première rangée du carpe est congruente. A noter la formation d'un petit réseau de kystes arthro-synoviaux à point départ du ligament SL [scapholunaire] palmaire, venant se situer juste en avant de la styloïde radiale. L'interface entre la première et la deuxième rangée du carpe encore préservée. On notera néanmoins un début d'atteinte arthrosique STT [scapho-trapézo-trapézoïdienne]. Au niveau CMC [articulation carpo-métacarpienne], un début d'atteinte

dégénérative au premier rayon. Une atteinte dégénérative beaucoup plus marquée au 3<sup>e</sup> rayon avec d'une part une morphologie de type carpe bossu avec des remaniements dégénératifs autant au versant palmaire que dorsal de l'articulation. Morphologie atypique du 3<sup>e</sup> métacarpe par ailleurs faisant suspecter une ancienne fracture de la base.

Les autres rayons sans atteinte dégénérative relevante. Au niveau MCP [articulation métacarpo-phalangienne], pas de remaniement dégénératif relevant hormis un certain degré d'arthrose au premier rayon. Les articulations IP [interphalangiennes] sont préservées. Les tendons au pourtour du poignet dans les limites de la norme. Pas de remaniement synovitique majeur au niveau du carpe ni au niveau des articulations MCP et IP.

### **Conclusion**

Remaniement dégénératif non négligeable CMC du 3<sup>e</sup> rayon possiblement séquelles d'ancienne fracture de la base MC 3 ? Pour le reste cf. description. »

Le 28 mars 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que de récentes investigations par radiographies et IRM pratiquées chez l'assuré avaient montré la présence d'une arthrose sévère carpo-métacarpienne des deux mains, prédominante à droite, provoquant des douleurs à l'effort. Il indiquait par ailleurs que son patient allait subir, le mois suivant, une opération de l'épaule droite sous la forme d'une décompression sous-acromiale arthroscopique avec ténotomie du biceps.

Le 19 avril 2023, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite, avec résection du tendon bicipital (ténotomie) et acromioplastie intra-scopique (cf. protocole opératoire et lettre de sortie du même jour du Dr F.\_\_\_\_\_).

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI en date du 24 mai 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic d'arthrose des épaules et des mains. Interrogé sur l'évolution de son patient depuis son dernier rapport, le spécialiste a indiqué que celle-ci était favorable s'agissant des genoux ; elle était en revanche qualifiée de défavorable pour ce qui était des épaules et des poignets. Il faisait état de limitations fonctionnelles importantes, sans précision, au niveau des épaules et des mains. Mentionnant la prise en charge du syndrome sous-acromial de l'épaule droite intervenue le 19 avril 2023, le spécialiste a estimé qu'il

était trop tôt pour se prononcer quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 4 juillet 2023 adressé à M.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'assuré était favorable depuis l'opération du 19 avril 2023, mais que les atteintes aux deux épaules et aux deux poignets et mains étaient sévères. Il estimait que l'activité habituelle ne pourrait pas être reprise, seule une activité de bureau demeurant théoriquement exigible, toute en précisant que les possibilités de reconversion lui semblaient minces.

Dans un rapport à l'OAI du 10 août 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés, de lésion méniscale des deux genoux, ainsi que d'arthrose avancée des deux mains. Selon le spécialiste, si l'épaule gauche avait récupéré une bonne fonction, elle n'était plus chargeable à merci comme auparavant, ce membre étant seulement capable de porter des charges d'environ 2 à 3 kg et pas toute la journée, tandis que l'épaule droite était encore en cours de récupération depuis la dernière opération. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, l'assuré n'était pas à même de reprendre sa profession actuelle de constructeur métallique, principalement en raison de l'état de ses poignets et de ses mains, lesquels présentaient une arthrose avancée qui n'était pas curable chirurgicalement. Il en concluait que seule une activité administrative légère, sans port de charge et mouvements de force des membres supérieurs, serait envisageable.

Aux termes d'un compte-rendu de permanence du 23 novembre 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé de réinterroger le Dr F.\_\_\_\_\_ afin d'obtenir des précisions quant au diagnostic concernant l'arthrose des mains et aux limitations fonctionnelles qui en découlaient.

Dans un nouveau rapport du 14 décembre 2023 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a rappelé qu'il avait opéré l'assuré à quatre reprises, aux deux genoux ainsi qu'aux deux épaules. Il l'avait également traité pour des

douleurs accompagnées de raideurs, aux deux poignets. Les radiographies des mains avaient montré une arthrose avancée des articulations tarso-métatarsiennes [*recte* : carpo-métacarpiennes] avec un carpe bossu et une disparition complète de l'interligne. Le spécialiste mentionnait les diagnostics de troubles dégénératifs avancés des deux épaules, de troubles dégénératifs débutant des deux genoux et d'arthrose avancée des deux mains. Les limitations fonctionnelles incluaient des douleurs lors des efforts en force avec les mains, le port de charge dépassant 3 kg, des douleurs à la montée et à la descente des escaliers, ainsi que des douleurs lors des gestes loin du corps avec les épaules. Le Dr F. \_\_\_\_\_ préconisait une reconversion dans une activité n'impliquant pas d'efforts avec les membres inférieurs et les membres supérieurs. Il a joint un rapport du 23 novembre 2023 de la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, laquelle avait pu, au terme d'examens clinique et radiologique de l'assuré et d'un bilan sanguin, écarter le diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire ou métabolique à l'origine de ses douleurs, notamment aux mains. Selon la rhumatologue, l'intéressé présentait une atteinte d'ordre dégénérative, tant pour les épaules, les genoux, que les mains, où l'on voyait un carpe bossu, plus marqué à droite. Elle ne prévoyait pas de suivi de l'assuré.

Dans un rapport d'examen du 6 février 2024, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais que celle-ci était entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travail en force avec les mains, de port de charge > 3 kg, de mouvements des bras au-dessus du plan des épaules, de marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, de montée/descente récurrente d'escaliers, de travaux accroupis/à genoux, sur échafaudage ». Le SMR a apprécié la situation en ces termes (sic) :

« [...] Assuré [...], en IT [incapacité de travail] à taux variables depuis le 29.04.2021 suite à une atteinte orthopédique. On comprend (...) que suite à une déchirure méniscale traumatique du genou [droit] le 29.04.2021, il bénéficie d'une méniscectomie en juin 2021 (évolution favorable) et avec l'usage de cannes il développe des douleurs des épaules avec mise en évidence de troubles dégénératifs préexistants, aboutissant à une prise en charge chirurgicale à [gauche] par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 23.02.2022 (s/p [status post] ténotomie du biceps, synovectomie et acromioplastie). Il reprend à 20 % le 11.04.2022. Examiné par le Dr W. \_\_\_\_\_, chirurgie générale et traumatologue, le 17.10.2022 pour l'APG (...),

est conclu à un syndrome sous-acromial des 2 épaules avec tendinopathie du biceps [gauche]. CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] 20 % (part administrative, la reprise du reste serait délétère), CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] 100 [%], LF [limitations fonctionnelles] : pas de port de charges >15 kg, à hauteur du tronc (lever une charge, manipuler une charge), pas de port de charges au-dessus, pas de port de charges en porte-à-faux, pas de mouvement répétitif des épaules avec charges. A nouveau en IT [à] 100 % depuis une arthroscopie du genou [gauche] avec ménisectomie partielle interne le 23.11.2022 (...).

Le Dr F. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, dans son RM [rapport médical] du 24.05.2023 ajoute aux diagnostics une arthrose des mains, la prise en charge du syndrome sous-acromial épaule [droite] le 19.04.2023 (acromioplastie + ténotomie biceps). Puis il confirme l'inexigibilité de son activité habituelle, et CT résiduelle théorique dans une activité adaptée (RM du 4.07.2023 [...]). Dans son RM du 10.08.2023 épaule [droite] encore en phase de récupération, bonne évolution à [gauche]. CT dans une activité sans port de charge ou mouvements en force des MS [membres supérieurs]. Dans son RM du 14.12.2023 confirme qu'en raison de la polyarthrose précoce (troubles dégénératifs avancés des épaules, débutant des genoux, arthrose avancée des mains) CT nulle comme constructeur métallique, **LF** : efforts en force avec les mains, > 3 kg, montée/descente des escaliers, gestes loin du corps avec les épaules. Joint le concilium rhumatologique de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 23.11.2023 excluant une atteinte rhumatismale (au status : Limitation des amplitudes articulaires des 2 épaules, douloureuse à [droite] ; et des mains (à [gauche] flexion dorsale 20°, palmaire 30°, abduction limitée à 20° ddc [des deux côtés], à [droite] flexion dorsale 30°, palmaire 40°, carpe bossu ddc, surtout à [droite])).

### **Conclusion :**

Nous pouvons valider, en lien avec sa polyarthrose, l'inexigibilité de son activité habituelle et une pleine CT médico-théorique dans une activité adaptée depuis toujours moyennant des IT non durable de max 3 mois après chaque intervention chirurgicale (23.06.2021, 23.02.2022, 23.11.2022, 19.04.2023). »

Dans un rapport du 4 mars 2024, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assuré à sa consultation pour de fortes douleurs au niveau des deux mains, présentes depuis plus d'un an et accentuées récemment. A l'examen clinique, le spécialiste a noté des douleurs assez diffuses au niveau de la main droite, ainsi qu'à la mobilisation des doigts longs et du pouce. [Le score de] Kapandji était de 5, la mobilité du poignet droit était limitée en flexion-extension à 15-0-0, alors que la mobilité en prosupination était complète. La force au [dynamomètre] Jamar était mesurée à 20 kg à gauche, contre quasiment 0 à droite. Les imageries radiographiques et d'IRM montraient assez peu d'arthrose au niveau du

poignet, soit une simple légère arthrose au niveau STT [scapho-trapézo-trapézoïdienne] et une arthrose carpo-métacarpienne au niveau des 3<sup>ème</sup> et 1<sup>er</sup> rayons, ce qui pouvait difficilement expliquer l'importance des symptômes présents, notamment la quasi ankylose du poignet et l'absence de force de poigne. Devant cette discordance radioclinique, le Dr B. \_\_\_\_\_ demandait la réalisation d'un examen de SPECT-CT (*Single photon emission computed tomography*).

Aux termes d'un rapport intitulé « scintigraphie osseuse en trois phases » du 13 mars 2024, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, concluait à « une arthrose inflammatoire scapho-trapézo-trapézoïdienne à droite avec anomalie morphologique modérée à type d'ostéophyte débutante ».

Dans un nouveau rapport du 21 mars 2024, le Dr B. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'était pas en mesure d'expliquer l'importance des symptômes présents chez l'assuré, notamment l'ankylose du poignet, l'absence de force de poigne et les douleurs au niveau des doigts qui, selon lui, ne pouvaient pas être expliqués par ce qui avait été observé à l'examen de SPECT-CT [ou scintigraphie], à savoir essentiellement une arthrose STT débutante. Le spécialiste ne retenait en conséquence aucune indication chirurgicale, ni aucune autre solution thérapeutique évidente, en soulignant la probabilité que des facteurs extra somatiques exercent une influence sur les douleurs ressenties.

Le 25 avril 2024, le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en ces termes (sic) :

« [...] Je me réfère à ma lettre du 14 décembre 2023, qui est restée sans réaction de votre part.

La situation du patient se détériore de plus en plus et son handicap augmente, si bien que je dois corriger mon appréciation d'il y a quatre mois, et je ne suis pas sûre qu'une reconversion sera possible vu qu'il est handicapé au niveau des deux membres inférieurs et des deux membres supérieurs. Après une nouvelle consultation en milieu universitaire, en chirurgie de la main, il n'y a plus d'espoir d'améliorer médicalement sa situation. [...] »

Dans un rapport du 8 mai 2024 faisant suite aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de son

patient était stationnaire du point de vue anatomique, mais qu'elle s'était péjorée du point de vue anamnestique, principalement à cause de douleurs aux deux mains, l'assuré ressentant de vives douleurs à la moindre tentative de mobilisation du poignet ou d'usage de la main, ce qui entraînait une limitation durable des efforts avec les deux mains. Selon le spécialiste, la capacité de travail était toujours nulle. S'il ne voyait aucune contre-indication médicale à une mesure de réinsertion, il soulignait qu'aucune amélioration de la capacité de travail n'était possible dans l'activité actuelle et relevait qu'il ne voyait pas dans quelle activité son patient pourrait retrouver une capacité de travail si la situation demeurait semblable.

Dans un nouveau compte-rendu du 18 juin 2024, la permanence SMR a estimé qu'après examen des nouveaux éléments médicaux reçus, il n'y avait pas d'élément marquant permettant de modifier les conclusions du rapport SMR du 6 février précédent, et confirmait une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 16 juillet 2024, l'OAI, reprenant les conclusions du rapport d'intervention précoce établi par [...] le 26 octobre 2022, a estimé qu'aucune mesure ne serait susceptible de réduire le préjudice économique de l'assuré, celui-ci étant âgé de 57 ans et n'ayant pas obtenu de CFC (certificat fédéral de formation) par le passé. Il considérait que la meilleure solution était la mise en valeur de ses compétences en lien avec la construction métallique ainsi qu'avec l'industrie légère, en précisant que l'intéressé pourrait suivre une formation pratique, mais que celle-ci ne réduirait pas le préjudice économique. Une aide au placement sous la forme d'une séance d'information serait proposée à l'assuré.

Dans un document du même jour intitulé « calcul du degré d'invalidité », les exemples d'activités adaptées suivantes étaient mentionnés : « [...] un travail simple 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), contrôle qualité, comme aide-administratif en lien avec la construction métallique (réception, devis, facturation) ou vente simple (shop et autres) ».

Par projet de décision du 29 juillet 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu que, depuis le mois d'avril 2021, sa capacité de travail était réduite pour raisons de santé et que l'exercice de son activité habituelle n'était plus considéré comme étant en adéquation avec son état de santé. Néanmoins, il ressortait du dossier que l'assuré présentait une capacité de travail pleine et entière dans toutes activités adaptées. Après comparaison des revenus, en 2022 - année d'ouverture de l'éventuel droit à une rente -, le degré d'invalidité était de 12,93 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le calcul du degré d'invalidité avait été adapté au 1<sup>er</sup> janvier 2024, date à laquelle le règlement de l'assurance-invalidité prévoyait une déduction automatique de 10 % sur le revenu d'invalidité. Le degré d'invalidité de 21,64 % ainsi obtenu était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.

Le 26 août 2024, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, en faisant valoir qu'il lui était impossible de travailler dans toutes activités en raison de ses douleurs aux épaules et aux membres inférieurs, ainsi que d'une arthrose inflammatoire aux poignets, en particulier le droit, avec des blocages, qui empêchait tout mouvement de ce membre et nécessitait impérativement le port d'une attèle, sans quoi celui-ci était trop douloureux et insupportable.

Par un formulaire daté du même jour, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il renonçait à l'aide au placement.

Par courrier du 7 novembre 2024, l'assuré a confirmé son opposition en réitérant les arguments déjà exposés.

Par décision du 13 novembre 2024, l'OAI a confirmé son projet du 29 juillet précédent.

Dans sa prise de position du même jour, l'OAI a souligné que tous les rapports médicaux produits avaient été pris en compte par le SMR dans son appréciation sur laquelle était fondée le projet du 29 juillet 2024, et que les éléments apportés par l'assuré ne lui permettaient pas de revoir sa position.

**B.** Par acte du 22 novembre 2024, R.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui était accordée. Il a fait valoir, en substance, qu'il était en incapacité totale de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en raison de ses douleurs aux jambes, aux épaules et aux poignets. Il estimait ainsi que l'intimé n'avait pas correctement pris en compte son état de santé. Il a joint le rapport de scintigraphie osseuse du 1<sup>er</sup> (recte : 13) mars 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_, ainsi que le rapport du 25 avril 2024 du Dr F.\_\_\_\_\_, figurant déjà au dossier de l'OAI.

Dans sa réponse du 23 janvier 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant pour le surplus aux avis du SMR des 6 février et 18 juin 2024.

En réplique, le 4 février 2025, le recourant a maintenu ses conclusions en se prévalant en particulier des rapports médicaux précédemment produits.

Dupliquant le 7 mars 2025, l'intimé a maintenu sa position.

Dans de nouvelles déterminations du 8 septembre 2025, le recourant a fait valoir que son état de santé s'était encore dégradé et qu'il avait dû consulter, notamment en raison de douleurs aux coudes. Il a transmis un rapport de consultation du 22 août précédent du Dr F. \_\_\_\_\_, selon lequel la situation de l'intéressé s'était aggravée, en raison de la confirmation d'une arthrose inflammatoire aux deux mains, avec doigts à ressort, et de l'apparition d'un kyste arthro synovial au poignet gauche ainsi que d'un [syndrome du] tunnel carpien à droite qui, selon un examen neurologique, méritait une cure chirurgicale. Il souffrait en outre de douleurs de plus en plus importantes qui remontaient jusqu'aux coudes, également de type arthrosique. Selon le spécialiste, l'assuré était incapable de retrouver une activité professionnelle impliquant l'usage des mains et devait par conséquent être pris en charge par l'AI.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'AI, singulièrement sur sa capacité de travail.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<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).

**b)** En l'espèce, le recourant a présenté une diminution notable de sa capacité de travail depuis le 29 avril 2021. Le délai de carence d'une année a donc commencé à courir à partir de cette date (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le recourant a cependant déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI le 31 mai 2022, si bien que le droit éventuel à une rente naîtrait au plus tôt six mois après cette date, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022 (art. 29 al. 1 LAI). Partant, ce sont les dispositions en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui s'appliquent à la présente situation.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**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 ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**b)** 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).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**d)** 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> 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).

**e)** 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\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**6. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant est atteint dans sa santé au niveau des genoux, des épaules et des mains, et qu'il n'est, dès lors, plus en mesure d'exercer son activité habituelle de constructeur métallique indépendant.

Le recourant fait valoir que son état de santé et les douleurs dont il souffre, en particulier aux épaules, aux poignets et aux mains, l'empêchent d'exercer une quelconque activité professionnelle.

**b) aa)** En ce qui concerne les atteintes dont se prévaut l'assuré, il est établi que ce dernier a souffert, à la suite d'un traumatisme survenu le 29 avril 2021, d'une déchirure méniscale interne du genou droit, pour laquelle il a bénéficié d'une ménisectomie partielle interne le 23 juin 2021 (cf. rapport du 31 mai 2021 et protocole opératoire du 23 juin 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_). Il a ensuite développé des douleurs aux deux épaules, d'abord à gauche, en raison d'un syndrome de conflit sous-acromial postérieur, d'origine dégénérative, révélé par l'usage de cannes, pour laquelle il a subi une ténotomie du biceps gauche avec synovectomie et acromioplastie en date du 23 février 2022 (cf. rapport d'IRM du 17 septembre 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_ et rapports des 30 décembre 2021, 25 mars 2022 et protocole opératoire du 23 février 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_). L'assuré a ensuite subi deux nouvelles opérations, soit une ménisectomie partielle du genou gauche le 23 novembre 2022 puis, le 19 avril 2023, une acromioplastie et ténotomie du biceps pour la prise en charge du syndrome sous-acromial de l'épaule droite (cf. protocoles opératoires des 23 novembre 2022 et 19 avril 2023 du Dr F.\_\_\_\_\_). L'intéressé a ensuite connu de fortes douleurs aux mains et aux poignets pour lesquelles le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'arthrose avancée des mains, surtout à droite, en particulier de l'articulation carpo-métacarpienne, avec un carpe bossu et une disparition complète de l'interligne, qui n'était pas curable chirurgicalement (cf. rapports des 28 mars 24 mai, 10 août et 14

décembre 2023). Un examen rhumatologique ainsi que des bilans radiologique et sanguin ont toutefois permis à la Dre X.\_\_\_\_\_ d'écarter le diagnostic de rhumatisme inflammatoire ou métabolique à l'origine de ses douleurs. Des examens cliniques chez un spécialiste en chirurgie de la main, complétés par une scintigraphie osseuse en trois phases, n'ont en outre pas permis d'expliquer l'importance des douleurs ressenties par l'assuré au niveau des doigts, ni l'ankylose du poignet et l'absence de force de poigne, l'imagerie en question ayant mis en évidence essentiellement une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne débutante (cf. rapports des 4 et 21 mars 2024 du Dr B.\_\_\_\_\_ et rapport de scintigraphie du 13 mars 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_).

**bb)** Dans son rapport du 17 octobre 2022, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 20 % depuis le 11 avril 2022, en précisant que ce taux valait pour des travaux de nature administrative, sans port de charge conséquent, ni de travail avec les mains au-dessus des épaules. Il bénéficiait, dès le jour de l'examen, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : « pas de port de charges de plus de 15 kg, à hauteur du tronc (lever une charge, manipuler une charge), pas de port de charges au-dessus, pas de port de charges en porte-à-faux, pas de mouvement répétitif des épaules avec charges ». Le Dr W.\_\_\_\_\_ estimait en outre qu'une reprise à un taux supérieur à 20 % de son activité habituelle était peu probable, en raison des charges importantes que celle-ci impliquait, raison pour laquelle une reconversion professionnelle était indiquée.

Pour sa part, le Dr F.\_\_\_\_\_ a initialement mentionné une capacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle, ajoutant que le pronostic était favorable quant à l'évolution probable de son état de santé et de son rendement, et a fait état de limitations fonctionnelles incluant le port de charges lourdes supérieures à 5 kg et les activités en hauteur avec les bras (cf. attestation médicale du 18 août 2022). Il a ensuite qualifié de « réservé » le pronostic d'une reprise à 100 % et évalué la capacité de travail dans une activité adaptée entre 50 et 100 % suivant l'activité (cf.

rapport du 19 décembre 2022), puis a mentionné une évolution favorable s'agissant des genoux, respectivement défavorable s'agissant des épaules et des poignets, en faisant mention de limitations fonctionnelles importantes, sans autre précision, au niveau des épaules et des mains, et en expliquant qu'il ne pouvait se prononcer en l'état sur la capacité de travail dans une activité adaptée, l'assuré venant de se faire opérer de l'épaule droite (cf. rapport du 24 mai 2023). Dans son rapport du 4 juillet 2023, le chirurgien traitant a exposé que les atteintes aux deux épaules et aux deux poignets étaient sévères et que l'activité habituelle ne pourrait pas être reprise, seule une activité de bureau demeurant théoriquement exigible, tout en précisant que les possibilités de reconversion lui semblaient minces. Il a par la suite confirmé ce constat, en précisant que l'épaule droite était encore en cours de récupération (cf. rapport du 10 août 2023), puis a défini des limitations fonctionnelles incluant le port de charge dépassant 3 kg et des douleurs lors des efforts en force avec les mains, à la montée et à la descente des escaliers, ainsi que lors des gestes loin du corps avec les épaules (cf. rapport du 14 décembre 2023).

**cc)** Sur cette base, le SMR a retenu que le recourant souffrait d'une atteinte invalidante depuis le 29 avril 2021, savoir un syndrome sous-acromial des deux épaules, une gonarthrose débutante des deux genoux et une arthrose avancée des deux mains, entraînant l'inexigibilité de son activité habituelle de constructeur métallique. Il a toutefois constaté qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, depuis toujours, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de travail en force avec les mains, de port de charge supérieur à 3 kg, de mouvements des bras au-dessus du plan des épaules, de marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, de montée/descente récurrente d'escaliers, de travaux accroupis/à genoux, sur échafaudage (cf. rapports SMR des 6 février et 18 juin 2024).

**dd)** Aux termes de son rapport du 25 avril 2024, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que la situation de l'assuré se détériore de plus en plus et qu'il n'y a plus d'espoir d'améliorer médicalement l'état de ses mains. Il déclare ne pas être certain qu'une reconversion soit possible au vu de ses

atteintes aux deux membres inférieurs et supérieurs. Dans son rapport subséquent du 8 mai 2024, ce médecin précise que la situation de son patient est restée stationnaire du point de vue anatomique, mais s'est toutefois péjorée du point de vue anamnestique, l'assuré ressentant de vives douleurs à la moindre tentative de mobilisation des poignets ou des mains, entraînant une limitation durable des efforts avec les deux mains. Il conclut à une capacité de travail nulle, en précisant qu'il ne voit pas de contre-indication médicale à une réadaptation et en exposant ne pas parvenir à identifier d'activité dans laquelle l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail. Cela étant, le Dr F. \_\_\_\_\_, reprend son appréciation telle que déjà communiquée précédemment. Il ne fait pas état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par l'OAI et ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible de son patient dans une activité adaptée. Singulièrement, il n'explique pas en quoi les douleurs présentées par l'intéressé impliqueraient des limitations fonctionnelles plus importantes ou diminueraient dans une plus large mesure sa capacité résiduelle de travail, ni n'avance aucun autre élément qui pourrait conduire à retenir une solution différente concernant le droit à une rente d'invalidité. Ainsi, le recourant ne saurait se prévaloir du rapport de ce médecin pour mettre en doute le bien-fondé des conclusions du SMR.

Par ailleurs, aucun élément médical au dossier ne vient contredire les conclusions du SMR ; en particulier, aucun avis médical circonstancié ne fait état d'une incapacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. De surcroît, l'appréciation du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. On relèvera également que les limitations fonctionnelles définies par le SMR et reprises par l'intimé correspondent en tous points à celles décrites en dernier lieu par le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 décembre 2023.

Au surplus, le recourant produit un rapport du 22 août 2025 du Dr F.\_\_\_\_\_, faisant état d'une aggravation de sa situation et de ses douleurs. Il sied de constater que les atteintes rapportées, à savoir une arthrose des mains et un kyste arthro synovial à la main gauche - (cf. rapport d'IRM du 13 mars 2023) s'agissant de la main droite - sont déjà connues et ont été prises en compte par le SMR, respectivement l'OAI. Pour ce qui est de l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien à la main droite qui, selon le Dr F.\_\_\_\_\_, mériterait une cure chirurgicale, on constate que ce médecin ne fait pas état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par l'intimé ni ne se prononce sur la capacité de travail résiduelle de son patient. C'est également le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie 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 devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

**c)** Il résulte de ce qui précède que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, aucun élément se rapportant à la situation prévalant au moment de la décision entreprise ne permettant de remettre en cause ce constat.

**7.** Sur le plan économique, le recourant ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ou le calcul du taux d'invalidité, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 13 %, respectivement de 22 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'atteignant pas le seuil de 40 % et, partant, n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés.

**8.** Se pose encore la question du droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

**b)** En l'espèce, quand bien même le taux d'invalidité atteint le seuil de 20 % ouvrant le droit à un reclassement professionnel, il faut admettre, avec l'intimé, qu'aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique. L'OAI a en effet considéré que la meilleure solution était la mise en valeur de ses compétences en lien avec la construction métallique ainsi qu'avec l'industrie légère, en précisant que l'intéressé pourrait suivre une formation pratique, mais que celle-ci ne réduirait pas le préjudice économique (cf. « REA - Rapport final » du 16 juillet 2024). On relèvera au surplus que les limitations fonctionnelles du recourant lui permettent d'exercer de nombreuses activités ne nécessitant pas de formation particulière hormis une mise au courant initiale (activités

légères visées par l'ESS, skill\_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8), telles que listées par l'OAI, à savoir « [...] un travail simple 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), contrôle qualité, comme aide-administratif en lien avec la construction métallique (réception, devis, facturation) ou vente simple (shop et autres) » (cf. « calcul du degré d'invalidité » du 16 juillet 2024).

L'intimé a, par ailleurs, accordé une mesure d'aide au placement au recourant par communication du 29 juillet 2024, à laquelle celui-ci a déclaré renoncer le 26 août suivant, au motif que son état de santé ne le permettait pas. Il demeure toutefois loisible à ce dernier de solliciter l'intimé en tout temps pour la mise en œuvre de cette mesure.

**9. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et a procédé sans le concours d'un mandataire qualifié (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 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :