

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 MM. Farron et Bonjour, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à Q***, recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

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, 8 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 87
al. 2 et 3 RAI**

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, droitier, sans formation certifiée, père d'une fille née en ***, travaillait chez B._____ SA en qualité d'étancheur lorsqu'il a été victime d'un accident professionnel le 4 novembre 2016. Selon la déclaration d'accident du 12 décembre 2016, il a glissé sur un matériau et du verglas et atterri sur son genou gauche, alors qu'il déplaçait des rouleaux d'étanchéité. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

En date du 26 novembre 2018, 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), faisant état de « vertèbres 10, 11 et 12 fissurées dans le dos » depuis 2013 et de trois opérations du genou et du ménisque depuis 2016, ainsi que d'arthrose. Il a également indiqué avoir été en incapacité totale de travail du 4 novembre 2016 jusqu'au 14 juin 2017, puis dès le 25 juillet 2017. A cette demande étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 27 mai 2014 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, préconisant un séjour à la Clinique C._____ (ci-après : la Clinique C._____);

- un rapport du 9 octobre 2014 du Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV);

- un rapport du 29 décembre 2014 relatif à une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale concluant à une discopathie dégénérative cervicale débutante, à une protrusion discale C4-C5 paramédiane et foraminale gauche avec rétrécissement modéré du foramen intervertébral, dont la corrélation avec la symptomatologie clinique était incertaine ;

- un rapport du 10 juillet 2015 de la Clinique C._____, et ses annexes, où l'assuré a séjourné du 10 juin au 3 juillet 2015, posant les diagnostics de contusion dorso-lombaire sans fracture-tassement à la suite d'une chute de trois mètres le 30 décembre 2013, de maladie de Scheuermann et de contusions multiples ;

- un rapport du 16 novembre 2016 relatif à une IRM cervicale et deux radiographies cervicales obliques ;

- un rapport du 22 novembre 2016 du Dr F._____, spécialiste en neurologie, selon lequel l'assuré présentait, après une chute de trois mètres sur le dos en 2013, une symptomatologie qui touchait préférentiellement la sensibilité thermique et douloureuse, avec une aréflexie, et qui pouvait évoquer une création de syrinx ;

- un rapport du 30 novembre 2016 relatif à une IRM du genou gauche concluant à une déchirure (large) significative de ménisque interne (grade III) associée à un petit kyste paraméniscal postérieur communiquant avec la déchirure ;

- un rapport du 26 décembre 2016 de la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin traitante, posant le diagnostic de déchirure importante du ménisque interne du genou gauche ;

- un rapport du 4 mars 2017 de la Dre I._____ posant le diagnostic de déchirure importante du ménisque interne du genou gauche ;

- un rapport du 25 juillet 2017 relatif à une radiographie de la colonne cervicale concluant à l'absence de lésion post-traumatique visible ;

- un rapport du 17 août 2017 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnant une méniscectomie interne du genou gauche le 12 janvier 2017 et une arthroscopie programmée pour le 31 août 2017 ;

- un rapport du 20 septembre 2017 de la Dre I._____, selon lequel l'assuré avait été agressé par un collègue le 25 juillet 2017, ce qui avait entraîné une entorse cervicale ;

- un rapport du 26 août 2018 de la Dre I._____, selon lequel une reprise du travail comme étancheur ou agent de sécurité n'était pas possible.

Le 21 décembre 2018, l'OAI s'est fait remettre les documents du dossier constitué par la CNA, dont il ressort notamment que l'assuré a souffert d'une déchirure du ménisque interne du genou gauche à la suite d'un accident professionnel le 4 novembre 2016, nécessitant trois opérations les 12 janvier, 31 août 2017 et 21 février 2018 (cf. rapport du 30 novembre 2016 relatif à une IRM du genou gauche, déclaration d'accident du 12 décembre 2016, rapport du 26 décembre 2016 de la Dre I._____, rapport du 20 décembre 2017 du Dr C._____, médecin praticien et courrier de prise en charge du 24 janvier 2018 de la CNA).

Le 14 mars 2019, la CNA a transmis de nouvelles pièces à l'OAI, dont notamment un rapport du 11 mars 2019 du Dr H._____, selon lequel l'assuré avait absolument besoin d'un complément de rééducation encadré à la Clinique C._____.

Il ressort d'un rapport de la Fondation D._____, du 17 septembre 2019, auprès de laquelle l'assuré devait effectuer une mesure d'intervention précoce du 25 mars au 13 septembre 2019 (cf. courrier du 14 janvier 2019 et communication du 13 mars 2019 de l'OAI) que ses genoux étaient dysfonctionnels à la suite de divers accidents et de trois interventions chirurgicales. Aussi, il ne pouvait plus rester debout plus de vingt minutes d'affilée et devait exclure toute activité professionnelle s'exerçant exclusivement debout, notamment comme étancheur ou agent de sécurité. L'assuré ne pouvait également plus plier le genou, ni porter des charges et il ressentait des douleurs lorsqu'il devait se lever après être resté assis un certain temps. D'après sa médecin traitante, l'intéressé pouvait

travailler à 100 % dans toute activité adaptée. Ce rapport expliquait que, lors du début de la mesure, l'assuré était ouvert à entreprendre des démarches pour une réinsertion professionnelle. Cependant, il avait rapidement émis des demandes auxquelles il ne pouvait être répondu favorablement, ce qui avait engendré un mécontentement clairement exprimé par l'intéressé. Après avoir exigé qu'un stage soit organisé dans le domaine de la santé, l'assuré n'y avait pas donné suite. Au vu de ces éléments, il a été constaté que ce dernier avait des attentes, voire même des exigences, qui dépassaient ce qui pouvait lui être proposé. Il avait ainsi demandé qu'une formation lui soit financée sans démontrer de motivation à débiter un emploi qui soit équivalent d'un point de vue de la qualification et du salaire à ce qu'il avait avant son accident. En définitive, la mesure avait été interrompue le 20 août 2019 et l'instruction reprise pour examiner le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. courrier du 23 septembre 2019 de l'OAI).

Par rapport du 9 octobre 2019 à l'OAI, la Dre I. _____ a posé les diagnostics de gonalgies gauches depuis le 4 novembre 2016, de ménisectomie interne du genou gauche le 12 janvier 2017 et d'arthroscopie le 31 août 2017. Elle a indiqué, comme limitations fonctionnelles, que l'assuré ne pouvait pas travailler debout plus de trente minutes, qu'il devait changer de position, qu'il ne pouvait pas marcher à plat plus de trente minutes et qu'il ne pouvait pas porter plus de 10 kg. Elle a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 décembre 2016 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 24 mai 2019.

Entre les mois d'octobre 2019 et mars 2020, l'OAI s'est vu transmettre différentes pièces par la CNA et a reçu, le 29 mai 2020, une copie de la décision rendue par cette dernière refusant une rente d'invalidité à l'assuré, dès lors que les séquelles de l'accident ne l'empêchaient pas de déployer une pleine capacité de travail dans une activité sans port de charges supérieures à 15-20 kg, sans port répété de charges supérieures à 5-10 kg, sans utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou d'activités sur les toits, sans activité nécessitant le maintien

prolongé de la position statique debout ou accroupie et sans marche prolongée ou en terrain irrégulier. La CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Le 9 juin 2020, l'OAI a notamment reçu les pièces suivantes de la CNA :

- un rapport du 2 avril 2020 de la Clinique C._____, auprès de laquelle l'assuré a séjourné du 25 février au 16 mars 2020, posant les diagnostics de traumatisme du genou gauche, avec déchirure du ménisque interne de grade III et léger œdème antéro-interne en regard du LLI [ligament latéral interne], et d'arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche. Selon ce rapport, la situation était stabilisée du point de vue médical et les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : port de charges supérieures à 15-20 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie, réalisation répétée des escaliers, utilisation d'échelles répétée, travail sur les toits et activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ;

- une appréciation du 20 avril 2020 du Dr H._____ attestant que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations précisées par la Clinique C._____.

Par décision du 16 octobre 2020, confirmant un projet de décision du 22 juin 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2019 au 30 juin 2020. Il a expliqué que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 31 août 2017 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 31 août 2018, il présentait encore une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle, ce qui ouvrait un droit à la rente entière. Au vu du dépôt tardif de sa demande le 26 novembre 2018, le droit à la rente prenait effet dès le 1^{er} mai 2019. A compter du 1^{er} avril 2020, une capacité de travail de 100 % était toutefois raisonnablement exigible dans une activité adaptée, comprenant les limitations fonctionnelles suivantes :

port de charges supérieures à 15-20 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie, réalisation répétée des escaliers, utilisation d'échelles répétée, travail sur les toits et activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout. Ainsi, en présence d'une amélioration de la capacité de travail et de la capacité de gain, le droit à la rente était supprimé à la fin du troisième mois suivant l'amélioration, à savoir au 30 juin 2020. Quant au droit à un reclassement professionnel, ce dernier existait si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable était de 20 % au moins, ce qui n'était en l'occurrence pas le cas.

Le 30 novembre 2020, il a été mis fin à l'aide au placement proposée par communication du 22 juin 2020, au vu du manque de collaboration de l'assuré.

B. **a)** Le 28 juillet 2023, l'assuré, alors employé en tant qu'agent de propreté auprès de L._____ SA à 100 % depuis le 1^{er} avril 2022, a adressé une communication de détection précoce à l'OAI, évoquant une incapacité de travail à 100 % dès le 13 juillet 2022 en raison d'une opération de l'index gauche après un accident professionnel, pris en charge par la CNA.

Selon un rapport initial du 11 septembre 2023, l'assuré parlait d'insensibilité et d'hypersensibilité au niveau de l'index gauche, de manque de force et d'impossibilité à plier le doigt. Au niveau psychiatrique, un suivi allait débuter auprès du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 11 septembre 2023, l'OAI a informé l'assuré que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué et lui a imparti un délai de 20 jours pour compléter et retourner le formulaire de demande de prestations.

Le 14 mai 2024, la CNA a transmis de nouvelles pièces à l'OAI, dont notamment :

- une déclaration d'accident du 21 juillet 2022, selon laquelle l'assuré s'était coupé le doigt de la main gauche avec un cutter le 13 juillet 2022 ;

- un rapport du 29 juillet 2022 de la consultation ambulatoire du CHUV posant le diagnostic de plaie face palmo-radiale IPP [interphalangienne proximale] D2 gauche et mentionnant une intervention le 14 juillet 2022 ;

- un rapport du 17 mai 2023 de la Dre I._____ mentionnant que l'assuré avait très mal au palmaire du PIP [proximale interphalangienne] latéral et médiale, qu'il ne pouvait pas plier de plus de 20 degrés, ainsi que des douleurs à l'articulation interphalangienne distale, qu'il pouvait plier ; pour elle, il était préférable que l'assuré fasse une reconversion dans un autre domaine où il ne devrait pas utiliser sa main gauche ;

- une appréciation du 27 juin 2023 de la Dre J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, proposant un séjour de trois semaines à la Clinique C._____ ;

- un rapport du 28 novembre 2023 du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV mentionnant des « douleurs neuropathiques sur le pédicule collatéral radial de l'index gauche, DD [diagnostic différentiel] névrome en continuité et DD cicatrice engainant le pédicule » ;

- un rapport de consultation ambulatoire du CHUV des 16 janvier et 29 février 2024 posant le diagnostic de douleurs neuropathiques sur le pédicule collatéral radial de l'index gauche, DD névrome en continuité et DD cicatrice engainant le pédicule et mentionnant qu'un ultrason, effectué

le 21 décembre 2023, n'avait pas montré d'anomalie échographique, ni de névrome en continuité ;

- un rapport du 4 mars 2024 de la Dre I._____, selon lequel la situation était inchangée et la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle ;

- un rapport de consultation ambulatoire du CHUV des 26 mars et 2 mai 2024 indiquant que l'assuré avait subi une infiltration du nerf médian et du nerf radial superficiel de l'avant-bras et un bloc diagnostic des nerfs médian et radial de l'avant-bras.

b) Le 16 mai 2024, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, « 3 opérations genou, ménisque et arthrose, Dos, vertèbres 10, 11 et 12 tassées et fissurées, Index gauche accidenté et opéré » depuis 2013, 2016 et le 13 juillet 2022.

Par courriel du 7 juin 2024, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait décidé de ne plus être suivi par le Dr M._____, préférant opter pour des approches de médecine douce plutôt que des traitements médicamenteux.

Par rapport du 5 juin 2024, reçu le 28 juin 2024 par l'OAI, la Dre I._____ a posé les diagnostics de plaie transverse palmo-radiale IPP D2 gauche, de gonalgie et de cervicalgie chronique. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué que l'assuré ne pouvait pas travailler avec sa main gauche, qu'il ne pouvait plus se mettre à genou et accroupi de manière répétitive et qu'il ne pouvait pas marcher plusieurs heures. Elle a attesté une capacité de travail nulle depuis le 13 juillet 2022 en tant qu'étancheur et nettoyeur professionnel et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis le 13 février 2023, tout en précisant « sans travailler avec la main gauche ».

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur rempli par L._____ SA le 5 juillet 2024 que l'assuré aurait gagné 24 fr. de l'heure +

1 fr. 99 d'indemnité vacances + 1 fr. 99 à titre de 13^e salaire, depuis le 28 février 2022.

Par courriel du 10 septembre 2024, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'avait plus consulté le Dr M._____, qu'il n'avait vu que trois ou quatre fois, depuis plusieurs mois et qu'il ne pouvait pas lui demander un rapport.

Interrogée le 25 novembre 2024 par l'OAI, la Dre I._____ a répondu, le 6 décembre 2024, de la manière suivante aux questions qui lui étaient posées :

« 1. Comment a évolué l'état de santé de votre patient depuis votre dernier rapport du 05/06/2024 ?

En juin 2024 il a eu une infiltration de l'avant-bras droit au CHUV (probable nerfs médiane), aux premières heures, il était sans douleurs, mais les douleurs sont après revenue à jour 5.

En fin juin 2024, il se plaint de douleurs cervicales (qu'il veut laisser prendre sur l'accident), on a fait la physiothérapie en décembre.

Il était à la Clinique C._____ le 07/08/2024 au 10/09/2024.

La situation du doigt n'a pas changé.

Il se plaint aussi de nouveau de son genou gauche (st. post 3 arthroscopies).

Un SAS peut être exclu par le Dr. K._____.

2. Quel diagnostic retenez-vous actuellement impactant la capacité de travail ?

a) Douleurs neuropathiques persistantes de l'index gauche suite à une plaie à la face palmo-radial en zone 2 le 13/07/2022.

b) Traumatismes du genou gauche le 04/11/2016.

- Déchirure du ménisque interne de Grad 3 et léger oedème antro-interne en regard de LL1.

- Gonarthrose fémoro-tibial interne.

- St. post 3 arthroscopies.

c) Obésité

d) St. post phlegmon sacro-coccygien et crise hémorroïdaires 2024.

e) Cervicalgies avec douleurs à la mâchoire surtout gauche.

- Chute de 3 mètre en 2013.

- St. post compressions racines C3/C4 et C4/C5, IRM en 2016.

f) Troubles du sommeil

3. Pourriez-vous décrire l'examen clinique actuel ?

Je n'en ai pas refait.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles durables d'ordre strictement médical ?

a) Main gauche : Ne pas porter de charge, pas de travail fine, pas de prise pleine main, pas de prise de marteau, moins de 5kg

b) Genou gauche : Pas de travail en marchant, ne pas se mettre à genoux, ne pas s'accroupir, ne pas grimper à des échelles.

c) Cervicale : Pas de travail avec des mouvements de flexion/extension/rotation de la nuque.

5. Avez-vous pratiqué des examens supplémentaires (imagerie, laboratoire spécifique, autre) ?

Non.

6. Une hospitalisation ou une prise en charge chirurgicale a-t-elle été nécessaire depuis votre dernier rapport ?

Hospitalisation à la Clinique C._____ à S*** du 07/08/2024 au 10/09/2024 (copie ci-jointe de la première partie de la lettre).

7. Avez-vous adressé votre patient à un confrère pour un avis spécialisé (neurologie, oncologie, rhumatologie, chirurgie, etc) ?

Au Dr. K._____ (pas de SAS).

8. Quel est le traitement actuel ? La compliance est-elle adéquate ?

- Physiothérapie pour cervicale et genou
- Osténil prendre chez un confrère
- Laxiplant
- Xylocain Gel 2%
- Condrosulf 800mg 1-0-0-0
- Arcoxia 3C)--1 -\
- Co-Dafalgan 500mg/30mg
- Pantoprazol 40mg 1-0-0-0
- Lidocaïne pommade
- Anesderm crème 5%
- Bilastin 20mg 1-0-0-0
- Paragol
- Duloxetin stoppé

La compliance est adéquate.

9. Comment a évolué (dates) la capacité de travail dans l'activité habituelle depuis votre dernier rapport (sur un taux de 100%) ?

AT 100% du 05/06/2024 au 28/02/2025.

10. Respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-avant, comment à évoluer (dates) la capacité de travail dans une activité adapté à ces dernières ?

CT de travail de 100% depuis le 04/12/2024.

11.1 Mesures de réinsertion AI: Existe-t-il des contres indications médicales à suivre une telle mesure ? Si oui, lesquelles ? Si non, depuis quand une telle mesure aurait été possible ?

Non, dès tout de suite.

11.2 Mesures de réinsertion AI: Quel est votre pronostic d'amélioration de la capacité de travail ? Jusqu'à quel taux ? Dans quels délais ?

100%.

Délais de 3 à 6 mois.

12. Autres remarques ?

Je pense qu'il sera très difficile de lui trouver un travail adapté (voir. question 10) »

A ce rapport étaient notamment joints un rapport du 9 septembre 2024 de la Clinique C._____, selon lequel aucun nouveau diagnostic en lien avec l'index gauche et le genou gauche n'avait été posé pendant le séjour et un rapport du 26 novembre 2024 du Dr K._____, spécialiste en pneumologie, concluant à l'absence de SAS [syndrome d'apnées du sommeil] et à une ronchopathie légère à modérée objectivement, mais socialement très handicapante.

Par courrier du 31 décembre 2024, l'assuré a informé l'OAI qu'il recherchait activement un psychiatre, mais que les délais d'attente étaient longs pour obtenir un rendez-vous. Il a également transmis une correspondance de la CNA du 10 décembre 2024 mettant un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière dès le 31 décembre 2024 au soir, dès lors qu'il conservait une pleine capacité de travail respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5-10 kg, port de charges répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche et activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

Le 9 janvier 2025, l'OAI a consulté le dossier de la CNA, qui contenait notamment les pièces suivantes :

- le rapport du 9 septembre 2024 de la Clinique C._____, accompagné de ses annexes ;

- une appréciation du 29 novembre 2024 de la Dre J._____, posant les diagnostics de plaie par cutter de la face radio-palmaire IPP de l'index de la main gauche, avec suture d'une section de 50 % du ligament collatéral radiale IPP D2 gauche le 13 juillet 2022, et de douleurs neuropathiques de l'index gauche avec raideur IPP et attestant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5-10 kg, port de charges répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche et activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

Par communication du 9 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation d'ordre professionnel et que différentes informations devaient encore être collectées pour examiner son droit aux prestations AI.

Par projet de décision du 15 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, dès lors qu'une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de mouvements nécessitant de la force de la main gauche, pas de mouvements répétés de la main gauche et pas d'activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche. L'OAI s'est référé aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer le revenu avec et sans invalidité. Après comparaison des deux termes, le degré d'invalidité a été fixé à 0 %, ce qui avait pour conséquence qu'un droit à des prestations AI n'était pas reconnu.

Une aide au placement pouvait être octroyée sur demande écrite et motivée.

Le 13 février 2025, l'assuré, alors représenté par Me Philippe Oguey, a contesté ce projet de décision et produit des rapport d'infiltration du genou gauche des 6 septembre, 11 décembre 2024 et 15 janvier 2025, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail du 4 septembre 2024 et un rapport du 29 janvier 2025 de la Dre I._____, selon lequel il avait toujours des douleurs au doigt et au genou gauches.

Les 7 mars et 12 juin 2025, l'OAI a consulté le dossier de la CNA, qui contenait notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 17 février 2025 de l'ergothérapeute de l'assuré, selon lequel des douleurs importantes étaient encore observées au niveau du territoire innervé par le nerf collatéral radial ;

- un rapport du 25 avril 2025 de la Dre I._____ mentionnant que l'assuré avait eu besoin de quatre infiltrations pour son genou gauche, qui le soulageaient beaucoup, et qu'il portait une attelle pour diminuer l'aggravation du genou et les douleurs.

Par décision du 30 juin 2025 et courrier du même jour, l'OAI a refusé de prester, confirmant son projet de décision du 15 janvier 2025. Il a relevé qu'après avoir réexaminé l'ensemble du dossier, ainsi que les dernières pièces de la CNA, aucun nouvel élément probant et circonstancié n'avait été apporté et que son projet de décision, qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, devait être confirmé.

Le 4 juillet 2025, l'OAI a reçu une copie de la décision de la CNA du même jour refusant l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré, qui était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du marché général de l'emploi. Il devait éviter, pour le genou gauche, le port de charges supérieures à 15-20 kg, le

port de charges répété supérieures à 5-10 kg, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la position accroupie, la réalisation répétée d'escaliers, l'utilisation répétée d'échelles, le travail sur les toits, ainsi que les activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout. En lien avec l'index de la main gauche (accident du 13 juillet 2022), il devait éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, le port de charges répété supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, les mouvements répétés de la main gauche, ainsi que les activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

C. Désormais représenté par Me Alexandre Bernel, A._____ a recouru le 1^{er} septembre 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 30 juin 2025, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2024 ou, subsidiairement, à des mesures professionnelles, et plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Le recourant a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante par la Cour des assurances sociales. Sur le fond, l'intéressé a, en substance, fait valoir que le refus de l'OAI de lui octroyer des prestations ne reposait pas sur un avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR), mais était exclusivement fondé sur un avis du médecin d'arrondissement de la CNA du 29 novembre 2024, tout en se référant, en outre, à un rapport de la Clinique C._____ pour un séjour du 7 août au 10 septembre 2024, ainsi qu'à des rapports de la Dre I._____ des 17 mai 2023 et 28 juin 2024. Ainsi, l'intimé avait simplement fait siennes les appréciations du médecin d'arrondissement de la CNA qui, en se prononçant exclusivement sur ce qui impactait l'index gauche, avait retenu les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5-10 kg, port de charge répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche et activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche. Le recourant a également mis en avant le fait que l'office intimé avait exclu toute appréciation complémentaire du cas dans la procédure AI, que ce soit par le SMR ou par un expert externe, nonobstant son opposition au projet

de décision du 15 janvier 2025. L'OAI avait pourtant obtenu un rapport récent de la Dre I. _____ du 6 décembre 2024 qui mentionnait non seulement des douleurs neuropathiques persistantes de l'index gauche, mais également des douleurs en relation avec le genou gauche, une obésité, un status post Phlegmon sacro-coccygien et crise hémorroïdaires en 2024 et des cervicalgies ensuite d'une chute en 2013. En conséquence, sa médecin traitante avait déduit les limitations fonctionnelles suivantes : en lien avec la main gauche, pas de port de charge, pas de travail fin, ni de prise pleine main et de prise de marteau de moins de 5 kg, pour le genou gauche, pas de travail en marchant, pas de possibilité de se mettre à genou ou de s'accroupir, ni grimper à des échelles, et, s'agissant des cervicales, pas de travail avec des mouvements de flexion/extension/rotation de la nuque. Ainsi, c'était bien un point de situation global de son état de santé qui devait être effectué en tenant compte des nouvelles affections, mais aussi de l'évolution des problèmes de santé constatés précédemment et de leur impact sur la capacité de travail. C'était ainsi de manière arbitraire que l'OAI avait complètement fait abstraction des autres affections que celle concernant l'index gauche et des limitations en découlant. Enfin, il convenait de prendre en considération le dernier rapport du 6 décembre 2024 de la Dre I. _____, soit en admettant ses conclusions et en en tirant les conséquences qui s'imposaient, soit en soumettant à l'appréciation d'autres médecins les éléments mis en avant dans ce rapport.

Par décision du 4 septembre 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 1^{er} septembre 2025 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Bernel.

Par réponse du 6 octobre 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a relevé que les éléments produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, notamment le dossier de la CNA, n'avaient pas permis de mettre en exergue une quelconque péjoration de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision du 16 octobre 2020. En outre, malgré les limitations fonctionnelles

déoulant de l'accident du 13 juillet 2022, à savoir éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, le port répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, les mouvements répétés de la main gauche, ainsi que les activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Par réplique du 6 novembre 2025, le recourant a persisté à réclamer la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dès lors que l'intimé n'avait pas véritablement instruit la situation, s'étant limité à se référer à un rapport de la CNA, qui n'examinait que les conséquences des accidents.

Dupliquant le 1^{er} décembre 2025, l'intimé a confirmé sa position et relevé que, malgré les limitations fonctionnelles supplémentaires constatées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, il existait, parmi le large éventail de métiers simples et répétitifs représentés dans le niveau de compétence concerné de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) des activités ne nécessitant pas de formation particulière, dont l'exercice n'était pas compromis par les problématiques de santé du recourant. En outre, le recourant ne présentait pas une atteinte à la santé sur un autre plan qui justifierait la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire concernant l'aspect médical.

D. Par acte du 11 décembre 2025, le recourant a recouru contre une décision sur opposition du 7 novembre 2025 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La cause a été instruite sous la référence AA 164/25. Un arrêt a été rendu ce jour également dans cette cause, connexe à la présente affaire.

En droit :

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 estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de sa seconde demande de prestations du 16 mai 2024.

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^{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'occurrence, le recourant a déposé sa seconde demande de prestations le 16 mai 2024 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), à

savoir le 1^{er} novembre 2024. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au présent cas.

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). 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).

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, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022) 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 cette disposition, 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).

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 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).

5. 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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).

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 citées ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 16 mai 2024, qu'il a instruite en demandant des rapports à la Dre I. _____ et en consultant les pièces réunies par la CNA. Il convient dès lors d'examiner si, entre la décision du 16 octobre 2020 octroyant au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2019 au 30 juin 2020 – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 30 juin 2025, un changement important

de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit.

a) aa) En l'occurrence, le recourant a été victime d'une chute de trois mètres sur le dos en 2013 (cf. rapports des 10 juillet 2015 de la Clinique C._____ et 22 novembre 2016 du Dr F._____). Sur proposition du Dr H._____ dans son appréciation du 27 mai 2014, le recourant a séjourné à la Clinique C._____ du 10 juin au 3 juillet 2015. Le rapport du 10 juillet 2015 de la Clinique C._____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle et une pleine capacité de travail a été attestée dans son activité habituelle.

Le 4 novembre 2016, le recourant a glissé sur un matériau et du verglas alors qu'il déplaçait des rouleaux d'étanchéité et atterri sur son genou gauche, entraînant une déchirure du ménisque interne du genou gauche (cf. rapports des 26 décembre 2016 et 4 mars 2017 de la Dre I._____ et rapport du 17 août 2017 du Dr G._____). Se fondant sur un rapport de la Clinique C._____ du 2 avril 2020 et une appréciation du 20 avril 2020 du Dr H._____, la CNA a, par décision du 29 mai 2020, refusé une rente d'invalidité au recourant, dès lors qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg, pas d'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou d'activités sur les toits, ni d'activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ou accroupie et pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier.

Sur la base de son dossier et des documents fournis par la CNA, l'OAI a admis que le recourant présentait une totale incapacité de travail depuis le 31 août 2017 et lui a octroyé, par décision du 16 octobre 2020, une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mai 2019 au 30 juin 2020. Il a toutefois estimé qu'une capacité de travail entière était raisonnablement exigible dès le 1^{er} avril 2020 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port de charges répétés supérieures à 5-10 kg, pas de

marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de position accroupie, pas de réalisation répétée des escaliers, ni d'utilisation d'échelles répétée, de travail sur les toits ou d'activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

bb) Le 13 juillet 2022, le recourant s'est coupé le doigt avec un cutter, ce qui a nécessité une suture le 14 juillet 2022 (cf. déclaration d'accident du 21 juillet 2022 et rapport du 29 juillet 2022 de la consultation ambulatoire du CHUV). Après avoir adressé à l'OAI une communication de détection précoce le 28 juillet 2023, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 16 mai 2024, sur laquelle l'OAI est entré en matière après avoir reçu de la CNA différents rapports, selon lesquels le recourant avait souffert d'une plaie de la face palmo-radiale IPP D2 gauche (cf. rapport du 29 juillet 2022 de la consultation ambulatoire du CHUV) ayant entraîné des douleurs neuropathiques et des infiltrations des nerfs médian et radial (cf. rapport du 28 novembre 2023 du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV et rapports de la consultation ambulatoire du CHUV des 16 janvier, 29 février, 26 mars et 2 mai 2024). Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'office intimé a notamment recueilli un rapport du 5 juin 2024 de la Dre I._____, qu'il a à nouveau interrogée le 25 novembre 2024, ainsi que les pièces transmises par la CNA, notamment le rapport du 9 septembre 2024 de la Clinique C._____ et l'appréciation du 29 novembre 2024 de la Dre J._____, sur lesquels il s'est basé pour retenir que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. projet de décision du 15 janvier 2025 et décision du 30 juin 2025).

b) Le recourant fait tout d'abord valoir que l'intimé s'est exclusivement fondé sur l'avis de la Dre J._____ du 29 novembre 2024 pour justifier son refus de prester. Ce n'est toutefois pas le cas en l'espèce, l'intimé s'étant également référé au rapport du 9 septembre 2024 de la Clinique C._____ et à différents rapports de la Dre I._____, comme l'allègue d'ailleurs le recourant lui-même. L'OAI ne s'est en outre pas contenté des seuls rapports produits par la CNA, mais a également procédé

à sa propre instruction en demandant des rapports à la Dre I._____, notamment ceux des 5 juin et 6 décembre 2024. Ainsi, avant de statuer, l'OAI a bel et bien pris en compte les différents rapports constituant tant le dossier de l'assureur-accidents que son propre dossier. Au vu des documents à disposition, le recours au SMR, qui n'aurait fait que synthétiser cette documentation (cf. consid. 5e *supra*), aurait été superfétatoire. On notera ici que si l'OAI ne s'était fondé que sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA, cela n'aurait pas été critiquable en soi, dans la mesure où la seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations.

c) Le recourant allègue ensuite que seules les limitations en lien avec son index gauche ont été prises en compte par l'intimé dans la décision litigieuse, en excluant celles découlant de ses atteintes au genou gauche et aux cervicales, négligeant dès lors de faire un point de situation global de son état de santé. Il s'agit dès lors d'examiner s'il y a eu un changement important de circonstances en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 16 octobre 2020 aux circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 30 juin 2025.

aa) S'agissant des limitations en lien avec les cervicales, la Dre I._____ a mentionné, dans son rapport du 6 décembre 2024, que le recourant devait éviter le travail avec des mouvements de flexion/extension/rotation de la nuque, celui-ci s'étant plaint de douleurs cervicales en juin 2024. Or les plaintes en lien avec des cervicalgies ne sont pas nouvelles. En effet, la Dre I._____ a, dans son rapport du 6 décembre 2024, mentionné, en lien avec le diagnostic de cervicalgies, une chute de trois mètres en 2013 et un status post compression des racines C3-C4 et C4-C5 en se référant à l'IRM de 2016. A cet égard, on notera que le recourant a lui-même cité, dans sa contestation du 13 février 2025, le numéro de sinistre de l'accident du 13 décembre 2013 en parlant de ses douleurs aux cervicales, dorsales et lombaires. En outre, il ressort des rapports du 20 septembre 2017 de la Dre I._____ et du 11 mars 2019 du Dr H._____ que le recourant souffre de cervicalgies depuis une agression

du 25 juillet 2017, les rapports du CHUV mentionnant d'ailleurs comme antécédents des cervicalgies chroniques non déficitaires (cf. rapports de la consultation ambulatoire et du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV des 13 juillet, 4 août 2022 et 28 novembre 2023). Il ne ressort en outre pas du dossier que les cervicalgies du recourant se seraient aggravées. Au contraire, les rapports produits dans le cadre de la procédure d'audition du recourant, après sa contestation du projet de décision du 15 janvier 2025, ne font mention que de douleurs en lien avec l'index (cf. rapport du 17 février 2025 de l'ergothérapeute) ou le genou (cf. rapports des 29 janvier et 25 avril 2025 de la Dre I. _____). On notera encore ici que la Dre I. _____ a, dans son rapport du 6 décembre 2024, attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 4 décembre 2024 en prenant en compte les limitations fonctionnelles en lien avec les cervicales.

bb) Pour ce qui concerne le genou gauche, il est constant que le recourant a souffert d'une déchirure du ménisque lors de l'événement du 4 novembre 2016, ayant nécessité trois opérations entre 2017 et 2018 (cf. rapports des 26 décembre 2016, 4 mars 2017, 26 août 2018 de la Dre I. _____ et du 17 août 2017 du Dr G. _____). S'agissant des limitations fonctionnelles en découlant, il a été constaté, lors de la mise en œuvre de la mesure d'intervention précoce du 25 mars au 13 septembre 2019, que le recourant ne pouvait plus rester debout plus de vingt minutes d'affilée et devait exclure toute activité professionnelle s'exerçant exclusivement debout, notamment comme étancheur ou agent de sécurité. Il ne pouvait également plus plier le genou, ni porter des charges et il ressentait des douleurs lorsqu'il devait se lever après être resté assis un certain temps (cf. rapport du 17 septembre 2019). Dans son rapport du 9 octobre 2019, la Dre I. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail debout plus de trente minutes, changement de position, pas de marche à plat plus de trente minutes et pas de port de charges supérieures à 10 kg, tout en attestant une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 24 mai 2019. Lors du séjour du recourant à la Clinique C. _____ en 2020, les limitations ont été complétées comme suit : pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port de charges répété

supérieures à 5-10 kg, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de position accroupie, pas de réalisation répétée des escaliers, pas d'utilisation d'échelles répétée, pas de travail sur les toits, ni d'activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout. Dans le cadre de la seconde demande de prestations du recourant, la Dre I. _____ a été interrogée et a indiqué, dans son rapport du 6 décembre 2024, que le recourant se plaignait à nouveau de son genou gauche, sans pour autant mentionner une quelconque aggravation en lien avec cette atteinte. L'absence de changement est d'ailleurs confirmée par le fait que les limitations fonctionnelles en lien avec le genou gauche sont les mêmes en 2020 qu'en 2025. En effet, dans ses rapport des 5 juin et 6 décembre 2024, la Dre I. _____ a mentionné que le recourant ne pouvait plus se mettre à genou et accroupi de manière répétitive, qu'il ne pouvait pas grimer à des échelles et qu'il ne pouvait pas marcher plusieurs heures. La seule mention par la Dre I. _____ du port d'une attelle pour soulager les douleurs du genou n'est au surplus pas suffisante pour attester une aggravation (cf. rapport du 25 avril 2025). En outre, l'absence d'une quelconque aggravation de l'atteinte au genou est confirmée par les médecins de la Clinique C. _____, qui se sont spécifiquement prononcés sur cette question dans leur rapport du 9 septembre 2024 et ont relevé en particulier l'absence de nouveau diagnostic.

cc) L'atteinte à l'index gauche est quant à elle nouvelle et n'existait pas lors de la décision du 16 octobre 2020, dès lors qu'elle résulte d'un accident du 13 juillet 2022. Il est en l'occurrence constant que cette atteinte a entraîné des limitations fonctionnelles, comme cela ressort des rapports des 5 juin 2024 et 6 décembre 2024 de la Dre I. _____ et des rapports des 9 septembre et 29 novembre 2024 de la Clinique C. _____ et de la Dre J. _____. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu, dans la décision litigieuse du 30 juin 2025, que le recourant ne pouvait pas porter de charges supérieures à 5-10 kg, ni de port de charges répété supérieures à 5 kg, qu'il ne pouvait pas effectuer de mouvements nécessitant de la force de la main gauche, ni de mouvements répétés de la main gauche et qu'il ne pouvait pas faire d'activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche. Quant à la capacité de travail, il ressort de l'appréciation du

29 novembre 2024 de la Dre J._____ que celle-ci est entière dans une activité adaptée, comme l'a confirmé la Dre I._____ dans son rapport du 6 décembre 2024. Cette conclusion n'est en outre pas remise en cause pas les rapports produits par le recourant dans le cadre de sa contestation du projet de décision du 15 janvier 2025, ceux-ci ne se prononçant ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail. On relèvera au besoin ici que le recourant s'est blessé à l'index gauche, alors que sa main dominante est la droite (cf. rapport du 9 octobre 2014 du Service de neurologie du CHUV, évaluation de neuropsychologie de la Clinique C._____ de juin 2015, entretien du 14 décembre 2017 avec un employé de la CNA, rapport initial du 11 septembre 2023, appréciation du 29 novembre 2024 de la Dre J._____, rapport d'ergothérapie du 6 septembre 2024 de la Clinique C._____).

dd) En définitive, aucune aggravation de l'état de santé du recourant en lien avec ses cervicalgies ou ses douleurs au genou gauche n'a été démontrée. Quant à l'atteinte à l'index gauche, les limitations fonctionnelles en découlant ont été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail, qui a été considérée comme entière.

d) On relèvera encore ici qu'il ressort du dossier que le recourant avait débuté un suivi psychiatrique auprès du Dr M._____ en septembre 2023 avant d'interrompre son suivi après quelques rendez-vous (cf. rapport initial du 11 septembre 2023 et courriels du recourant des 7 juin et 10 septembre 2024). Aucun trouble psychique n'a toutefois été retenu lors du séjour du recourant à la Clinique C._____, que ce soit en 2020 ou en 2024, ni par la Dre I._____, le recourant n'ayant d'ailleurs pas allégué souffrir d'une atteinte à ce niveau.

e) Il résulte de ce qui précède que toutes les problématiques médicales concernant le recourant ont été dûment prises en compte par l'OAI dans l'établissement de sa décision, qui retient à juste titre que le recourant possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de mouvements

nécessitant de la force de la main gauche, pas de mouvements répétés de la main gauche et pas d'activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche).

7. Sur le plan économique, le recourant n'émet aucune critique sur le calcul effectué par l'intimé, qui ne peut toutefois pas être confirmé.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références citées).

S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, si le revenu effectivement réalisé au sens de l'art. 26 al. 1 RAI est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI le revenu sans invalidité correspond au 95 % de ces valeurs médianes (art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur au 1^{er} janvier 2022).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office

fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) Pour établir le calcul du degré d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur les données de l'année 2024, année de naissance du droit à la rente.

aa) Il a pris en compte, pour le revenu sans invalidité, des données salariales statistiques découlant de l'ESS 2022, à savoir la branche économique 94-96, correspondant aux « autres activités de service », niveau de compétence 1, pour un homme, au taux d'activité de 100 %. Il aurait toutefois dû prendre en compte le salaire qu'aurait gagné le recourant s'il était resté employé auprès de L. _____ SA, soit 24 fr. de l'heure + 1 fr. 99 d'indemnité vacances et 1 fr. 99 de 13^e salaire (cf. questionnaire pour l'employeur du 5 juillet 2024). Or dans le cas où, comme en l'espèce, le salaire horaire comprend une indemnité pour les vacances, il convient, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. TF 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1), de déduire du temps de travail annuel les jours correspondant aux vacances avant d'ajouter un supplément de 8,33 % pour tenir compte du 13^e salaire. Par conséquent, il y a lieu de calculer le revenu sans invalidité comme suit :

le supplément de vacances de 1 fr. 99, soit 8,29 % du salaire de base (1 fr. 99 : 24 fr. x 100), équivaut à 4,31 semaines de vacances (52 x 8,29 %) ou 21,55 jours (4,31 x 5). En 2024, le recourant aurait pu travailler 238,45 jours ([52 x 5] - 21,55). A raison de 8 heures de travail par jour payées à hauteur de 25 fr. 99 (24 fr. + 1 fr. 99) par heure, cela correspond à une rémunération annuelle de 49'578 fr. 50 (25 fr. 99 x 8 x 238,45), auquel on ajoute le 13^e salaire (49'578 fr. 50 : 12 x 13), pour arriver à un montant de 53'710 fr. 05. On relèvera ici qu'il n'y a pas lieu d'appliquer l'art. 26 al. 2 RAI dont les conditions ne sont pas réalisées (cf. consid. 7a *supra*). En effet, le revenu effectivement réalisé n'est pas inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes tirées des « autres activités de service » de l'ESS 2022 (branche économique 94-96), à savoir 54'280 fr. 30 (4'395 fr. pour 40 heures de travail par semaine x 12 mois, indexés à 1,7 % pour 2023 et 1,2 % pour 2024).

bb) Pour le revenu avec invalidité, l'OAI s'est référé à l'ESS 2022 et a ainsi pris en compte le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), niveau de compétence 1, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'Office fédéral de la statistique). En tenant compte d'une augmentation des salaires nominaux pour les hommes de 1,7 % en 2023 et de 1,2 % en 2024 (cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »), et non de 1,1 % comme retenu par l'intimé, on aboutit à un revenu avec invalidité de 68'303 fr. 70, sur lequel il convient encore d'appliquer l'abattement automatique de 10 % appliqué au revenu avec invalidité conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, pour arriver à un revenu avec invalidité de 61'473 fr. 30.

Le revenu sans invalidité étant inférieur à celui avec invalidité, la comparaison entre ces deux revenus laisse apparaître un taux d'invalidité de 0 %.

d) Au vu du degré d'invalidité présenté par le recourant, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert (art. 28 LAI).

8. Au demeurant, le recourant a réclamé, à titre subsidiaire, l'octroi de mesures d'ordre professionnel, sans indiquer, dans ses écritures, pour quels motifs de telles mesures s'avéreraient utiles.

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).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

b) En l'espèce, le recourant a bénéficié de la part de l'intimé d'une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés auprès de D. _____ du 27 mars au 20 août 2019. Il ressort du rapport de cette fondation du 17 septembre 2019 que le recourant avait des attentes, voire même des exigences, qui dépassaient ce que pouvait lui être proposé, demandant qu'une formation lui soit financée sans démontrer de motivation à débiter un emploi qui soit équivalent d'un point de vue de la qualification et du salaire à ce qu'il avait avant son accident. A cet égard, c'est le lieu de rappeler qu'il découle du principe d'équivalence de la formation notamment que l'assurance-invalidité n'a pas pour tâche de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'il occupait auparavant (cf. CASSO AI 313/22 – 6/2024 du 3 janvier 2024 consid. 7b). En particulier, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de pourvoir à la formation professionnelle d'un assuré pour lui permettre d'obtenir une capacité de gain supérieure à celle qu'il pourrait réaliser sans invalidité. Ainsi, la mesure a dû être interrompue prématurément de par le manque de motivation du recourant et de violences verbales. L'OAI a ensuite estimé qu'aucune autre mesure ne se justifiait (cf. « IP – Proposition de DDP » du 20 septembre 2019).

En outre, le taux d'invalidité ne dépasse pas le seuil de 20 % ouvrant le droit à un reclassement professionnel.

L'intimé a, par ailleurs, accordé au recourant une mesure d'aide au placement, qu'il lui est loisible de solliciter par le dépôt d'une demande écrite (cf. décision du 30 juin 2025).

c) En définitive, le recourant ne saurait prétendre à une mesure de reclassement, ni à d'autres mesures de réadaptation.

9. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, une telle mesure d'instruction n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être

constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. **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 devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Bernel peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 13 janvier 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'563 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 juin 2025 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 A._____ et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Alexandre Bernel, conseil du recourant, est arrêtée à 2'563 fr. 10 (deux mille cinq cent soixante-trois francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour A._____),
- 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 :