

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1, 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], droitier, est marié, sans enfant. D'origine [...], il est arrivé en Suisse en 2010, puis a été naturalisé en 2018. Sans formation certifiée, il a exercé différentes activités professionnelles en Suisse, dont en dernier lieu celle d'employé de restauration/aide de cuisine pour le compte d'[...] SA, à plein temps, depuis le 1^{er} février 2017.

B. Le 15 mars 2019, alors qu'il était affecté au nettoyage de la vaisselle, l'assuré a subi une coupure au majeur de la main droite. S'en est suivie une incapacité de travail durable dès cette date.

Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents, L. _____ (ci-après : L. _____).

Dans un rapport de sortie du 1^{er} avril 2019, la Dres S. _____, spécialiste en chirurgie de la main, et T. _____, médecin assistante, ont posé le diagnostic de phlegmon de la gaine des fléchisseurs du 3^{ème} doigt de la main droite. Elles indiquaient une prise en charge chirurgicale, qui a été réalisée le 18 mars 2019, sous la forme d'un drainage et lavage de la gaine des fléchisseurs du doigt concerné. Les suites postopératoires ont été simples et l'assuré a pu regagner son domicile le 21 mars 2019.

Dans un rapport du 17 juin 2019, la Dre C. _____, spécialiste en neurologie, a noté que l'assuré présentait une plaie surinfectée au niveau de la paume de la main droite. L'examen clinique mettait en évidence des lâchages antalgiques, alors que l'examen de la force du membre supérieur droit montrait des dysesthésies au tact au niveau de la pulpe des doigts de la main droite et de l'index gauche, ainsi qu'une manœuvre de Phalen possiblement positive des deux côtés et la suspicion d'un signe de Tinel au niveau des poignets et des coudes. L'ENMG (électroneuromyogramme) relevait des anomalies compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral sensitif débutant, relativement symétrique.

Le 19 juin 2019, l'assuré a été licencié avec effet au 31 juillet 2019.

Dans un rapport du 29 août 2019, le Dr K._____, médecin assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du [...], a estimé que les critères d'un CRPS (*Complex Regional Pain Syndrom* ou syndrome douloureux régional complexe), étaient réunis et demandé que le patient soit convoqué à une consultation au Centre de la douleur.

Le 24 octobre 2019, 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). L'intéressé a indiqué, quant au genre d'atteinte à la santé : « Coupure à la main droite - infection - nerfs sectionné. Opération ».

Par communication du 21 janvier 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce, sous la forme de trois modules externalisés auprès de [...] SA, du 3 février au 24 juillet 2020.

Dans un rapport du 8 juin 2020, la Dre F._____, spécialiste en anesthésiologie, a diagnostiqué un CRPS, entraînant des douleurs invalidantes dans le bras droit.

Il ressort d'un rapport d'intervention précoce du 9 juillet 2020 de [...] SA que l'assuré souhaitait avant tout reprendre une activité professionnelle. L'arrêt de l'accompagnement au terme de la première phase de mesure était toutefois préconisé compte-tenu de l'instabilité de l'état de santé de l'assuré.

Par communication du 16 juillet 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'y avait pour l'heure pas lieu de mettre en œuvre d'autre mesure de réadaptation.

Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervicale et lombaire du 9 octobre 2020, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a constaté la présence de discopathies étagées, prédominant de C4-C5 à C6-C7, de discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'une hernie L4-L5, susceptible d'entrer en conflit avec la racine L4 gauche.

Dans un rapport de consultation du 1^{er} mars 2021, le Prof. Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a décrit des douleurs chroniques persistant deux ans après l'accident du 15 mars 2019. Les mouvements de flexion/extension de tous les doigts étaient possibles, mais incomplets et douloureux au niveau de la main, avec irradiation vers le rachis cervical. Il n'y avait pas de trouble trophique ou vasomoteur objectif. Le spécialiste concluait à un cas bio-psychosocial complexe et de pronostic plutôt défavorable et observait que le problème strictement physique était dominé par l'allodynie et l'extension des douleurs vers le rachis. Il n'indiquait aucune prise en charge, hormis inciter l'intéressé à utiliser sa main droite chaque fois que possible.

Dans un rapport de scintigraphie osseuse en trois phases et SPECT-CT (*single photon emission tomography*) de la main et du poignet [droits] du 25 juin 2021, le Dr U._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, a conclu à l'absence d'évidence scano-scintigraphique en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe (maladie de Sudeck) de la main ou du membre supérieur droit. Aucune asymétrie de captation des membres supérieurs ou inférieurs n'était mise en évidence.

Dans un rapport du 28 juin 2021, la Dre H._____, médecin praticienne et médecin traitante de l'assuré, a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne nécessitait pas de soins particuliers et qu'il ne suivait plus de traitement de physiothérapie ni d'ergothérapie en raison de leur inefficacité. Dans le contexte d'un syndrome dépressif lié à sa pathologie, la praticienne autorisait son patient à voyager pour rendre visite à sa famille en [...], estimant que cela pouvait lui être bénéfique.

Le 9 juin 2021, l'assuré a été examiné par le médecin-conseil de L._____. Dans son rapport du 7 juillet suivant, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a posé les diagnostics suivants : limitation fonctionnelle douloureuse diffuse du membre supérieur droit, sans substrat anatomique objectivable ; status après minuscule plaie dans le pli de flexion basale de D3 droit le 15 mars 2019, avec drainage d'un phlegmon de la gaine des fléchisseurs le 18 mars 2019 et guérison sans lésion anatomique objectivable ; status après diagnostic d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral débutant et d'un CRPS du membre supérieur droit en août 2019, résistant à tous les traitements entrepris ; status après totalgies en 2018 avec douleurs du rachis irradiant dans les quatre membres, sans substrat anatomique significatif. Pour le spécialiste, un lien de causalité entre les atteintes de l'assuré et l'accident du 15 mars 2019 était exclu. Les troubles résiduels pouvaient être imputés à des facteurs étrangers, probablement non somatiques. Le *statu quo sine* était retrouvé dans tous les cas au plus tard à fin 2020.

Par décision du 26 juillet 2021, L._____ a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents à compter du 1^{er} mai 2021. Se fondant sur l'avis du Dr B._____, elle a retenu que les troubles qui subsistaient à la main droite n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident survenu le 15 mars 2019.

Dans un rapport au format dit européen du 3 août 2021, la Dre H._____ a retenu les diagnostics incapacitants de Sudeck dans les suites d'une cure de phlegmon des gaines des tendons à droite, de discopathies étagées de C4-C5 à C6-C7, avec foyer d'extrusion focale paramédian et paraforaminal droite C6-C7 et sténose due à une uncarthrose des trous de conjugaison C3-C4 gauche et C4-C5, C5-C6 bilatérale et C6-C7 droite, discopathies L4-L5, L5-S1, avec foyer d'extrusion focale discale L4-L5 pouvant entrer en conflit avec la racine L4 gauche, et de lombalgies. Les limitations fonctionnelles incluaient la limitation des stations assise et debout à 15 minutes et du périmètre de marche à 30 minutes. Elles

prohibaient à l'assuré de s'agenouiller, ramper ou s'accroupir en raison de gonalgies droites, de travailler avec le dos courbé à cause de lombalgies et cervicalgies invalidantes, d'effectuer des mouvements fréquents de torsion ou de flexion dû à des lombalgies et cervicalgies invalidantes, de tendre les bras en raison d'un Sudeck du membre supérieur droit et de limitations dans l'élévation et la rotation de l'épaule. Ses limitations l'empêchaient en outre de lever les bras, de se servir de ses mains et de ses doigts, d'effectuer des tâches nécessitant une motricité fine, d'effectuer des mouvements répétitifs, de même que d'utiliser la force manuelle. Selon la praticienne, l'assuré ne pouvait exercer aucun type d'activité. Dans l'emploi exercé en dernier lieu, il était capable d'exercer de façon régulière jusqu'à quatre heures par journée. Il pouvait voyager seul en bus et en train.

Par acte du 2 septembre 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 26 juillet 2021 de L._____.

Aux termes d'un rapport du 20 septembre 2021, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé que le Dr B._____ avait écarté à tort le diagnostic de CRPS post-traumatique et recommandait à l'assuré d'exiger la mise en œuvre d'une nouvelle expertise dans le cadre de son opposition devant l'assureur-accidents.

Le 11 octobre 2021, l'assuré a complété son opposition déposée devant l'assureur-accidents et a produit un rapport du 8 octobre précédent de la Dre F._____, aux termes duquel elle mentionnait les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe de la main droite sur phlegmon en 2019 et de douleurs musculosquelettiques chroniques primaires aux niveaux cervical et lombaire. Elle observait que les traitements entrepris n'avaient à ce jour pas entraîné d'amélioration notable de l'état de santé de son patient, dont les limitations allaient au-delà de la lésion initiale et impliquaient l'entier du membre supérieur droit, auxquelles s'ajoutaient de fortes douleurs remontant dans la nuque et sur la colonne entière.

Dans un rapport du 31 juillet 2022, la Dre V._____, médecin assistante aux [...], a fait état d'une prise en charge en raison d'une chute à vélo ayant occasionné une fracture au niveau des 6^e et 8^e côtes, du côté gauche, ainsi que d'un traumatisme crânien simple.

Dans un rapport du 20 octobre 2022 la Dre N._____, cheffe de clinique adjointe au Service de chirurgie plastique et de la main du [...], a posé les diagnostics de syndrome de Sudeck avec rigidité du poignet, œdème de la main, rigidité du 3^e doigt, déficit de force sur douleurs et douleurs irradiantes au coude, à l'épaule et au niveau cervico-dorsal à droite. Selon cette praticienne, l'incapacité de travail était très importante en raison d'une limitation à 60-70 % de l'usage de son membre supérieur droit.

Une IRM de la main droite a été réalisée le 1^{er} décembre 2022. Dans son rapport du 5 décembre suivant, le Dr R._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'un examen sans particularité, soit notamment sans mise évidence d'effet de masse visible dans les parties molles.

Une expertise de l'assuré a été confiée par L._____ au Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main. Dans son rapport d'expertise du 21 mars 2023, l'expert a retenu les diagnostics du registre orthopédique suivants : plaie P1 D3 [1^{ère} phalange du 3^e doigt] droit le 15 mars 2019 ; phlegmon de la gaine des fléchisseurs D3 droit sur plaie à la paume de la main opérée le 18 mars 2019 ; CRPS de Type I au membre supérieur droit. Il a également fait état d'une probable dépression réactionnelle, à confirmer par un psychiatre. Pour le Dr W._____, les troubles actuels étaient vraisemblablement des suites du CRPS post-accident du 15 mars 2019. Le travail habituel n'était pas exigible en l'état en raison de cette atteinte. Il estimait en revanche qu'une activité adaptée était possible, par exemple dans un travail d'accompagnement ou de surveillance, tout en faisant état d'un pronostic très réservé en raison d'un manque d'adaptation, avec kinésiophobie et anxiété. L'expert recommandait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par décision sur opposition du 13 avril 2023, L. _____ a admis l'opposition de l'assuré et annulé sa décision du 26 juillet 2021.

Selon un rapport du 9 août 2023 du Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du psychologue [...], l'assuré avait consulté ces praticiens de lui-même en janvier 2023 pour un [état] anxieux et dépressif consécutif à son accident de travail, ainsi qu'un dysfonctionnement sexuel.

Dans un rapport du 7 septembre 2023, la Dre H. _____ a fait état d'une évolution stationnaire de l'assuré, dont le membre supérieur droit était toujours douloureux, avec un œdème de la main droite et une parésie du membre supérieur droit. Selon la médecin traitante, son patient ne pourrait probablement jamais reprendre une activité dans la restauration en raison d'une impotence fonctionnelle quasi-totale du membre supérieur droit. Ses limitations fonctionnelles prohibaient le port de charge de plus de 2 à 3 kg, l'impossibilité de lever le bras [droit] au-dessus des épaules, ainsi que des cervicalgies. Une reprise dans une activité adaptée, plutôt sédentaire et avec peu de mobilisation du bras droit, était envisageable.

Il ressort d'un rapport de visite LAA du 9 octobre 2023, que l'assureur-accidents avait demandé un complément d'expertise au Dr W. _____. Celui-ci, reçu le 9 août 2023, était qualifié de « très lacunaire » par L. _____. Aux termes dudit complément, l'expert estimait que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et que celui-ci pourrait travailler dans une activité de surveillance, sans toutefois définir de limitations fonctionnelles.

Dans un avis médical du 18 décembre 2023, le SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, avec volets de médecine physique et réadaptation et de psychiatrie.

Dans un rapport du 22 décembre 2023 à l'attention de l'OAI, la Dre H. _____ a expliqué souhaiter que l'assuré bénéficie de mesures professionnelles de l'AI, à raison de huit heures par semaine. Selon la médecin traitante, l'intéressé pouvait effectuer des travaux légers durant deux heures par jour. Elle a pour le surplus confirmé les limitations fonctionnelles précédemment décrites.

Un examen clinique bi-disciplinaire de l'assuré a été réalisé le 28 février 2024 par le SMR. Dans leur rapport du 28 mars 2024 valant rapport final, les Drs D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, tant sur les plans ostéoarticulaire que psychiatrique, si bien que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Ils retenaient une incapacité de travail de 100 % entre le 15 mars 2019 et le 28 février 2021 du point de vue ostéoarticulaire. Considérant qu'aucun trouble trophique ou vasomoteur objectif n'avaient été constatés par le Prof. Q. _____ lors de sa consultation du 1^{er} mars 2021, les médecins du SMR retenaient une incapacité de travail nulle dès cette date.

Par projet de décision du 3 avril 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer le droit à une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2020 au 31 mai 2021. Il a considéré que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité à l'échéance du délai d'attente d'une année, le 15 mars 2020, et que, dès le mois de mars 2021, il avait récupéré une pleine capacité de travail.

Par pli du 10 avril 2024, l'assuré a déclaré son intention de s'opposer à ce projet de décision et indiqué que ses arguments suivraient à brève échéance.

Par courrier du 11 avril 2024, l'OAI a accordé à l'assuré un délai pour compléter ses moyens.

Par courrier du 14 mai 2024, l'assuré, désormais représenté par Procap Suisse, a complété ses objections. Il a en substance contesté le bien-fondé des conclusions du SMR, en faisant valoir que sa médecin traitante continuait d'attester une incapacité de travail entière et que l'assurance-accidents avait accepté de poursuivre sa prise en charge. Il estimait en outre qu'une reprise de l'instruction était nécessaire.

Dans un avis médical du 30 mai 2024, le SMR a maintenu ses conclusions telles que formulées dans son rapport du 28 mars 2024 établi à l'issue de l'examen clinique du 28 février 2024.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré que tous les éléments médicaux avaient déjà été pris en compte dans le cadre de l'examen clinique réalisé par le SMR, si bien que ses objections n'apportaient pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Dans un rapport du 28 juin 2024 adressé à l'OAI, la Dre H._____ a fait état d'une fracture du col du fémur Garden quatre gauche survenue le 6 mars 2024 à la suite d'une agression. Cette atteinte avait rendu nécessaire une intervention sous la forme d'une réduction ouverte et ostéosynthèse du col fémoral gauche par plaque DHS (*Dynamic Hip Screw*) avec deux trous par vis céphalique, vis perforée et plaque LCP (plaque de compression à verrouillage). Elle a en outre mentionné un état de stress post-traumatique. La médecin traitante a également fait savoir à l'OAI que son patient ne cherchait pas à obtenir une rente d'invalidité mais des mesures de reconversion professionnelle.

Par courrier du 2 juillet 2024, l'OAI, se référant au rapport de la médecin traitante susmentionné, a fait savoir à l'assuré que dans la mesure où il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité, le droit à des mesures professionnelles ne lui était pas ouvert.

Dans un rapport du 8 juillet 2024, le Dr M._____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique à la suite d'une violente

agression subie le 6 mars 2024. Il mentionnait également les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, et de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % dans toute activité professionnelle.

Par décision du 9 juillet 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 avril précédent.

C. Par acte du 2 septembre 2024, E. _____, toujours représenté par Procap Suisse, a interjeté recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps, lui était accordée, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en substance contesté l'amélioration de son état de santé retenue par le SMR au terme son examen clinique du 28 février 2024. Il s'est par ailleurs prévalu de l'avis de ses médecins traitants et des médecins de l'assurance-accidents qui divergeaient de l'appréciation du SMR, notamment en ce sens qu'ils reconnaissaient une incapacité totale de travail au-delà du 1^{er} mars 2021. Le recourant demandait, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Le 3 septembre 2024, l'assuré a complété son recours en se prévalant d'une évolution défavorable depuis mars 2024, soit depuis l'agression subie le 6 mars 2024. Il a produit un rapport du 24 juin 2024 du Dr M. _____ attestant d'une incapacité de travail complète sur les plans physique et psychologique.

Dans sa réponse du 2 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance considéré que le rapport d'examen SMR du 28 mars 2024 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a par ailleurs exposé que les faits survenus en mars 2024 justifiaient le dépôt d'une nouvelle demande et non une instruction complémentaire, car un éventuel droit à une rente en raison de ces faits ne pourrait prendre

naissance qu'ultérieurement à la décision attaquée, le droit à une rente supposant une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). L'incapacité de travail n'étant pas de même origine, l'art. 29^{bis} RAI ne trouvait pas application.

Par courrier du 28 octobre 2024, l'intimé a produit un avis du SMR du 17 septembre 2024 aux termes duquel il estimait que son appréciation ne pouvait pas être maintenue en raison des nouvelles atteintes portées à sa connaissance, soit en particulier les rapports du 28 juin 2024 de la Dre H. _____ et du 9 juillet du Dr M. _____ ; une reprise de l'instruction était dès lors justifiée.

En réplique, le 7 novembre 2024, le recourant a maintenu ses conclusions en se prévalant de l'avis SMR précité.

Dupliquant le 3 décembre 2024, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et a pour le surplus renvoyé à sa réponse du 2 octobre précédent.

Dans de nouvelles déterminations du 14 janvier 2025, le recourant a fait valoir qu'il ne disposait plus d'aucune capacité de travail. Il a produit un rapport du 9 janvier 2025 de la Dre F. _____.

Le 6 février 2025, l'OAI a produit un avis SMR du 21 janvier 2025 préconisant une reprise de l'instruction dans les axes psychiatrique et ostéoarticulaire pour les suites de l'événement de mars 2024. L'intimé a, pour le reste, maintenu sa position et invité le recourant à déposer une nouvelle demande de prestations pour les nouvelles atteintes alléguées.

Le 25 février 2025, le recourant a derechef confirmé ses conclusions.

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 au-delà du 31 mai 2021.

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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2020, si bien que l'ancien droit est applicable pour le droit aux prestations à compter de cette date.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance entraînant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b recommence à courir (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

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 140 V 193 consid. 3.2 ; ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées).

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) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mai 2021 (soit trois mois après l'amélioration constatée). Il a toutefois considéré que, dès le 1^{er} mars 2021, l'intéressé avait disposé d'une capacité de travail entière dans toute activité, si bien que, depuis cette date, il n'avait plus subi de préjudice économique.

b) aa) À titre liminaire, il convient de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant s'est trouvé en incapacité de travail durable, à 100 %, pour des raisons somatiques, dès le 15 mars 2019. Au vu de la date du dépôt de la demande, soit en l'occurrence le 24 octobre 2019, le droit du recourant à une rente d'invalidité doit effectivement s'ouvrir le 1^{er} avril 2020, à savoir six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI).

Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 1^{er} mars 2021 et qu'il avait recouvré dès cette date une pleine capacité de travail dans toute activité. Pour retenir cette amélioration de l'état de santé, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique établi le 28 mars 2024 par le SMR en matière de médecine physique et réadaptation ainsi qu'en matière psychiatrique, dont il sera question ci-après.

Le recourant fait valoir que ce rapport d'examen clinique serait dénué de toute valeur probante et conteste avoir récupéré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2021. Il se prévaut en particulier du

rapport d'expertise qui avait été réalisé par le Dr W. _____ en mars 2023 dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'assurance-accidents, rapport dont il ressort qu'en raison du CRPS qui lui avait été diagnostiqué des suites de l'accident de travail subi le 15 mars 2019, il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'employé dans la restauration affecté au nettoyage de la vaisselle. Le recourant relève que c'est d'ailleurs sur la base de cette expertise que son assureur-accidents a continué, après mars 2021, de s'acquitter des prestations prévues par la LAA.

bb) Cela posé, on observera que le rapport d'examen réalisé le 28 mars 2024 par les Drs D. _____ et X. _____ du SMR se fonde sur toutes les pièces au dossier disponibles à cette date – soit notamment sur les rapports médicaux et l'expertise précitée établis dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations LAA –, qu'il dresse une anamnèse complète et qu'il précise le contexte psychosocial, les antécédents, les plaintes du recourant, ses habitudes ainsi que sa journée-type. Le rapport repose en outre sur les constatations cliniques effectuées par les deux médecins précités en date du 28 février 2024 et présente leurs conclusions motivées et convaincantes. D'un point de vue formel, ce rapport remplit donc toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante.

On rappellera, pour le surplus, qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, l'OAI restant libre de décider les mesures d'instruction qu'il entend mettre en œuvre, notamment de solliciter le SMR pour un examen médical (cf. consid. 5c *supra*).

cc) aaa) S'agissant du volet somatique, les médecins du SMR s'accordent quant au fait que la plaie palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3^{ème} doigt de la main droite, compliquée d'un phlegmon, puis d'un CRPS, justifie une incapacité de travail à 100 % dans toute activité à compter du 15 mars 2019.

Pour autant, le Dr D. _____ a considéré que le recourant ne présentait plus de limitations fonctionnelles à la date de l'examen clinique, si bien qu'il disposait d'une pleine capacité de travail. Le médecin a ainsi fait état de plusieurs incohérences dans le comportement du recourant. En particulier, l'important handicap que le recourant affirmait présenter en phase d'examen contrastait avec le peu de répercussions dans sa vie quotidienne. Le recourant assumait ainsi une grande partie des tâches ménagères : il passait l'aspirateur et la serpillère, nettoyait la salle de bains, entretenait la cuisine, faisait les courses avec son épouse, l'aidant à porter les sacs de commissions, et se chargeait de la lessive. Le recourant effectuait par ailleurs de longues promenades avec son chien, deux fois par jour. Il voyageait souvent, notamment deux fois par an en [...], plusieurs fois par an à [...], ainsi que parfois à [...], où vivait son frère. Il apparaissait par ailleurs que, le 31 juillet 2022, le recourant s'était fracturé deux côtes en chutant à vélo alors qu'il descendait une pente à environ 50 km/h. De toute évidence, l'exercice de toutes ces activités n'était pas compatible avec le handicap dont il expliquait être atteint.

Dans un tel contexte, les limitations fonctionnelles évoquées par la Dre H. _____, médecin traitante du recourant, n'apparaissaient pas non plus cohérentes. En effet, alors que dans son rapport du 28 juin 2021, cette médecin avait autorisé le patient à aller rendre visite à sa famille en [...], elle avait ensuite relevé quelques semaines plus tard, dans son rapport du 3 août 2021, que la station assise était limitée à 15 minutes, ce qui n'apparaît pas compatible avec un voyage en avion, de surcroît sur un trajet aussi long.

L'examen clinique du recourant démontrait par ailleurs de clairs signes d'amplification de ses douleurs. Alors que la palpation, même superficielle, du membre supérieur droit était déclarée douloureuse, aucune manifestation algique n'était survenue lorsque le médecin avait serré la main droite du recourant pour le saluer. Lors de l'évaluation de la force, le recourant ne produisait quasiment aucune force, alors qu'il n'existait aucune trace d'amyotrophie. Le membre supérieur droit n'était du reste pas permanente et l'écriture était aisée.

Certes, divers médecins qui avaient suivi le recourant ensuite de son accident du 15 mars 2019 avaient fait état d'une évolution qui s'était compliquée par la survenance d'un CRPS. Néanmoins, selon le Dr D._____, la scintigraphie osseuse, réalisée le 25 juin 2021, de même que l'IRM de la main droite du 1^{er} décembre 2022, ne permettaient pas de confirmer ce diagnostic. À l'examen, les signes évocateurs d'un CRPS demeuraient par ailleurs modestes. Il n'existait ainsi pas d'enraidissement articulaire, mais uniquement des autolimitations dans le cadre de douleurs. Aux mains, la coloration, la pilosité et la sudation restaient symétriques. Quant à l'examen des membres inférieurs, il était sans particularité.

Enfin, en tant que le recourant avait indiqué ressentir des douleurs au niveau cervical, dorsal et lombaire depuis environ 2014, sans changement depuis lors, le Dr D._____ a observé que ces douleurs ne l'avaient pas empêché de travailler en tant qu'employé de restauration. De même, l'accident de vélo subi en juillet 2022 ne justifiait pas de retenir une incapacité de travail au-delà de trois mois, étant relevé que, lors de l'examen, le recourant n'avait pas présenté de douleurs au niveau des côtes.

bbb) Au moment de déterminer à partir de quelle date le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail, le Dr D._____ s'est référé au rapport de consultation établi par le Prof. Q._____ en date du 1^{er} mars 2021, lors duquel ce médecin avait exposé ne pas avoir retrouvé chez le recourant de trouble trophique ou vasomoteur objectif.

Pour le Dr D._____, ce rapport de consultation, couplé à la scintigraphie réalisée le 25 juin 2021, permettait de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que tout éventuel CRPS avait cessé d'être incapacitant à compter du 1^{er} mars 2021. Une telle approche avait d'ailleurs été adoptée par le Dr B._____, médecin-conseil de l'assureur-accidents, lequel, dans son rapport du 7 juillet 2021, avait lui aussi exclu la présence d'un CRPS incapacitant.

ccc) Cela étant, le Dr D._____ a pris en considération que le Dr W._____ avait pour sa part exprimé un avis différent dans le cadre de son expertise réalisée en mars 2023, reconnaissant alors un caractère incapacitant au CRPS qu'il avait diagnostiqué. Néanmoins, selon le Dr D._____, les symptômes moteurs et sensoriels, que le Dr W._____ avait mis en évidence, n'étaient pas constants, ce qui excluait qu'ils puissent être rattachés à un CRPS toujours actif à la date de l'expertise.

On observera du reste que le Dr W._____ s'était abstenu, à l'inverse du Dr D._____, d'opérer une appréciation concrète des limitations fonctionnelles engendrées par le CRPS, le Dr W._____ n'ayant d'ailleurs pas même défini les limitations fonctionnelles en question. Ce médecin avait en outre laissé entendre dans son rapport que les symptômes présentés par le recourant pourraient comporter une dimension psychologique, recommandant en conséquence la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique. Or une telle évaluation n'avait pas été opérée à l'époque, contrairement au rapport d'examen clinique du SMR, lequel comporte un volet psychiatrique.

dd) Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR ont fait état de la présence chez le recourant d'un trouble mixte anxieux et dépressif (F41.2), succédant à un trouble de l'adaptation (réaction anxieuse et dépressive), lui-même lié à son accident de travail survenu le 15 mars 2019. Ils ont également retenu l'existence d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Selon les médecins, ces diagnostics n'avaient cependant jamais été incapacitants.

Le Dr X._____ a constaté que le psychiatre traitant avait évoqué des troubles anxieux et dépressifs, sans précision, liés surtout à des difficultés d'ordre sexuel, et n'avait pas proposé de traitement antidépresseur ou d'anxiolytique. A l'anamnèse, le recourant disait dans un premier temps que la fatigue était permanente, avant d'indiquer que celle-ci n'était pas présente tous les jours. L'intensité et l'horaire de la fatigue étaient fluctuants ; celle-ci était présente principalement quand

l'expertisé ruminait sur son accident de travail et l'attitude de l'assurance-accidents. Il en était de même de la tristesse, qui ne se manifestait pas de manière généralisée, sauf en présence de ruminations. L'analyse de la vie quotidienne et l'anamnèse montraient l'absence de diminution de l'activité ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant. Le Dr X. _____ retenait ainsi que les deux critères majeurs minimum nécessaires au diagnostic d'épisode dépressif isolé faisaient défaut, dans la mesure où, même à considérer la fatigue comme permanente (les plaintes étant divergentes à ce sujet), la tristesse était fluctuante et il n'y avait pas de diminution de l'activité ou du plaisir. Les seules expressions de culpabilité ou de dévalorisation verbalisées par l'intéressé avaient trait à ses dysfonctionnements sexuels et au fait de ne pas pouvoir travailler. Il n'exprimait, pour le reste, pas de péjoration de l'avenir ou de mésestime de soi. Il n'y avait plus d'idéation suicidaire depuis 2020. Il n'y avait pas non plus de troubles de l'appétit ni d'amaigrissement notés à l'anamnèse. L'assuré indiquait un délai d'endormissement de plus d'une heure, ainsi que plusieurs réveils nocturnes en raison de douleurs, et des délais de réendormissement variables. A ces symptômes de type dépressif se surajoutaient des ruminations anxieuses, sans qu'il ne soit noté de tensions motrices, que ce soit à l'anamnèse ou à l'examen clinique, ni de signes neurovégétatifs. L'expertisé décrivait parfois l'impression de mourir lorsqu'il se sentait stressé, mais cela restait épisodique et n'était pas associé à d'autres signes neurovégétatifs, et aucune crise d'angoisse aiguë n'était décrite. Pour le Dr X. _____, ces symptômes d'ordre anxieux et dépressif étaient suffisamment modérés, cycliques et non permanents pour écarter un diagnostic isolé à la fois anxieux et dépressif, ce qui l'amenait à retenir un d'épisode mixte anxieux et dépressif (F41.2). Le psychiatre constatait en outre que le recourant n'avait aucun antécédent anxieux ou dépressif avant l'accident de travail de 2019, et le fait que ces symptômes étaient apparus après l'accident l'amenait à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation, à la fois anxieux et dépressif mixte. Il expliquait toutefois qu'en raison d'une durée des symptômes supérieure à six mois, le trouble de l'adaptation ne pouvait être maintenu et était donc transformé en trouble anxieux et dépressif mixte. Pour le psychiatre, ce diagnostic n'avait toutefois jamais été incapacitant du fait de la

moindre intensité des symptômes anxieux et dépressifs. Ce constat restait valable au jour de l'examen clinique.

Le Dr X. _____ notait, par ailleurs, que si le recourant n'avait globalement pas d'attitude histrionique ou de majoration des émotions, celles-ci se s'exprimaient lorsqu'il parlait de son accident, l'expertisé manifestant une insatisfaction quant à l'attitude de l'assurance dans ses investigations et les traitements entrepris, ainsi qu'aux conséquences financières qu'elle avait impliqué pour lui. Il parlait alors avec théâtralisme et hyperexpressivité, devenant volubile et présentant des affects manquant d'authenticité. Le psychiatre observait en outre que le recourant, qui déclarait que le fait de travailler lui manquait, ne s'exprimait pas spontanément sur le sujet mais uniquement quand la question lui était posée de manière directe. Le Dr X. _____ retenait la présence de symptômes physiques, dont l'examen clinique somatique avait montré le caractère non incapacitant, et dont le vécu était amplifié par les ruminations anxieuses de l'assuré, bien qu'elles soient trop faibles pour évoquer une anxiété généralisée. Ainsi, la présence d'une attitude histrionique et d'insatisfaction quant à la prise en charge correspondait au tableau de majoration physique pour des raisons psychologiques. Pour le psychiatre, ce diagnostic était toutefois non incapacitant. Il relevait à cet égard que l'analyse de la vie quotidienne et des ressources disponibles et mobilisables montrait que celles-ci étaient toujours présentes chez l'intéressé et qu'il n'y avait pas de perte d'autonomie hormis le problème de l'activité sexuelle. Par ailleurs, le réseau social n'avait évolué qu'en raison du déménagement du recourant, en 2022, de [...] vers un village, et non à cause de l'accident ; l'assuré continuait au surplus à se rendre seul à [...] pour visiter un ami. De ce fait, l'analyse à l'aune des indicateurs standard montrait que les ressources disponibles ou mobilisables du recourant étaient conservées, que ce soit pour maintenir les centres d'intérêt ou sa participation aux tâches ménagères.

Cela étant, le recourant ne fait état d'aucun élément qui serait propre à mettre en doute l'évaluation opérée par le Dr X. _____ dans son examen, qui peut être confirmée.

c) En conséquence, l'OAI pouvait se fonder sur le rapport d'examen du SMR du 28 mars 2024 et lui reconnaître une pleine valeur probante, s'agissant de la situation du recourant qui prévalait à la date de l'examen clinique, à savoir le 28 février 2024.

Il pouvait à cet égard valablement retenir que le recourant était apte à travailler à 100 % dans toute activité à compter du 1^{er} mars 2021, si bien que son droit à une rente entière d'invalidité devait prendre fin le 31 mai 2021 (art. 88a al. 2 RAI).

7. a) Le recourant reproche par ailleurs à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des nouvelles atteintes à la santé survenues à la suite de l'agression dont il aurait été victime le 6 mars 2024. Il ressort à cet égard des rapports médicaux produits qu'il a subi, en conséquence de cette agression, une fracture du fémur gauche et qu'il est depuis lors atteint, sur le plan psychiatrique, d'un état de stress post-traumatique.

b) Certes, il est constant que les nouvelles atteintes dont se prévaut le recourant sont survenues avant que l'OAI rende la décision attaquée, datée du 9 juillet 2024.

Il n'en demeure pas moins qu'un éventuel droit à la rente d'invalidité, en raison de ces nouvelles atteintes à la santé, n'était susceptible de naître qu'à l'échéance du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, à savoir en l'occurrence au plus tôt en mars 2025. On ne se trouve ainsi en aucun cas en présence d'une reprise de l'invalidité telle que décrite par l'art. 29^{bis} RAI, étant entendu que les atteintes à la santé consécutives à l'agression du 6 mars 2024 n'ont manifestement pas les mêmes causes, ni la même origine, que celles ayant justifié l'octroi d'une rente d'invalidité entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mai 2021 (cf. consid. 4c et 4d *supra*).

c) Il n'y a dès lors pas matière à annuler la décision attaquée, les atteintes alléguées par le recourant n'étant pas de nature à remettre

en cause l'absence de droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la date de la décision attaquée.

d) Pour autant, en dépit du rejet du recours et de la confirmation de la décision attaquée, il se justifie néanmoins d'inviter l'intimé à examiner le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité relativement aux atteintes à la santé qu'il allègue présenter depuis le 6 mars 2024.

8. Les éléments au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Dès lors et bien qu'elle ne fasse l'objet d'aucune conclusion formelle du recourant, il n'y a pas lieu de faire droit à sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise indépendante (cf. acte de recours du 2 septembre 2024, p. 5 *in fine*). En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves [ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1]).

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^{bis} 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 ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 9 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est invité à examiner le droit d'E._____ à des prestations de l'assurance-invalidité relativement aux atteintes à la santé qu'il allègue présenter depuis le 6 mars 2024.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge d'E._____.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse, pour E._____,
- 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 :