

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé comme agent de production à plein temps auprès de l'entreprise E._____ SA du 11 juin 2007 au 31 janvier 2014.

Le 4 mars 2013, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de cervico-scapulo-brachialgies chroniques à droite dans les suites d'un traumatisme cervical indirect survenu le 2 avril 2012, ainsi que de lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5, L5-S1, et séquelles de maladie de Scheuermann. Cette demande a été rejetée par décision du 4 février 2014, dès lors que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle sans limitations fonctionnelles.

Le 10 janvier 2019, alors qu'il travaillait comme manutentionnaire (agent de mouvement ferroviaire) auprès de l'entreprise « R._____ », par l'intermédiaire d'U._____, depuis le 16 avril 2018, ainsi qu'en qualité d'agent de sécurité pour le compte de « G._____ » depuis à tout le moins décembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant un coude gauche cassé (fracture intra-articulaire de la tête radiale selon une radiographie effectuée le 4 juillet 2018) à la suite d'un accident survenu le 3 juillet 2018, pris en charge par la Caisse S._____ ([...]). L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 100% depuis lors.

L'assuré a bénéficié d'une prise en charge à la J._____ (Clinique V._____) du 13 novembre au 4 décembre 2019, en raison de la persistance de douleurs au coude gauche, de brachialgies à droite, ainsi que de douleurs au pied gauche. Dans le rapport y relatif du 18 décembre 2019, les diagnostics principaux retenus étaient les suivants : fracture intra-articulaire de type Mason 3 de la tête radiale du coude gauche, peu déplacée, traitée conservativement, et arthrose débutante du coude gauche. Comme diagnostics secondaires, la Clinique V._____ a mentionné

une variance ulnaire positive du poignet gauche associée à un début d'arthrose radio-cubitale distale, ainsi qu'une fasciite plantaire du pied gauche. Elle a également fait état d'une amélioration de la supination active du coude gauche, de la force de préhension de la main gauche et de la capacité de port de charges à la fin du séjour. A titre de limitations fonctionnelles, la Clinique V._____ a mentionné le port de charges supérieures à 25-30 kg, les ports de charges répétés supérieures à 15-20 kg, les mouvements nécessitant des amplitudes importantes du coude gauche, ainsi que les mouvements répétés du coude gauche. Des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'assuré.

Au terme d'une appréciation du 18 août 2020, le Dr I._____, médecin d'arrondissement de la Caisse S._____, a conclu que l'accident du 2 avril 2012 n'avait pas laissé de séquelles et que celles en lien avec l'accident du 3 juillet 2018, qui n'intéressaient que le coude gauche, étaient compatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues à l'issue du séjour à la Clinique V._____.

Un rapport d'IRM du 4 septembre 2020 du coude gauche de l'assuré adressé à son médecin-traitant, le Dr K._____, figurant dans le dossier de l'assureur-accidents, faisait état d'un remodellement de la tête du radius, de remaniements dégénératifs débutant consécutifs, d'un léger épanchement intra-articulaire, ainsi que d'une capsulite modérée.

On trouvait également, dans le dossier de la Caisse S._____, un rapport d'IRM cervicale du 20 octobre 2020, qui montrait un bilan dans les limites de la norme pour l'âge, sans pathologie discale compressive sur une racine nerveuse, ni rétrécissement du calibre canalaire, ni sténose foraminale. Seule une rectitude cervicale était constatée.

Dans un avis du 2 décembre 2020, le SMR a conclu, en se fondant sur l'appréciation du 18 août 2020 du médecin d'arrondissement de la Caisse S._____, à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de manutentionnaire et de 100%, à partir du 4 décembre 2019 -

date de sortie de la Clinique V. _____ -, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par celle-ci, soit le port de charges supérieures à 25-30 kg, le port de charges répété supérieures à 15-20 kg, les mouvements nécessitant des amplitudes importantes du coude gauche et les mouvements répétés du coude gauche.

Dans un rapport du 10 mars 2021, le Dr L. _____, médecin praticien, a retenu les diagnostics de status après fracture de type Mason 3 de la tête radiale à gauche et d'arrachement latéral de l'olécrâne à gauche depuis 2018 avec flexum résiduel du coude et syndrome douloureux chronique, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit dans le cadre d'un status après traumatisme crânien et cervical en 2012, de lombopygalgies chroniques sur déconditionnement physique et troubles statiques, ainsi que d'obésité. A titre de traitement, il a proposé des séances de physiothérapie, précisant que celles-ci n'auraient probablement pas d'incidence sur le trouble fonctionnel. Il a également mentionné que le bilan radiologique était plutôt rassurant.

Aux termes d'un rapport du 6 mai 2021, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien gauche, de cervico-brachialgies chronique du membre supérieur gauche au décours d'une fracture de type Mason 3 de la tête radiale en 2018, ainsi que de cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques post-traumatiques depuis 2012. Il précisait que si l'électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 10 mars 2021 avait mis en évidence une neuropathie canalaire du médian au poignet gauche, l'examen clinique était moins typique et ne justifiait pas, en l'état, de chirurgie.

Dans un rapport du 31 mai 2021 établi à la demande de l'assureur-accidents, le Dr O. _____, spécialiste en neurologie, a mentionné que l'examen dans ce registre était normal.

En conclusion d'un rapport du 30 juin 2021, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a préconisé des séances de physiothérapie et de chiropraxie dans un contexte de douleurs chroniques mal systématisées.

La Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service d'antalgie du Centre hospitalier T._____, ([...]), a, pour sa part, retenu, dans un compte-rendu du 21 février 2022, les diagnostics de douleurs chroniques sur fracture de la tête radiale du coude gauche, de syndrome douloureux chronique de type hémisynonyme droit, ainsi que de suspicion d'atteinte au tunnel carpien. Elle précisait avoir effectué une perfusion de kétamine qui semblait avoir eu un bon effet, les douleurs ayant diminué de « 20/10 à 7/10 ».

L'assuré a également consulté le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, dans un rapport du 28 juillet 2022, a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique touchant l'hémicorps gauche, principalement le membre supérieur gauche et le visage. Aucune proposition chirurgicale n'était de mise.

Dans un rapport du 3 août 2022, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, également consulté par l'assuré, a, quant à lui, confirmé la présence d'un syndrome du tunnel carpien, correspondant à une neuropathie essentiellement motrice, asymétrique, bilatérale, surtout à gauche, qui pouvait avoir une incidence dans la persistance du syndrome douloureux du bras gauche.

L'assuré a été examiné le 21 septembre 2022 par le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la Caisse S._____, lequel a, dans une appréciation du 26 septembre 2022, retenu les diagnostics de fracture de type Mason 3 de la tête radiale du coude gauche, d'arrachement latéral de l'olécrâne gauche, d'arthrose avec chondropathie de grade 4 au niveau de la tête radiale et de grade 2 au niveau du *capitellum* du coude gauche et de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche. Il a constaté une raideur du coude gauche avec un flexum de plus de 30°, une atteinte de la supination bloquée à 45°, une amyotrophie du membre

supérieur gauche avec quelques signes évoquant un syndrome douloureux régional complexe, dont l'aspect violacé de la main gauche, un peu plus froide et plus humide que le côté droit, ainsi qu'une discrète amyotrophie des interosseux à gauche. Le Dr D. _____ a mentionné que le syndrome douloureux régional complexe pouvait expliquer l'évolution prolongée mais sur une durée maximale de deux ans, si bien que la situation de l'assuré pouvait être considérée comme stabilisée au jour de l'examen, ce que confirmaient du reste les examens itératifs réalisés au fil du temps. L'exigibilité en tant que manutentionnaire et/ou conducteur d'engins n'était plus donnée. En revanche, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : le port répétitif et prolongé de charges de plus de 10 kg, les mouvements nécessitant une préhension en force ou des amplitudes importantes du poignet et du coude gauche, les mouvements fins réguliers et répétitifs de la main gauche, ainsi que les mouvements justifiant des travaux avec l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale de manière prolongée.

Dans un rapport du 13 octobre 2022, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a proposé à l'assuré une intervention sous forme de neurolyse du nerf médian au canal carpien gauche, étant précisé que celle-ci serait programmée après que l'assuré aurait bénéficié d'autres traitements.

Le Dr L. _____ a mentionné, dans un rapport du 28 décembre 2022, que la seule option thérapeutique restait la poursuite de la physiothérapie.

Par courrier du 6 mars 2023, la Caisse S. _____ a informé l'assuré de la cessation du versement, en sa faveur, d'indemnités journalières à compter du 1^{er} mai 2023.

Par projet de décision du 23 mars 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 31 mars 2020.

Le 4 avril 2023, l'assuré a répondu qu'il ne souhaitait pas bénéficier de l'aide au placement, proposée par l'OAI, car son état de santé ne le lui permettait pas.

A la même date, l'assuré a déclaré faire opposition au projet de décision du 23 mars 2023. Désormais assisté d'un mandataire professionnel, il a complété son opposition le 4 mai 2023, en demandant un délai pour produire des pièces médicales. Il a soutenu qu'il était toujours en incapacité de travail totale dans toute activité et s'est également appuyé sur le fait que la Caisse S. _____ lui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2023.

Par décision du 20 juin 2023, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 31 mars 2020, confirmant le projet du 23 mars 2023. Il a répondu à la contestation de l'assuré dans une prise de position du même jour.

Le 23 juin 2023, l'assuré a émis des objections complémentaires. A l'appui de celles-ci, il a notamment produit un rapport du 19 juin 2023 du Dr L. _____ qui a répondu aux questions formulées par son mandataire, en précisant notamment qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, tout en indiquant qu'une probable baisse de rendement pourrait être de mise due au manque d'extension de son coude gauche.

Le 12 octobre 2023, l'assuré a encore complété ses objections en fournissant un rapport du 13 septembre 2023 de la Dre P. _____, médecin exerçant désormais auprès de l'Institut suisse de la douleur, qui a, elle aussi, répondu au questionnaire fourni par le mandataire de l'assuré. A titre de diagnostics, elle a retenu un syndrome douloureux chronique du coude gauche post-fracture de la tête radiale gauche et un arrachement latéral de l'olécrâne gauche, des cervico-brachialgies gauches chroniques secondaires d'allure musculo-squelettique, une algie chronique de la face gauche avec suspicion d'algie trigéminal, une polyneuropathie périphérique, des lombosciatalgies à droite avec une probable

radiculopathie, un syndrome du tunnel carpien à la main droite, ainsi que du bruxisme. La spécialiste précitée a évoqué une aggravation des symptômes avec d'importantes douleurs du coude gauche qui irradiaient dans la nuque et la main. Elle a également mentionné que l'assuré souffrait de cervico-brachialgies bilatérales avec une algie de l'hémiface gauche qui s'était ajoutée à la symptomatologie initiale et que celui-ci gardait une boiterie avec des douleurs en regard de sa jambe droite qui irradiaient dans le pied.

Par courrier du 19 octobre 2023, l'assuré a produit un rapport du 1^{er} septembre 2023 de la Dre A._____, spécialiste en neurologie, qui a indiqué que l'examen électrophysiologique avait montré une atteinte axonale sensitivo-motrice longueur dépendante compatible avec une polyneuropathie dont l'origine devait être investiguée.

Dans un avis du 7 novembre 2023, le SMR a conclu, en se fondant sur l'appréciation du Dr D._____ du 26 septembre 2022, que la pathologie responsable consistait en une fracture du coude gauche laissant des séquelles limitant l'extension et la supination (S52.5), que l'assuré présentait une capacité de travail nulle depuis le 3 juillet 2018 dans l'activité de manutentionnaire et entière depuis le 22 septembre 2022 (date du début de l'aptitude à la réadaptation) dans une activité adaptée permettant d'éviter le port répétitif et prolongé de charges de plus de 10 kg, les mouvements nécessitant une préhension en force ou des amplitudes importantes du poignet et du coude gauches, les mouvements fins réguliers et répétitifs de la main gauche, ainsi que les mouvements justifiant des travaux avec l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale de manière prolongée.

Par projet de décision du 23 novembre 2023, annulant et remplaçant celui du 23 mars 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2022.

Aux termes d'un compte-rendu pluridisciplinaire du 23 novembre 2023, il a été convenu de considérer que l'exigibilité d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée remontait au 22 septembre 2022 car la situation n'était pas stabilisée en décembre 2019, étant précisé que cette capacité restait théorique et projective. En outre, il n'y avait pas lieu de proposer des mesures d'ordre professionnel, dans la mesure où l'éventuelle aptitude à une réadaptation n'avait pas été exploitée, aucune mesure n'ayant été mise en place.

Par courrier du 5 janvier 2024, l'assuré s'est opposé au projet du 23 novembre 2023, faisant valoir qu'il ne comprenait pas les motifs ayant conduit à lui reconnaître une capacité de travail de 100% dès le 22 septembre 2022 dans une activité adaptée, dans la mesure où il présentait toujours une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a également contesté le montant du revenu sans invalidité retenu par l'OAI.

Le 18 janvier 2024, l'assuré a complété les objections formulées. Il a réitéré les arguments déjà soulevés dans son courrier du 5 janvier 2024 s'agissant de l'aspect médical. Sur le plan économique, l'assuré a chiffré précisément les revenus sans et avec invalidité qu'il convenait, selon lui, de retenir, lesquels, après comparaison, aboutissaient à un degré d'invalidité de 44%, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2023.

Par prononcé du 7 février 2024, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2022. Dans la motivation jointe à la décision, il a expliqué qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était raisonnablement exigible à compter du 22 septembre 2022. Il convenait ainsi d'évaluer le préjudice économique pour déterminer le degré d'invalidité. A titre de revenu sans invalidité, l'OAI a tenu compte d'un montant de 70'914 fr. 88 à 100% en 2022, et, comme revenu avec invalidité, le salaire perçu par un homme dans des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services, soit 66'006 fr. 75. Après comparaison de ces deux revenus, il résultait une perte

économique de 4'908 fr. 13, correspondant à un degré d'invalidité de 6,92%.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a répondu à la contestation de l'assuré, en relevant que le SMR avait tenu compte de tous les éléments au dossier et que ses rapports pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a confirmé les revenus sans et avec invalidité retenus et a informé l'assuré qu'une décision contre laquelle il lui serait loisible de recourir lui parviendrait prochainement.

Par courrier du 6 mars 2024, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, compte tenu de l'absence, d'après lui, d'investigations approfondies opérées par l'OAI. Il a joint à son courrier un rapport du 29 février 2024 de la Dre P._____, qui a répondu, une fois encore, aux questions posées par le mandataire de l'assuré. Celle-ci a en particulier indiqué qu'elle n'était pas en mesure de juger de la pleine capacité de travail de l'assuré et a évoqué un syndrome douloureux chronique du coude gauche alimenté par une probable neuropathie du nerf ulnaire gauche, une épicondylite latérale gauche ainsi qu'un status post-fracture de la tête radiale gauche traitée conservativement. La médecin précitée a également mentionné une atteinte compatible avec une polyneuropathie en lien avec les douleurs irradiantes au niveau de la jambe droite, objectivée par les investigations menées par la Dre A._____.

Dans un document du 8 mars 2024, intitulé « fiche d'examen du dossier », l'OAI (*ndlr : en réalité la gestionnaire en charge du dossier de l'assuré*) a conclu que les éléments mentionnés dans le rapport du 29 février 2024 de la Dre P._____, notamment les diagnostics, étaient déjà connus et que la péjoration de l'état de santé évoquée par celle-ci n'était pas clairement étayée. En outre, aucun élément probant et circonstancié ne permettait de retenir un changement notable de l'état de santé de l'assuré. Quant aux limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche énumérées par la Dre P._____, elles étaient superposables à celles retenues par le SMR. Enfin, des investigations étaient en cours s'agissant

de la polyneuropathie mais aucun résultat d'examen, ni rapport de spécialiste, n'avait été apporté dans le cadre de la contestation.

Par courrier du 20 mars 2024, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 18 mars 2024 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques à gauche et d'obésité, sans proposer de traitement supplémentaire.

Dans une « fiche d'examen du dossier » établie le 22 mars 2024, l'OAI (*ndlr : en réalité la gestionnaire en charge du dossier de l'assuré*) a considéré que le rapport précité n'apportait aucun élément permettant de remettre en doute sa position.

Par décision du 12 juin 2024, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2022, confirmant le projet de décision du 23 novembre 2023. Dès le 22 septembre 2022, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Tenant compte d'un revenu sans invalidité de 70'914 fr. 88 et d'un revenu avec invalidité de 66'006 fr. 75, la perte économique se montait à 4'908 fr. 13, soit à un degré d'invalidité de 6,92%, n'ouvrant pas de droit à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

B. Par acte du 31 juillet 2024, B._____, assisté de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi, en sa faveur, d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} juillet 2019 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi, en sa faveur, d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} juillet 2019, puis d'un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} octobre 2024. Il s'est tout d'abord étonné du fait que l'OAI se fondait uniquement sur l'avis du SMR pour considérer qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a estimé que l'OAI n'avait pas tenu compte des rapports établis par les Drs L._____, P._____ et F._____, lesquels faisaient, selon lui, état d'une aggravation de son état de santé et de

limitations fonctionnelles non négligeables en lien avec le membre supérieur gauche. Il a également soutenu que les Drs A. _____ et J. _____ avaient retenu une problématique neurologique s'ajoutant aux limitations découlant de son membre supérieur gauche et que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas 50%. Le recourant a également contesté le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. En effet, d'après lui, le revenu sans invalidité devait se monter à 79'381 fr. 95, en se fondant sur le gain présumé perdu retenu par la Caisse S. _____ indexé à 2022. Quant au revenu avec invalidité, celui-ci devait s'élever à 30'491 fr. 34, en se fondant sur l'ESS après indexation et en tenant compte d'une baisse de rendement de 50%, ainsi que d'un abattement de 10%. Le taux d'invalidité se montait ainsi à 62%, ce qui lui ouvrait le droit à un trois-quarts de rente et ce, à partir du 1^{er} octobre 2024. A l'appui de son écriture, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux. L'un, daté du 4 juillet 2024, de la Dre J. _____, spécialiste en neurologie, qui a évoqué un tableau clinique compatible avec une neuropathie ulnaire gauche au passage du coude, un syndrome du tunnel carpien gauche, ainsi qu'une irritation du nerf radial sensitif gauche au passage de la tabatière anatomique, sans composante déficitaire, ni neuropathie sensitive radiale gauche, précisant que les paresthésies que l'assuré présentait au niveau de l'hémiface gauche et du membre supérieur gauche étaient à mettre dans le contexte d'un syndrome myofascial de la ceinture scapulaire, avec contracture plus marquée à gauche. Le second rapport, daté du 10 juillet 2024, du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisait état d'une arthrose radio-capitellaire du coude gauche mise en évidence par une radiographie effectuée le même jour.

Dans sa réponse du 19 septembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a relevé que les deux rapports médicaux produits par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position, en se référant à l'avis du SMR du 12 septembre 2024. Concernant les revenus sans et avec invalidité à prendre en compte, l'intimé a renvoyé à son courrier du 7 février 2024 rédigé à l'occasion de la procédure d'audition.

Par réplique du 22 octobre 2024, le recourant a modifié ses conclusions, en ce sens qu'il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} juillet 2019 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et neuropsychologique, orthopédique ou rhumatologique), respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il procède lui-même à une telle expertise. Il a réitéré que l'intimé n'avait pas suffisamment investigué la situation sur le plan médical et a joint deux nouvelles pièces, soit un rapport du 9 octobre 2024 du Dr G. _____, ainsi qu'un rapport d'échographie du 10 octobre 2024 de son coude gauche. Sur le plan économique, il a soutenu que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé à 100'277 fr. 43 pour tenir compte du revenu accessoire généré comme agent de sécurité (20'272 fr.) en sus du revenu acquis en tant que manutentionnaire (77'750 fr.) et après indexation entre 2020 et 2023. Il s'est fondé sur les montants d'indemnités journalières versés par l'assureur-accidents pour chaque activité. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le taux d'invalidité se montait à 70%, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.

Dupliquant le 18 novembre 2024, l'intimé a maintenu sa position tendant au rejet du recours. Pour l'aspect médical, il s'est fié à l'avis du SMR du 1^{er} novembre 2024, selon lequel les rapports médicaux produits ne modifiaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée retenue, dans la mesure où la nouvelle atteinte mentionnée (neuropathie ulnaire) n'entraînait pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Concernant l'aspect économique, l'intimé a relevé que, contrairement à ce qu'avancait le recourant, le revenu de l'activité accessoire en tant qu'agent de sécurité avait été pris en compte dans la détermination du revenu sans invalidité.

Par déterminations du 17 décembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, en soulignant que sa situation médicale était complexe et que, compte tenu d'une intervention à venir en début d'année 2025, celle-ci n'était pas stabilisée en 2022. Il s'est référé pour le surplus à son mémoire de recours. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du 6 novembre 2024 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, qui proposait une décompression du nerf ulnaire du coude gauche, ainsi qu'une décompression du nerf médian au poignet gauche.

Dans des déterminations du 24 janvier 2025, l'intimé a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter, en s'appuyant sur ses écritures précédentes, ainsi que sur les avis successifs du SMR.

Le 2 avril 2025, le recourant a déposé des déterminations complémentaires, à l'occasion desquelles il a produit trois nouvelles pièces, à savoir une décision du 24 juillet 2024 de la Caisse S._____ lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité mais lui octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, un courrier du 18 février 2025 de la Caisse S._____, dans lequel elle indiquait annuler la décision précitée et reprendre l'instruction du dossier sur le plan économique, ainsi qu'un rapport du 14 février 2025 de la Dre P._____, par lequel celle-ci demandait la prise en charge, par la Caisse S._____, d'une thérapie par neurostimulation en deux temps (phase test et phase implantatoire) en raison des douleurs neuropathiques ressenties par le recourant.

Après avoir soumis une nouvelle fois le dossier du recourant au SMR, qui a rendu un avis le 9 avril 2025, l'intimé a, dans un courrier du 1^{er} mai 2025, confirmé sa position.

Le 10 juin 2025, le recourant a encore produit un rapport du 3 juin 2025 de la Dre P._____, précisant que la thérapie par neurostimulation était interrompue en l'état compte tenu des réticences du patient et qu'une prise en charge interventionnelle était privilégiée par rapport à une approche médicamenteuse qui n'apportait pas de réels bénéfices sur les douleurs. Elle évoquait également des cervico-brachialgies secondaires avec un syndrome facettaire cervical haut traitées favorablement en avril 2025 par dénervation thermique des branches sensibles innervant les facettes C2-C3-C4 gauches.

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 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. 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.

En l'espèce, par décision du 12 juin 2024, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2022. La naissance du droit à la rente étant antérieure au 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires applicables sont celles dans leur teneur en vigueur jusqu'à cette date.

3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2022.

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).

5. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et les références citées ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et les références citées).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et les références citées ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

6. 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 ;

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) Les avis médicaux du SMR (au sens de l'art. 54a LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), établis sans examen de l'assuré ni observation clinique, 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. De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le

SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 et les références citées).

d) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

7. a) En l'espèce, par décision du 12 juin 2024, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2022, fondé sur un degré d'invalidité de 100%. Il a également admis que celui-ci n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manutentionnaire, laquelle n'est plus adaptée. En revanche, il a considéré que, dès le 22 septembre 2022, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir le port répétitif et prolongé de charges de plus de 10 kg, les mouvements nécessitant une préhension en force ou des

amplitudes importantes du poignet et du coude gauche, les mouvements fins réguliers et répétitifs de la main gauche, ainsi que les mouvements justifiant des travaux avec l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale de manière prolongée.

Le recourant reproche à l'intimé de s'être fondé uniquement sur l'avis du SMR, sans avoir diligenté une évaluation médicale autonome. Il soutient que celui-ci n'aurait pas tenu compte des rapports des Drs L._____, P._____, A._____ et F._____, lesquels permettraient de constater une aggravation de son état de santé. Il s'appuie également sur les avis des Drs J._____, neurologue, et G._____, chirurgien orthopédique, dont les rapports ont été produits dans le cadre de la procédure de recours, pour considérer qu'il ne dispose pas d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b/aa) En l'occurrence, pour rendre la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé essentiellement sur l'avis du 7 novembre 2023 du SMR, lequel s'appuie, pour ce qui est de l'atteinte d'origine traumatique au coude gauche, sur l'appréciation du 21 septembre 2022 du Dr D._____, médecin d'arrondissement de la Caisse S._____.

Dans cette appréciation, le médecin précité a posé les diagnostics de fracture de type Mason 3 de la tête radiale du coude gauche, d'arrachement latéral de l'olécrâne gauche, d'arthrose avec chondropathie de grade 4 au niveau de la tête radiale et de grade 2 au niveau du *capitellum* du coude gauche, ainsi que de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu le port répétitif et prolongé de charges de plus de 10 kg, les mouvements nécessitant une préhension en force ou des amplitudes importantes du poignet et du coude gauche, les mouvements fins réguliers et répétitifs de la main gauche, ainsi que les mouvements justifiant des travaux avec l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale de manière prolongée. D'après le Dr D._____, la situation en regard du coude droit pouvait être considérée comme stabilisée deux ans après l'accident. Si le recourant n'était plus en mesure d'effectuer son activité habituelle pour laquelle la capacité était désormais nulle, il disposait d'une capacité de travail entière

dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelle précitées.

Dans son avis du 7 novembre 2023, le SMR a repris les conclusions de l'examen du Dr D._____, s'agissant de l'atteinte au coude gauche, en précisant qu'il était raisonnable de fixer la consolidation en lien avec l'atteinte à cette articulation au 21 septembre 2022, date de l'examen final par le médecin d'arrondissement de la Caisse S._____.

bb) Concernant les autres atteintes, sans lien avec l'accident survenu le 3 juillet 2018, l'intimé s'est également fondé sur l'avis du 7 novembre 2023 du SMR. Celui-ci s'est en effet prononcé sur différentes pathologies, évoquées par les médecins traitants, susceptibles de modifier la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles retenues par la Caisse S._____. En particulier, le SMR a relevé, s'agissant des cervico-brachialgies (cf. rapport de la Dre P._____ du 13 septembre 2023), que l'IRM (*ndlr* : IRM cervicale du 20 octobre 2020) n'avait objectivé aucune atteinte, si bien qu'il ne retenait pas ce diagnostic comme incapacitant. Pour ce qui était des lombosciatalgies (cf. rapport de la Dre P._____ du 23 septembre 2023), il a mentionné que ce diagnostic n'était pas compatible avec les examens cliniques réalisés par le Dr L._____ à plusieurs reprises qui avait constaté un test de signe de Lasègue, ainsi qu'un test de signe de Léri, négatifs, de même qu'une distance doigts-sol nulle (cf. notamment rapports des 10 mars 2021 et 19 juin 2023). L'atteinte au tunnel carpien gauche (cf. rapport du 13 septembre 2023 de la Dre P._____) a également été écartée par le SMR, dans la mesure où ce diagnostic avait été infirmé par le Dr O._____ (cf. rapport du 31 mai 2021) pour être finalement confirmé par le Dr C._____ en 2022 (cf. rapport du 3 août 2022) mais qu'aucun chirurgien n'avait voulu intervenir, ce qui rendait cette atteinte plus que douteuse alors que l'intervention à réaliser était simple. Le SMR s'est encore penché sur l'algie trigémino-vasculaire suspectée par la Dre A._____ (cf. rapport du 1^{er} septembre 2023) et a relevé à cet égard que le rapport qui mentionnait cette atteinte ne contenait aucune description ni preuve d'une telle atteinte et que celle-ci paraissait être déclenchée dans des circonstances qui laissaient perplexe la spécialiste

elle-même. Il a ainsi écarté ce diagnostic. Enfin, concernant l'atteinte axonale compatible avec une polyneuropathie des membres inférieurs évoquée par la Dre A._____ (cf. rapport du 1^{er} septembre 2023), le SMR a relevé que cette atteinte n'avait jamais été mentionnée dans les nombreuses plaintes et que le mince status rapporté (diminution de la sensibilité et discret élargissement du polygone de sustentation) n'évoquait pas d'atteinte incapacitante.

cc) A la suite de l'avis du SMR du 7 novembre 2023, sur lequel se fonde essentiellement la décision litigieuse, l'OAI a reçu deux rapports de l'assuré. L'un, daté du 29 février 2024, de la Dre P._____, l'autre, daté du 18 mars 2024, du Dr F._____. Outre que ces rapports n'ont pas été soumis au SMR avant que l'intimé ne rende la décision querellée, mais ont été examinés - ce qui interroge - uniquement par la gestionnaire en charge du dossier de l'assuré, qui les a écartés, il convient de constater que le rapport de la Dre P._____ en particulier n'a pas fait l'objet, par la suite, d'un examen sérieux de la part du SMR. En effet, dans le rapport en question, la Dre P._____ a évoqué la persistance d'un syndrome douloureux chronique avec une exacerbation douloureuse à la mobilisation du membre supérieur gauche, mais également lors de la marche qui provoquait des décharges douloureuses dans la jambe droite. Elle a précisé que les difficultés de mobilisation liées aux douleurs irradiantes dans le membre précité correspondaient à une clinique de lombosciatalgies radiculaires droites avec des réflexes rotuliens et achilléens diminués. Elle s'est en outre référée à l'examen de la Dre A._____ (cf. rapport du 1^{er} septembre 2023) qui avait permis d'objectiver une atteinte axonale sensitivo-motrice longueur dépendante compatible avec une polyneuropathie. La Dre P._____ a encore souligné que le patient présentait des troubles de la marche, qui était mal assurée, des difficultés à la mobilisation lorsqu'il devait passer de la position assise à la position debout ou emprunter des escaliers, que le maintien de la position debout était difficile et limité par les douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe droite, que l'équilibre était précaire et qu'une activité assise serait plus adaptée. Si le SMR a fini par tenir compte du rapport du 29 février 2024 de la Dre P._____ dans un avis du 12 septembre 2024, soit postérieur à

la décision attaquée, rendu dans le cadre de la procédure de recours, il s'est limité à indiquer que les éléments apportés par l'assuré depuis la décision litigieuse ne concernaient que le membre supérieur gauche mais n'est précisément pas revenu sur les autres atteintes mentionnées avant la décision en question par la médecin précitée. Or, comme cela vient d'être exposé, la Dre P. _____ a également fait état de lombosciatalgies radiculaires droites avec des réflexes rotuliens et achilléens diminués à droite, provoquant des troubles de la marche, de l'équilibre et de mobilité, nécessitant des investigations complémentaires qui n'avaient pas été menées jusque-là. Par ailleurs, le SMR ne s'est pas non plus prononcé sur le diagnostic de polyneuropathie, relevant uniquement que la Dre P. _____ avait posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de neuropathie du nerf ulnaire gauche. Il a admis cette dernière atteinte comme complication de la fracture au coude gauche et de l'arthrose à cette articulation, tout en précisant que les limitations fonctionnelles n'étaient pas modifiées, mais n'a nullement discuté le diagnostic de polyneuropathie (cf. avis des 12 septembre, 1^{er} novembre 2024 et 9 avril 2025). Or, à ce stade, on ne peut exclure que cette atteinte, confirmée par la Dre A. _____ (cf. rapport du 1^{er} septembre 2023) et qui semble avoir des répercussions au niveau des membres inférieurs, tout comme les atteintes lombaires suspectées par la Dre P. _____, puissent engendrer une diminution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ou à tout le moins des limitations fonctionnelles plus étendues que celles qui ont été retenues par l'intimé. Dans ce contexte, le rapport du 29 février 2024 suffit, en l'occurrence, à remettre en cause la fiabilité de l'appréciation du SMR, étant rappelé qu'en l'absence d'expertise menée par un médecin neutre, l'appréciation des moyens de preuves à disposition doit être stricte. On relèvera encore, à cet égard, que le rapport du 4 juillet 2024 de la Dre J. _____, produit par le recourant dans le cadre du recours, n'apporte pas plus de réponse sur le plan neurologique, dans la mesure où la spécialiste précitée a été sollicitée uniquement pour se prononcer sur l'existence d'une neuropathie ulnaire au coude gauche, laquelle a, en l'occurrence, été confirmée. En définitive, on ne peut exclure que la polyneuropathie, diagnostiquée en septembre 2023, soit antérieurement à la décision litigieuse du 12 juin 2024, ainsi que les troubles lombaires qui

nécessitent des investigations supplémentaires au regard de leurs conséquences à la marche et à la mobilisation, ainsi que sur l'équilibre selon les constats de la Dre P._____ en février 2024, également antérieurs à la décision attaquée, modifient la capacité de travail ou à tout le moins les limitations fonctionnelles retenues.

c) Il résulte de ce qui précède qu'il existe un doute suffisant quant à la fiabilité et à la cohérence des constatations effectuées par le SMR, en particulier dans son avis du 7 septembre 2023 (mais également dans celui du 12 septembre 2024), qui aurait dû conduire l'intimé à procéder à une instruction complémentaire avant de supprimer la rente du recourant.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGA).

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

d) En l'occurrence, l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il se justifie de renvoyer l'affaire à l'intimé, à qui il incombera de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale comprenant à tout le moins un volet orthopédique et un volet neurologique, à charge pour les experts de s'adjoindre des spécialistes d'autres disciplines s'ils l'estiment nécessaire, afin de déterminer si la polyneuropathie diagnostiquée ou d'autres troubles orthopédiques, couplées aux autres atteintes du recourant, ont une incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et sur les limitations fonctionnelles retenues, avec une chronologie détaillée des atteintes et de la capacité de travail. A noter qu'il appartiendra aux experts d'examiner l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, y compris celles produites dans le cadre de la procédure de recours, lesquelles concernent des atteintes diagnostiquées avant la décision litigieuse du 12 juin 2024.

9. **a)** Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause, si bien qu'elle a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour le recourant),
- 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 :