

NE_GERICHTE CDP.2024.270 vom 18. September 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.270

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.270 du 18 septembre 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.270 del 18 settembre 2025

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF du 25.05.2021 [9C_758/2020] cons. 3.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C_239/2020] cons. 7.2.1 et les réf. cit.). b) En l'espèce, les rapports médicaux du Dr G. _____ du 7 février 2024 et du Dr H. _____ du 14 novembre 2024 produits par le recourant sont postérieurs à la décision entreprise, mais ils ont trait à la situation médicale prévalant lors de son prononcé. Il y a donc lieu d'en tenir compte dans l'appréciation du recours.

E. 3

a) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF du 16.06.2015 [9C_721/2014] cons. 3.1) – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Les dispositions légales et les principes jurisprudentiels en matière de révision de la rente d'invalidité sont applicables par analogie à l'examen matériel d'une nouvelle demande (art. 17 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 141 V 9 cons. 2.3, 130 V 64 cons. 5.2.3, 117 V 198 cons. 4b). Cela revient à examiner si – par analogie avec l'article 17 LPGA (ATF 133 V 108 cons. 5 et les réf. cit.) – l'état de santé de l'assuré s'est notablement modifié depuis l'entrée en force de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit, une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 cons. 5). L'existence d'un tel changement se juge seulement à l'aune d'une comparaison de deux états de faits qui se succèdent dans le temps (arrêt du TF du 09.03.2016 [9C_622/2015] cons. 3.1). S'il n'y a pas eu modification notable de l'état de santé, l'administration rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au

juge (ATF 141 V 9 cons. 2.3, 130 V 64 cons. 2 et les arrêts cités). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. b) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). c)

L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

E. 4

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). Pour procéder à cette comparaison, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; arrêt du TF du

26.04.2022 [8C_608/2021] cons. 3.2 et les références). Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_tirage_skill_level (secteur privé), à la ligne « total » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 148 V 174 cons. 6.2 et les arrêts cités). Lorsque cela paraît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et où une activité dans un autre domaine n'entre pratiquement plus en ligne de compte (arrêt du TF du 08.05.2024 [8C_709/2023] cons. 6.2.1). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 cons 4), étant précisé que les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2022 ont été publiés le 29 mai 2024, l'ESS 2020 le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 08.11.2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016. c) L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt TF du 09.07.2021 [8C_772/2020] cons. 3.3 et les références ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] de l'OFAS [état au 01.01.2022], n. 3406). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêts du TF des 29.04.2020 [8C_134/2020] cons.

E. 4.5

et 09.07.2021 [8C_772/2020] cons. 3.3 et les références). En outre, le Tribunal fédéral a jugé que, pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existait suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré de travail (arrêt précité du TF [8C_772/2020] cons. 5.6 et les réf. cit.).

E. 5

a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit.). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit.). On ne saurait toutefois remettre en cause une expertise indépendante ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C_369/2008] cons. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (arrêt du TF du 20.04.2018 [9C_147/2018] cons. 3.2 et les références). Les rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 54a al. 2 et 3 LAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'article 44 LPGA. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt du TF du 28.07.2021 [9C_670/2020] cons. 3.2 et les réf. cit.). 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 cons. 4.6).

E. 6

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente AI et/ou à des mesures professionnelles. Il y a ainsi lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 17 septembre 2021 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, afin d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est modifié dans une mesure susceptible de réduire sa capacité de travail. a) Dans sa précédente décision, l'OAI s'était rallié à l'avis du SMR selon lequel les éléments médicaux présentés par le recourant ne démontraient pas une aggravation permanente de son état de santé ayant une incidence déterminante sur sa capacité de travail. Après avoir retenu, à titre d'atteinte principale à la

santé, une fracture du poignet gauche et une rupture du ligament scapho-lunaire gauche traitées chirurgicalement le 10 avril 2017, il avait conclu que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible mais qu'une capacité de travail totale existait dès le 1^{er} avril 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant d'éviter les travaux nécessitant de la force du poignet gauche, entraînant des vibrations ou des chocs au niveau du poignet gauche, éviter les sollicitations répétées du poignet gauche et la montée des échelles et échafaudages. b) La décision litigieuse repose sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré telle que retenue par le SMR sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de la nouvelle demande, dont il a opéré la synthèse. Sur le plan orthopédique, le SMR a repris les constats cliniques effectués par le Dr C. _____, le Dr D. _____ ainsi que ceux de la CRR et a considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 13 mai 2022 (date de l'accident). Il a retenu qu'il présentait une capacité de travail à 100 % depuis le 6 février 2023 (date du constat du Dr C. _____) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a précisé que le courrier du Dr C. _____ du 30 avril 2024 sollicité par l'assuré n'apportait pas de nouvel élément objectif au niveau orthopédique susceptible de modifier ses précédentes conclusions. Dans son rapport du 16 février 2023, on observe que l'orthopédiste traitant retient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du recourant et atteste une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations sans rapporter par la suite d'éléments médicaux nouveaux faisant état d'une aggravation de l'état de santé susceptible de modifier sa précédente appréciation s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Lorsque son médecin traitant retient qu'il est en mesure de travailler dans une activité adaptée, et quoi qu'en dise le recourant, il peut être compris que le médecin se réfère à une activité à plein temps et sans diminution de rendement. On ne saurait dès lors soutenir qu'aucun médecin ne s'est prononcé sur le rendement exigible. Aussi, dans son courrier du 30 avril 2024, le Dr C. _____ ne revient pas sur sa précédente appréciation, soit sur la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée ressortant de son précédent rapport du 16 février 2023. En particulier, il ne vient pas soutenir qu'il aurait commis une erreur. Par ailleurs, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type I (CRPS I) ou maladie de Sudeck évoqué par le Dr G. _____ a été écarté par la scintigraphie osseuse réalisée le 22 février 2024 tel que cela ressort du rapport du Dr H. _____ du 14 novembre 2024. Ce dernier médecin ne pose pas de nouveau diagnostic et évoque l'éventualité d'une reprise chirurgicale, sans mentionner de nouvelles limitations fonctionnelles ni indiquer en quoi les symptômes de l'assuré (statut douloureux avec limitations des amplitudes articulaires) auraient évolué d'une manière telle qu'ils déploieraient une incidence négative sur sa capacité de travail. Le recourant n'a pas produit de nouveau rapport médical récent faisant état d'une intervention chirurgicale ou d'une aggravation de son état de santé au niveau orthopédique. En conséquence, si le recourant présentait plusieurs atteintes à la santé (poignet gauche et genou droit) qui rendaient cohérente l'impossibilité de continuer à travailler dans son activité habituelle, avec une incapacité complète de travail dès le 13 mai 2022, il possédait une capacité de travail entière depuis le 6 février 2023, dans une activité adaptée. c) Il convient néanmoins d'examiner si les limitations fonctionnelles supplémentaires en lien avec sa nouvelle atteinte au genou droit lui permettent réellement d'exercer une activité lucrative adaptée. Depuis le 1^{er} juillet 2019, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à 100 %, sans diminution de rendement, évitant les travaux nécessitant de la force du poignet gauche, les activités entraînant des vibrations ou des chocs au niveau du poignet

gauche, les sollicitations répétées du poignet gauche, la montée des échelles et échafaudages. Suite à l'atteinte du genou droit en mai 2022, sont dorénavant contre-indiqués le port de charges au-delà de 5 kg, la marche sans moyen auxiliaire, la marche prolongée en terrain irrégulier, les positions accroupies/à genoux, les répétitions d'escalier, l'utilisation d'échelles et le travail sur les toits. Sur ce point, le recourant reproche à l'OAI une instruction lacunaire, alléguant notamment que l'appréciation médicale de la CRR – sur laquelle s'est fondée le SMR – fait uniquement état de limitations fonctionnelles en lien avec son genou droit, sans tenir compte de celles s'agissant de son poignet. Par ailleurs, la nécessité d'une alternance des positions assis-debout ainsi que l'impossibilité de rester assis sur une période prolongée décrite par le Dr C. _____ n'auraient pas fait l'objet d'une instruction suffisante par l'intimé. Le grief de l'intéressé à l'endroit de la CRR est singulier à mesure qu'il a effectué un séjour dans cette clinique pour une intensification des thérapies suite à la persistance de douleurs au genou droit raison pour laquelle les médecins ont effectué une appréciation des membres inférieurs uniquement. De surcroît, lorsque le Dr C. _____ indique dans son courrier du 30 avril 2024 « qu'il se pourrait que le patient puisse reprendre en tous les cas une activité partielle dans une activité adaptée c'est-à-dire un travail où le patient pourrait être assis avec des moments debout en alternance. Bien évidemment, il s'agirait d'une activité plutôt sédentaire à semi-sédentaire tenant compte des limitations fonctionnelles. Il faudrait que le patient puisse être assis et debout en alternance sur de courtes périodes », il ne fait pas mention de nouvelles limitations fonctionnelles et ne se détermine pas sur sa capacité de travail. On observe néanmoins que le rapport du SMR du 13 mai 2024 reprend le contenu du courrier précité du médecin traitant et mentionne ces limitations fonctionnelles. Il a ainsi pris en considération les examens, les diagnostics, les symptômes et les limitations mis en avant par les médecins du recourant ainsi que ceux de la CRR afin d'établir son appréciation et d'évaluer la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. C'est le lieu de rappeler que les limitations fonctionnelles en lien avec le poignet gauche de l'assuré ont déjà été fixées dans la décision de l'OAI du 17 septembre 2021, ce qui explique certainement qu'elles n'ont pas été formellement reprises par le SMR dans ses avis, sans que cela n'ait d'influence sur le sort de la cause comme expliqué ci-après. Les troubles du recourant conduisent à des douleurs et à une impotence fonctionnelle au niveau du poignet gauche et du genou droit. Si ses limitations fonctionnelles de l'intéressé sont assez importantes, elles ne l'empêchent pas d'exercer une activité lucrative adaptée. C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité doit se faire à l'aune d'un marché du travail équilibré, si bien qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises (cf. ci-avant : cons. 4c). Certes, ses limitations fonctionnelles sont susceptibles de lui restreindre l'accès à un certain nombre d'emplois disponibles sur le marché du travail. Toutefois, contrairement à ce qu'il semble faire valoir, il existe des emplois en nombre suffisant compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à son état de santé. Notamment, on ne voit pas en quoi un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger – par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement – serait incompatible avec ses limitations fonctionnelles (même si une activité sédentaire à semi-sédentaire est recommandée par le médecin traitant orthopédiste).

Au surplus, en l'occurrence, on ne se trouve pas dans un cas où il conviendrait de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail, dans le cadre duquel, notamment, l'activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait d'un employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblerait exclu de trouver un emploi correspondant, le caractère irréaliste des possibilités de travail devant ici découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du TF du 30.10.2017 [8C_175/2017] cons. 4.2). Compte tenu des éléments figurant dans les rapports du SMR, qui sont cohérents et ne montrent pas de contradictions, et vu que les appréciations des médecins traitants ne se fondent pas sur des éléments objectivement vérifiables, tels que l'imagerie médicale, mais sur les déclarations subjectives de l'assuré sur ses douleurs, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 6 février 2023. Ces avis démontrent de manière convaincante que malgré les diagnostics supplémentaires, il n'y a pas de péjoration notable et durable de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision de 2021. En effet, de manière identique à 2021, l'intéressé dispose d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. C'est dès lors à bon droit que l'intimé a considéré que son état de santé ne s'était pas aggravé. Pour le surplus, la comparaison des revenus effectuée par l'OAI pour aboutir à un taux d'invalidité de 11 % n'est, à juste titre, pas critiquée par le recourant. En effet, pour établir le revenu d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2022 (ligne Total, Homme, niveau de compétence 1). Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des activités simples et répétitives et des travaux légers (arrêt du TF du 25.05.2023 [9C_325/2022] cons. 6.3). Elle recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du TF du 17.10.2018 [9C_458/2018] cons. 4.1). Dans le cas particulier, l'application du tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2022 (ligne totale, Homme, niveau de compétence 1) tient adéquatement compte de la situation de l'assuré. En tout état de cause, le fait que le SMR ne mentionne pas expressément les limitations fonctionnelles de l'assuré en lien avec son poignet est sans importance à mesure que l'application de cette valeur statistique permet de tenir compte de ses limitations fonctionnelles aussi bien avec son poignet gauche qu'avec son genou droit. Partant, l'assuré ne peut, au vu des considérations qui précèdent, prétendre à une rente de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a rejeté sa demande. d) Finalement, il sied encore d'examiner s'il appartenait à l'OAI d'octroyer des mesures d'ordre professionnel, ce que requiert le recourant. En principe, le seul fait qu'un assuré soit empêché de trouver un emploi adapté à son handicap ou ses limitations fonctionnelles ne suffit pas pour reconnaître le droit à des mesures de réadaptation. La réadaptation par soi-même est en effet un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (arrêt du TF du 05.01.2021 [9C_244/2020] cons. 4.3.2 et les références). Selon la jurisprudence, il existe toutefois des situations dans lesquelles il convient d'admettre que

des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (arrêts du TF des 30.01.2024 [9C_291/2023] cons. 7.2 ; 08.04.2025 [8C_497/2024] cons. 6.3). En l'occurrence, le recourant ayant uniquement perçu de manière temporaire une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2018 au 30 juin 2019, aucune des situations visées par la jurisprudence susmentionnée ne sont données, de sorte que l'intimé n'avait pas à en faire application. La jurisprudence dont le recourant se prévaut ne lui est d'aucun secours. Contrairement à ce qu'il semble penser, la jurisprudence précitée ne s'applique pas à tout assuré âgé de 55 ans et plus lorsqu'il est statué sur son droit à une rente, mais uniquement en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans. Il y a également lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente ce qui n'est aucunement le cas en l'espèce. La critique du recourant est donc dénuée de pertinence.

E. 7

Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'est pas utile de procéder à d'autres mesures d'instruction. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. f bis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI), qui n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

E. 29

mai 2024, I■ESS 2020 le 23 août 2022 ; I■ESS 2018, le 21 avril 2020 ; I■ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 08.11.2018) ; et I■ESS 2014, le 15 avril 2016.

c) L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites «de niche» (arrêt TF du 09.07.2021 [8C_772/2020] cons. 3.3 et les références ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] de l'OFAS [état au 01.01.2022], n. 3406). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêts du TF des 29.04.2020 [8C_134/2020] cons. 4.5 et 09.07.2021 [8C_772/2020] cons. 3.3 et les références). En outre, le Tribunal fédéral a jugé que, pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités

légères, il existait suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré de travail (arrêt précité du TF [8C_772/2020] cons. 5.6 et les réf. cit.).

5.a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit.).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit.). On ne saurait toutefois remettre en cause une expertise indépendante ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C_369/2008] cons. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (arrêt du TF du 20.04.2018 [9C_147/2018] cons. 3.2 et les références).

Les rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 54a al. 2 et 3 LAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'article 44 LPGA. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt du TF du 28.07.2021 [9C_670/2020] cons. 3.2 et les réf. cit.). 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 cons. 4.6).

6. En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente AI et/ou à des mesures professionnelles. Il y a ainsi lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 17 septembre 2021 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, afin d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est modifié dans une mesure susceptible de réduire sa capacité de travail.

a) Dans sa précédente décision, l'OAI s'était rallié à l'avis du SMR selon lequel les éléments médicaux présentés par le recourant ne démontraient pas une aggravation permanente de son état de santé ayant une incidence déterminante sur sa capacité de travail. Après avoir retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une fracture du poignet gauche et une rupture du ligament scapho-lunaire gauche traitées chirurgicalement le 10 avril 2017, il avait conclu que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible mais qu'une capacité de travail totale existait dès le 1er avril 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant d'éviter les travaux nécessitant de la force du poignet gauche, entraînant des vibrations ou des chocs au niveau du poignet gauche, éviter les sollicitations répétées du poignet gauche et la montée des échelles et échafaudages.

b) La décision litigieuse repose sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré telle que retenue par le SMR sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de la nouvelle demande, dont il a opéré la synthèse.

Sur le plan orthopédique, le SMR a repris les constats cliniques effectués par le Dr C. _____, le Dr D. _____ ainsi que ceux de la CRR et a considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 13 mai 2022 (date de l'accident). Il a retenu qu'il présentait une capacité de travail à 100 % depuis le 6 février 2023 (date du constat du Dr C. _____) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a précisé que le courrier du Dr C. _____ du 30 avril 2024 sollicité par l'assuré n'apportait pas de nouvel élément objectif au niveau orthopédique susceptible de modifier ses précédentes conclusions. Dans son rapport du 16 février 2023, on observe que l'orthopédiste traitant retient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du recourant et atteste une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations sans rapporter par la suite d'éléments médicaux nouveaux faisant état d'une aggravation de l'état de santé susceptible de modifier sa précédente appréciation s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Lorsque son médecin traitant retient qu'il est en mesure de travailler dans une activité adaptée, et quoi qu'en dise le recourant, il peut être compris que le médecin se réfère à une activité à plein temps et sans diminution de rendement. On ne saurait dès lors soutenir qu'aucun médecin ne s'est prononcé sur le rendement exigible. Aussi, dans son courrier du 30 avril 2024, le Dr C. _____ ne revient pas sur sa précédente appréciation, soit sur la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée ressortant de son précédent rapport du 16 février 2023. En particulier, il ne vient pas soutenir qu'il aurait commis une erreur. Par ailleurs, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type I (CRPS I) ou maladie de Sudeck évoqué par le Dr G. _____ a été écarté par la scintigraphie osseuse réalisée le 22 février 2024 tel que cela ressort du rapport du Dr H. _____ du 14 novembre 2024. Ce dernier médecin ne pose pas de nouveau diagnostic et évoque l'éventualité d'une reprise chirurgicale, sans mentionner de nouvelles limitations fonctionnelles ni indiquer en quoi les symptômes de l'assuré (statut douloureux avec limitations des amplitudes articulaires)

auraient évolué d'une manière telle qu'ils déploieraient une incidence négative sur sa capacité de travail. Le recourant n'a pas produit de nouveau rapport médical récent faisant état d'une intervention chirurgicale ou d'une aggravation de son état de santé au niveau orthopédique. En conséquence, si le recourant présentait plusieurs atteintes à la santé (poignet gauche et genou droit) qui rendaient cohérente l'impossibilité de continuer à travailler dans son activité habituelle, avec une incapacité complète de travail dès le 13 mai 2022, il possédait une capacité de travail entière depuis le 6 février 2023, dans une activité adaptée.

c) Il convient néanmoins d'examiner si les limitations fonctionnelles supplémentaires en lien avec sa nouvelle atteinte au genou droit lui permettent réellement d'exercer une activité lucrative adaptée.

Depuis le 1er juillet 2019, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à 100 %, sans diminution de rendement, évitant les travaux nécessitant de la force du poignet gauche, les activités entraînant des vibrations ou des chocs au niveau du poignet gauche, les sollicitations répétées du poignet gauche, la montée des échelles et échafaudages. Suite à l'atteinte du genou droit en mai 2022, sont dorénavant contre-indiqués le port de charges au-delà de 5 kg, la marche sans moyen auxiliaire, la marche prolongée en terrain irrégulier, les positions accroupies/à genoux, les répétitions d'escalier, l'utilisation d'échelles et le travail sur les toits. Sur ce point, le recourant reproche à l'OAI une instruction lacunaire, alléguant notamment que l'appréciation médicale de la CRR sur laquelle s'est fondée le SMR fait uniquement état de limitations fonctionnelles en lien avec son genou droit, sans tenir compte de celles s'agissant de son poignet. Par ailleurs, la nécessité d'une alternance des positions assis-debout ainsi que l'impossibilité de rester assis sur une période prolongée décrite par le Dr C. _____ n'auraient pas fait l'objet d'une instruction suffisante par l'intimé. Le grief de l'intéressé à l'endroit de la CRR est singulier à mesure qu'il a effectué un séjour dans cette clinique pour une intensification des thérapies suite à la persistance de douleurs au genou droit raison pour laquelle les médecins ont effectué une appréciation des membres inférieurs uniquement. De surcroît, lorsque le Dr C. _____ indique dans son courrier du 30 avril 2024 «qu'il se pourrait que le patient puisse reprendre en tous les cas une activité partielle dans une activité adaptée c'est-à-dire un travail où le patient pourrait être assis avec des moments debout en alternance. Bien évidemment, il s'agirait d'une activité plutôt sédentaire à semi-sédentaire tenant compte des limitations fonctionnelles. Il faudrait que le patient puisse être assis et debout en alternance sur de courtes périodes», il ne fait pas mention de nouvelles limitations fonctionnelles et ne se détermine pas sur sa capacité de travail. On observe néanmoins que le rapport du SMR du 13 mai 2024 reprend le contenu du courrier précité du médecin traitant et mentionne ces limitations fonctionnelles. Il a ainsi pris en considération les examens, les diagnostics, les symptômes et les limitations mis en avant par les médecins du recourant ainsi que ceux de la CRR afin d'établir son appréciation et d'évaluer la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. C'est le lieu de rappeler que les limitations fonctionnelles en lien avec le poignet gauche de l'assuré ont déjà été fixées dans la décision de l'OAI du 17 septembre 2021, ce qui explique certainement qu'elles n'ont pas été formellement reprises par le SMR dans ses avis, sans que cela n'ait d'influence sur le sort de la cause comme expliqué ci-après.

Les troubles du recourant conduisent à des douleurs et à une impotence fonctionnelle au niveau du poignet gauche et du genou droit. Si ses limitations fonctionnelles de l'intéressé sont assez importantes, elles ne l'empêchent pas d'exercer une activité lucrative adaptée. C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité doit se faire à l'aune d'un marché du travail équilibré, si bien qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises (cf. ci-avant : cons. 4c). Certes, ses limitations fonctionnelles sont susceptibles de lui restreindre l'accès à un certain nombre d'emplois disponibles sur le marché du travail. Toutefois, contrairement à ce qu'il semble faire valoir, il existe des emplois en nombre suffisant compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à son état de santé. Notamment, on ne voit pas en quoi un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger ■ par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ■ serait incompatible avec ses limitations fonctionnelles (même si une activité sédentaire à semi-sédentaire est recommandée par le médecin traitant orthopédiste). Au surplus, en l'occurrence, on ne se trouve pas dans un cas où il conviendrait de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail, dans le cadre duquel, notamment, l'activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait d'un employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblerait exclu de trouver un emploi correspondant, le caractère irréaliste des possibilités de travail devant ici découler de l'atteinte à la santé ■ puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) ■ et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du TF du 30.10.2017 [8C_175/2017] cons. 4.2).

Compte tenu des éléments figurant dans les rapports du SMR, qui sont cohérents et ne montrent pas de contradictions, et vu que les appréciations des médecins traitants ne se fondent pas sur des éléments objectivement vérifiables, tels que l'imagerie médicale, mais sur les déclarations subjectives de l'assuré sur ses douleurs, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 6 février 2023. Ces avis démontrent de manière convaincante que malgré les diagnostics supplémentaires, il n'y a pas de péjoration notable et durable de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision de 2021. En effet, de manière identique à 2021, l'intéressé dispose d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. C'est dès lors à bon droit que l'intimé a considéré que son état de santé ne s'était pas aggravé.

Pour le surplus, la comparaison des revenus effectuée par l'OAI pour aboutir à un taux d'invalidité de 11 % n'est, à juste titre, pas critiquée par le recourant. En effet, pour établir le revenu d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2022 (ligne Total, Homme, niveau de compétence 1). Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des activités simples et répétitives et des travaux légers (arrêt du TF du 25.05.2023 [9C_325/2022] cons. 6.3). Elle recouvre un large éventail d'activités variées et

non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du TF du 17.10.2018 [9C_458/2018] cons. 4.1). Dans le cas particulier, l'application du tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2022 (ligne totale, Homme, niveau de compétence 1) tient adéquatement compte de la situation de l'assuré. En tout état de cause, le fait que le SMR ne mentionne pas expressément les limitations fonctionnelles de l'assuré en lien avec son poignet est sans importance à mesure que l'application de cette valeur statistique permet de tenir compte de ses limitations fonctionnelles aussi bien avec son poignet gauche qu'avec son genou droit.

Partant, l'assuré ne peut, au vu des considérations qui précèdent, prétendre à une rente de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a rejeté sa demande.

d) Finalement, il sied encore d'examiner s'il appartenait à l'OAI d'octroyer des mesures d'ordre professionnel, ce que requiert le recourant.

En principe, le seul fait qu'un assuré soit empêché de trouver un emploi adapté à son handicap ou ses limitations fonctionnelles ne suffit pas pour reconnaître le droit à des mesures de réadaptation. La réadaptation par soi-même est en effet un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (arrêt du TF du 05.01.2021 [9C_244/2020] cons. 4.3.2 et les références). Selon la jurisprudence, il existe toutefois des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (arrêts du TF des 30.01.2024 [9C_291/2023] cons. 7.2 ; 08.04.2025 [8C_497/2024] cons. 6.3).

En l'occurrence, le recourant ayant uniquement perçu de manière temporaire une rente entière d'invalidité du 1er mai 2018 au 30 juin 2019, aucune des situations visées par la jurisprudence susmentionnée ne sont données, de sorte que l'intimé n'avait pas à en faire application. La jurisprudence dont le recourant se prévaut ne lui est d'aucun secours. Contrairement à ce qu'il semble penser, la jurisprudence précitée ne s'applique pas à tout assuré âgé de 55 ans et plus lorsqu'il est statué sur son droit à une rente, mais uniquement en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans. Il y a également lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente ce qui n'est aucunement le cas en l'espèce. La critique du recourant est donc dénuée de pertinence.

7. Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'est pas utile de procéder à d'autres mesures d'instruction. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. f bis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI), qui n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Met les frais de la procédure par 660 francs à charge du recourant, montant compensé par son avance.

Neuchâtel, le 18 septembre 2025

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.