

VD_GERICHTE ZD23.017782 vom 12. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.017782

FR: VD_GERICHTE ZD23.017782 du 12 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.017782 del 12 maggio 2025

Erwägungen

E. 3

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.

- 11 - b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et

les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre

- 12 - d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 4

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

- 13 - 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).

E. 5

a) En l'espèce, il convient de se pencher en premier lieu sur la question du statut de la recourante. Cette dernière a en effet indiqué, dans le formulaire de détermination du statut complété le 16 février 2016 (recte : 2017), que sans atteinte, son taux d'activité aurait été de 80 %, avant de soutenir, dans ses observations du 22 juin 2021, qu'elle aurait en réalité travaillé à temps plein si elle était en bonne santé. Sur la base de ces nouvelles déclarations, l'intimé a mis en place, en juillet 2022, une évaluation économique sur le ménage, laquelle a conclu que l'assurée revêtait un statut d'active à 100 %. b) Il ressort des pièces au dossier, en particulier de l'évaluation précitée et du curriculum vitae de la recourante, que cette dernière est mariée et vit avec son époux dans un appartement dont ils sont propriétaires. Elle est mère de trois enfants adultes nés respectivement en [...], [...] et [...]. Entre 1990 et 1999, elle a assumé un rôle de femme au foyer, afin de s'occuper de ces derniers. Avant cela, elle a travaillé durant huit ans au sein de l'entreprise [...] à 100 % pour des raisons financières. Elle a repris, en 2000, une activité à 50 % auprès de la fiduciaire [...], avant de

progressivement augmenter son taux d'occupation pour atteindre 100 %. Durant les périodes où elle travaillait – à temps plein – pour le compte des sociétés [...] et [...], elle s'occupait, en parallèle, de l'administration de l'entreprise de son époux. En 2011, la recourante a été victime d'un burnout, qui a entraîné chez elle une hypersensibilité au stress et une perte de confiance en elle. Cet événement a justifié une baisse de son taux d'activité. Néanmoins, lorsqu'elle était employée, à 70 %, par la société [...], elle réalisait beaucoup d'heures supplémentaires, ce qui, certains mois, revenait dans les faits à assumer une charge de travail à 100 %. Au niveau de la situation financière, l'assurée et son époux arrivent difficilement à faire face à leurs charges, d'autant plus que ce dernier est atteint d'un cancer l'empêchant d'exercer son activité indépendante.

- 14 - c) Ainsi, au vu des déclarations de la recourante à l'enquêtrice, des taux d'activité réalisés durant sa carrière professionnelle, de sa motivation à continuer à travailler malgré le bas âge de ses enfants à une certaine période de sa vie, de la situation financière de son couple, de la maladie de son époux et de son historique médical, il apparaît qu'elle aurait exercé, en bonne santé, une activité professionnelle à plein temps. Il sied donc de confirmer un statut d'active à 100 %.

E. 6

a) La recourante conteste, dans un premier grief, la valeur probante du rapport d'expertise du 11 novembre 2019 du centre d'expertises F._____, sur lequel l'intimé s'est fondé pour évaluer sa capacité de travail. Il ressort de ce document que l'assurée souffre principalement de paralysie faciale périphérique, vraisemblablement à frigore (depuis le 20 août 2016), avec séquelles sous forme de spasmes, de syndrome déficitaire hémicorps gauche (face membres supérieurs et inférieurs) et déficit sensitivomoteur, de douleur sans support anatomique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.2), et de phobies sociales (CIM-10 F40.1). Elle a présenté – pour des motifs psychiatriques et neurologiques – une capacité de travail nulle du 20 août 2016 au 31 juillet 2018, puis de 48 % (soit 80 % avec une baisse de rendement de 40 % en raison des troubles cognitifs et de la perte de confiance en soi due à la paralysie faciale) dès le 1er août 2018, cela tant dans son activité habituelle de secrétaire comptable que dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte d'une fatigabilité avec diminution de l'attention après trois ou quatre heures de travail, d'une gêne vis-à-vis des autres personnes et de difficultés d'élocution (conduisant à une limitation des échanges verbaux). b) Cela étant, rien ne permet de remettre en cause les conclusions des experts du centre d'expertises F._____.

- 15 - aa) Sur le plan psychiatrique, la Dre L._____, a apprécié les points litigieux de manière circonstanciée. A ce titre, elle a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (CIM-10 F45.41), dans la mesure où les critères diagnostics de ce trouble selon la CIM-10 restaient insuffisants, notamment en ce qui concernait la persistance continue des douleurs au niveau de la nuque et du dos. Elle en a fait de même pour le diagnostic de modification durable de la personnalité post-traumatique (CIM-10 F62.8), en l'absence de l'exposition à un traumatisme répétitif pouvant mettre la vie en danger. Elle a en outre effectué des examens psychiatriques complets et tenu compte, dans le cadre de son analyse, des plaintes de la recourante en lien notamment avec ses troubles cognitifs, sa thymie abaissée, son anxiété et ses douleurs faciales, dorsales et nucales. Elle a établi le volet psychiatrique de l'expertise en pleine connaissance des pièces versées au dossier, singulièrement des rapports des 2 mars 2017 et 17 octobre 2018 du Dr K._____ et de la

psychologue Q._____. Enfin, elle a décrit et apprécié la situation médicale de manière claire et a bien motivé ses conclusions. Sur ce dernier point, les difficultés cognitives de la recourante (fatigue et diminution d'attention) ont bel et bien été prises en compte par la Dre L._____ dans l'évaluation de la capacité de travail. Le simple fait que l'experte ait constaté des troubles attentionnels significatifs exacerbés par la fatigue durant l'examen ne permet pas automatiquement d'induire que l'assurée ne serait pas capable de travailler plus d'une heure et demie par jour, soit la durée correspondant à celle dudit examen. Elle a au contraire estimé que ces troubles avaient un impact limitant qu'à partir d'une période de trois ou quatre heures de travail, ce qui correspond à la diminution de rendement de 40 % retenue sur la capacité de travail de 80 %. Au demeurant, la Dre L._____ a – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. supra consid. 3d) – posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de phobies sociales selon les règles de l'art. Elle a écarté de façon convaincante le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme

- 16 - persistant associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (CIM-10 F45.41), étant à cet égard rappelé qu'il revient au psychiatre seul (et non aux autres spécialistes) de se prononcer sur les effets d'un trouble somatoforme douloureux (catégorie générale à laquelle appartient le diagnostic susmentionné) sur la capacité de travail d'une personne (cf. TF 9C_440/2021 du 25 mars 2022 consid. 4.2.2). Elle a au surplus procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, elle s'est prononcée sur le degré de gravité de l'épisode dépressif (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), en qualifiant ce dernier de moyen, du fait des fluctuations journalières et d'une sensible amélioration après un changement dans le traitement médicamenteux. S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), elle a indiqué que la prise en charge thérapeutique sur le plan psychiatrique était adaptée, tout en recommandant éventuellement une modification du traitement antidépresseur vers une molécule de type duel (venlafaxine ou duloxétine), laquelle pouvait exercer une influence bénéfique sur le seuil de la perception de la douleur. Elle a en outre fait part de l'échec de la mesure de réinsertion fin 2017. Elle a témoigné d'une personnalité altérée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2), avec une estime de soi diminuée, sans toutefois signaler de trouble de la personnalité. Quant au contexte social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), elle a exposé que la parésie faciale, vécue comme défigurante par l'assurée, avait entraîné un comportement d'évitement et, partant, un retrait social. Elle a cependant observé l'existence de ressources mobilisables, la recourante pouvant compter sur le soutien de son époux et de sa fille principalement. Enfin, elle n'a relevé aucune incohérence majeure dans le comportement de l'assurée. Le rapport du 29 décembre 2020 du Dr C._____ et de la psychologue Q._____ n'est pour le reste pas susceptible de jeter le doute sur l'appréciation de la Dre L._____. En effet, quand bien même ces derniers ont mis en évidence une péjoration clinique en septembre 2020, soit lors de l'exécution de la seconde mesure de réinsertion, ils ont en définitive fait état d'une situation restée inchangée du point de vue psychiatrique. Ils ont de plus décrit une symptomatologie similaire à celle

- 17 - dépeinte par l'experte, à savoir une instabilité émotionnelle importante, des troubles attentionnels et une hypervigilance somato-sensorielle persistante. Leur rapport du 26 juillet 2021 ne saurait pas non plus remettre en cause les conclusions de l'experte psychiatre, dès lors qu'il n'y est relevé aucun élément nouveau, excepté une légère amélioration de la

gestion des émotions. bb) Sur le plan somatique, les Drs W._____, X._____ et N._____ ont – à l’instar de la Dre L._____ – procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux. A cet égard, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été considéré, par l’expert rhumatologue, comme peu probable ou, tout du moins, présent uniquement dans une forme quiescente, au regard d’un examen clinique « parfaitement normal » et de l’absence de déformation évoquant une arthrose (même débutante). S’agissant des douleurs aux poignets, aux mains, aux pieds et aux chevilles rapportées par la recourante, l’examen rhumatologique n’a observé aucune augmentation de volume des articulations. L’expert neurologue n’a pas non plus objectivé les problèmes d’affaiblissement de l’hémicorps gauche dont l’assurée lui a fait part (et qui, selon elle, entraînaient des limitations au niveau du port de charges de plus de 1 kg avec le membre supérieur gauche et une fatigabilité lors de la marche, avec une autonomie d’une quinzaine de minutes). Qui plus est, les volets rhumatologique, neurologique et de médecine interne de l’expertise reposent sur des examens physiques complets, y compris – bien entendu – des membres et des articulations douloureuses, et les multiples plaintes exprimées par la recourante quant à ses douleurs ont été prises en considération. Les experts ont de surcroît établi leur rapport en pleine connaissance du dossier, dont les divers avis des Drs B._____, J._____, I._____ et A._____, ainsi que d’un rapport d’électroencéphalogramme du 20 août 2016. Certes, ces spécialistes ne disposaient pas de l’entièreté de l’imagerie réalisée avant l’expertise. Les rapports d’IRM du 22 septembre 2017 et des 7 janvier et 29 mars 2019 – que la recourante a joint à ses observations du 10 septembre 2021, à savoir après la mise en œuvre de l’expertise – se sont toutefois révélés dans la norme, si bien qu’elles n’auraient pas été en mesure de modifier la position des experts.

- 18 - Le rapport du 29 mars 2019 précité a même écarté le diagnostic – litigieux – de polyarthrite rhumatoïde. Enfin, les experts ont décrit et apprécié la situation médicale de façon claire et bien motivé leurs conclusions relatives à la capacité de travail de l’assurée et à son évolution, précisant sur ce point que la paralysie faciale avait entraîné une incapacité de travail totale dès le 20 août 2016, laquelle s’était étendue jusqu’à la fin de la convalescence imposée à la suite des complications biliaires, soit jusqu’en août 2018. Les nombreux avis des médecins traitants ayant été versés au dossier par la recourante après l’expertise ne sauraient au demeurant contredire les appréciations des Drs W._____, X._____ et N._____. Ainsi, dans ses rapports des 27 septembre 2019 et 18 août 2021, la Dre H._____ n’a apporté aucun nouvel élément, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde ayant d’ailleurs été discuté par les experts. Les limitations fonctionnelles décrites par la rhumatologue traitante dans son rapport du 6 septembre 2021 n’ont en outre pas été motivées et reposent vraisemblablement sur les plaintes douloureuses manifestées par la recourante au niveau des poignets, des mains, des cervicales et du bassin, soit des plaintes déjà observées par ces experts. Le Centre Mémoire du Z._____ a, pour sa part, fait état, dans son rapport du 5 mars 2020, d’un diagnostic descriptif de plainte cognitive d’origine multifactorielle en lien avec les symptômes anxieux et dépressifs et des douleurs chroniques, soit une atteinte connue des experts, tout en spécifiant que le profil neuropsychologique de l’assurée s’était amélioré depuis trois ans et demi et que l’imagerie cérébrale était sans particularité. Dans son rapport du 31 mars 2020, le Dr I._____ a, lui, posé des diagnostics similaires à ceux soulignés par les experts du centre d’expertises F._____, sans signaler d’aggravation de l’état de santé de sa patiente. Les Drs A._____, G._____ et M._____ n’ont, quant à eux, pas non plus relevé d’élément nouveau dans leurs rapports respectifs des 21 juillet et 16 décembre 2021 et se sont

contentés de substituer leur propre appréciation à celle des experts.

- 19 - c) Partant, sur le vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du centre d'expertises F._____ et de retenir une incapacité de travail de 100 % entre le 20 août 2016 et le 31 juillet 2018, puis de 52 % à compter du 1er août 2018, cela tant dans l'activité habituelle de secrétaire comptable que dans une activité adaptée. A cet égard, rien ne permet d'affirmer que les limitations fonctionnelles arrêtées par les experts, à savoir une fatigabilité avec diminution d'attention, une gêne vis-à-vis des autres personnes et des difficultés d'élocution, seraient incompatibles avec l'exercice de cette première activité, laquelle ne requiert en général pas d'interactions fréquentes avec des tiers. A noter encore que, malgré le pronostic de la Dre L._____, la recourante n'a pas été en mesure de reprendre une activité à plein temps à l'issue du délai de six mois suivant l'expertise, comme l'atteste d'ailleurs l'échec de la seconde mesure de réinsertion fin 2020. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte d'une amélioration de la capacité de travail au terme de cette période. On ne saurait pour le surplus suivre l'assurée lorsqu'elle prétend que sa capacité de travail résiduelle aurait dû être calculée sur la base d'un horaire journalier de 8 heures et 34 minutes, si bien qu'elle s'élèverait en réalité à 71 % (hors diminution de rendement). En effet, pour évaluer l'invalidité, seul est déterminant le taux d'incapacité de travail tel que certifié par les experts – en l'occurrence 80 % avant la baisse de rendement –, et non le nombre d'heures de travail effectivement réalisé.

E. 7

a) Dans un second grief, la recourante soutient que les médecins appelés à examiner son cas, experts compris, se seraient accordés sur le fait que sa capacité de travail résiduelle ne pourrait être exploitée que « dans un environnement sans pression de rendement, bienveillant et encourageant », soit, en d'autres termes, dans le cadre du marché protégé de l'emploi uniquement. b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre

- 20 - l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 148 V 174 consid. 9.1 ; 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). 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 » (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références). c) Cela étant, à la lecture du rapport du centre d'expertises F._____, il apparaît que seule la reprise progressive par la recourante d'une activité – laquelle inclut celle de secrétaire comptable – dans un milieu sécurisant et valorisant a été préconisée par les experts, cela en raison de la fragilité émotionnelle, de la symptomatologie anxio-dépressive, de la phobie sociale et des comportements d'évitement dus à la paralysie faciale. Aucune réserve n'a été exprimée au sujet de la capacité de l'assurée à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. En particulier, il n'a

jamais été question d'un travail exigible uniquement dans un milieu protégé.

L'impossibilité pour la recourante d'occuper un emploi sur le marché libre du travail ne saurait par conséquent découler de la simple diminution de sa capacité de travail et de son rendement, si bien que ce second grief doit être rejeté.

E. 8

a) Il convient enfin d'évaluer le degré d'invalidité de la recourante, afin de déterminer si elle peut prétendre à l'allocation d'une rente. Ainsi, dans la mesure où elle conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle de secrétaire comptable, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF

- 21 - 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4), à savoir 100 % du 20 août 2016 au 31 juillet 2018 et 52 % dès le 1er août 2018. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2017 (soit à l'échéance du délai d'attente d'une année [cf. supra consid. 3b]), puis à une demi-rente à partir du 1er novembre 2018 (à savoir trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain [cf. supra consid. 3c]). b) S'agissant de l'abattement salarial réclamé par l'assurée dans le but de tenir compte de son âge, il sied de rappeler que lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) – tel que c'est en l'occurrence le cas – les circonstances étrangères à l'invalidité doivent être prises en considération de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. Dans ces conditions, retenir une déduction du fait que la recourante était presque âgée de soixante ans au moment où la décision litigieuse a été rendue n'aurait aucun impact sur sa perte de gain et, partant, sur son degré d'invalidité final. Il s'ensuit que ce grief doit, lui aussi, être écarté.

E. 9

La recourante fait encore valoir, dans son écriture du 27 janvier 2025, rapports médicaux à l'appui, une péjoration de son état de santé survenue en novembre 2024 à la suite d'une fracture de la fibula distale droite et de la découverte d'un syndrome de Guillain-Barré/Miller-Fischer. Ces nouveaux éléments ne sauraient toutefois être pris en considération dans le cadre du présent litige, étant donné que la légalité de la décision litigieuse doit être appréciée à l'aune de l'état de fait existant au moment où cette dernière a été rendue, à savoir au 15 mars 2023 (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Il en est de même du rapport d'IRM du 21 septembre 2023 joint à l'écriture du 10 octobre 2023.

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 15 mars 2023 par l'intimé confirmée.

- 22 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).