

VD_GERICHTE ZD24.016009 vom 18. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.016009

FR: VD_GERICHTE ZD24.016009 du 18 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.016009 del 18 marzo 2025

Erwägungen

E. 3

Le litige porte sur l'étendue du droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant à la suite de sa nouvelle demande du

- 19 - 23 août 2022, singulièrement sur le droit de l'intéressé à une rente au-delà du 31 août 2023.

E. 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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée

- 20 - de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement

important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition prévoit que 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. L'art. 88a al. 1 RAI précise par ailleurs qu'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. Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

- 21 -

E. 5

a) 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).

b) Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en compte 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. 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). c) 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 22 - références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de

- 23 - l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels 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 d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis 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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant 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 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

- 24 - de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 23 août 2022, admettant que l'état de santé du recourant s'était détérioré depuis la précédente décision de refus de rente du 20 avril 2015. Il a retenu une incapacité de travail totale dès le

E. 9

août 2021, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2023. Puis, sur la base de l'examen réalisé le 25 mai 2023 par le médecin d'arrondissement de la CNA, l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date, de sorte que la rente a été supprimée dès le 1er septembre 2023. b) Aucune raison objective ne justifie de remettre en question l'incapacité de travail totale reconnue dès le 9 août 2021 et, corollairement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2023. L'accident subi par le recourant a en effet entraîné un traumatisme de la main droite avec arrachement du ligament collatéral ulnaire métacarpo-phalangien II, une entorse métacarpo-phalangienne II, une entorse du pouce de degré moyen et une neurapraxie du nerf radial, branche dorsale. À cela s'est ajouté un SDRRC affectant le membre supérieur droit. Ces atteintes ont nécessité une hospitalisation auprès de la Z._____ en fin d'année 2021, laquelle n'a pas eu les effets escomptés, notamment sur les fortes douleurs ressenties par le recourant. L'avis d'un neurologue et du Centre d'antalgie du M1._____ a été sollicité. Les différents médecins intervenus dans le suivi du recourant, de même que le médecin d'arrondissement de la CNA, ont tous évoqué une incapacité totale de travail dans quelque activité que ce soit dès la date de l'accident survenu le 9 août 2021.

- 25 - Cet aspect de la décision entreprise n'étant du reste pas contesté par le recourant, aucun motif pertinent ne justifie de s'en écarter. L'incapacité totale de travail reconnue dès le 9 août 2021 et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2023 (cf. art. 28 al. 1 let. c et 29 al. 1 LAI) peuvent donc être confirmés. c) Le recourant nie, en revanche, avoir retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 25 mai 2023, laquelle a conduit l'intimé à supprimer son droit à la rente dès le 1er septembre 2023 (art. 88a al. 1 RAI). Pour admettre que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail, l'OAI s'est basé sur le rapport d'examen du Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 25 mai 2023. Celui-ci a estimé que la situation médicale était stabilisée. La capacité de travail dans l'activité habituelle de technicien en électroménager demeurerait nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement nécessitant la préhension en force des amplitudes importantes du poignet et de la main droite et pas de mouvement fin et régulier de la main droite. Or, l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA est lacunaire, exempte de motivation, comporte des incohérences et est pour le surplus contredite par d'autres rapports médicaux au dossier. Il sied tout d'abord de relever que le 25 mai 2023, le recourant était inexaminable. Le Dr B._____ a pu mesurer certaines amplitudes

articulaires de l'épaule, du coude, du poignet et de la main droits, mais ces mesures ont dû être interrompues en raison des fortes douleurs ressenties par le recourant. La palpation et la mobilisation restaient également très douloureuses sur tout le membre supérieur droit, empêchant toute autre évaluation clinique. L'avis de ce médecin est donc basé sur un examen clinique incomplet.

- 26 - Le Dr B. _____ n'a en outre pas détaillé les éléments médicaux sur lesquels étaient fondées ses conclusions. Il s'est en particulier limité à admettre que la situation médicale était stabilisée au seul motif qu'en présence d'un SDRC, la stabilisation est habituellement acquise dans un délai compris entre douze et dix-huit mois. Or, au lieu de se référer à des considérations d'ordre général, il lui incombait d'exposer pour quel(s) motif(s) tel était à son sens le cas dans le cas concret du recourant. Le médecin d'arrondissement n'a pas non plus listé les améliorations de l'état de santé observées chez l'examiné par rapport à la situation ayant prévalu jusqu'alors. Il a affirmé que la stabilisation était atteinte puis a posé des limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée, sans exposer son raisonnement. On ignore ainsi quels changements dans l'état de santé du recourant ont conduit le Dr B. _____ à considérer que celui-ci avait recouvré une capacité de travail. Tout au plus a-t-il évoqué l'absence d'amyotrophie du bras droit, qui indiquerait selon lui une utilisation préservée de ce membre et qui serait en contradiction avec le tableau clinique présenté par l'assuré. Or cette seule constatation est insuffisante pour conclure à une amélioration de l'état de santé, a fortiori au vu des avis médicaux divergents versés au dossier (cf. consid. 6.c. ee ci-dessous), le recourant n'ayant au demeurant pas été questionné à ce sujet. Les limitations fonctionnelles et l'absence de baisse de rendement retenues dans une activité adaptée ne sont pas motivées non plus. Or, au vu des fortes douleurs affectant le membre dominant, on était en droit d'attendre du médecin d'arrondissement, et après lui de l'OAI, qu'il étaye sa position, respectivement instruisse cette question. À cela s'ajoute que selon l'appréciation du Dr B. _____, les douleurs affectant le recourant ont fait obstacle à la réalisation d'un examen complet de l'entier du membre supérieur droit, c'est-à-dire coude

- 27 - et épaule compris. Cependant, les limitations fonctionnelles retenues ne concernent que le poignet et la main, à l'exclusion des parties supérieures du bras droit. On peine en outre à comprendre comment le Dr B. _____ peut tout à la fois observer un status clinique inchangé, voire légèrement aggravé par rapport à son examen d'août 2022, tout en admettant contradictoirement que depuis cette période la situation a évolué positivement et permis au recourant de retrouver sa capacité de travail. Les conclusions du Dr B. _____ sont au demeurant contredites par d'autres éléments du dossier. Le Dr T. _____, certes médecin traitant et en tant que tel susceptible de prendre le parti de son patient, a retenu en janvier 2023 une incapacité totale de travail aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 janvier 2023). En juin et octobre 2023, le Dr T. _____ a confirmé que les douleurs avaient augmenté, provoquant une dissomnie marquée et qu'il était illusoire de compter sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a émis un pronostic hautement défavorable, confirmé par la constatation, en mars 2024, que le membre supérieur droit restait non fonctionnel (cf. rapports de ce médecin des 28 juin et 16 octobre 2023 ainsi que 25 mars 2024). Il résulte par ailleurs de l'examen neurologique du Dr K. _____ du 2 février 2023 que les dysesthésies douloureuses diffuses et massives s'étaient aggravées depuis la demande de bilan de la Dre G. _____ du 26 juillet 2022. En mars 2023, la Dre G. _____ retenait une incapacité

de travail totale dans toute activité. Son pronostic était défavorable concernant la reprise d'une activité au taux de 100%. Elle a évoqué une éventuelle reprise d'activité à 50%, à terme, dans une activité adaptée. En outre, en août 2024, le Prof. M. _____ a affirmé que le recourant présentait une incapacité totale à utiliser sa main et son bras droits, dans quelque activité que ce soit. Il a en outre émis un pronostic de récupération fonctionnelle défavorable (cf. rapport de ce médecin du 26 août 2024). On précisera ici à toutes fins utiles que les rapports médicaux et les avis du SMR versés au dossier postérieurement à la décision

- 28 - litigieuse doivent être pris en compte, dans la mesure où ils ont trait à la situation médicale du recourant antérieure à la date de la décision litigieuse. Les avis divergents de la Dre G. _____ et des Drs T. _____, K. _____ et M. _____ concernant l'évolution de l'état de santé de l'intéressé et sa capacité de travail sont ainsi des éléments supplémentaires remettant sérieusement en cause les conclusions du Dr B. _____. On constatera au demeurant, avec le recourant, que la CNA, qui procède certes à sa propre évaluation de l'invalidité, a toutefois continué à verser des indemnités journalières en faveur de son assuré au-delà du 25 mai 2023, malgré les conclusions de son médecin d'arrondissement. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'appréciation et les conclusions du Dr B. _____, basées sur un examen clinique superficiel, exemptes de motivation, comportant des incohérences et contredites par d'autres éléments médicaux du dossier, ne convainquent pas, étant rappelé qu'en l'absence de mise en œuvre d'une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères (cf. consid. 5.e ci-dessus). Les éléments exposés par la Dre V. _____ du SMR pour expliquer son ralliement aux conclusions du Dr B. _____ ne convainquent pas non plus. Par avis du 21 décembre 2023, cette médecin a estimé, à tort, que le rapport de son confrère reposait sur un examen clinique approfondi. Elle a par ailleurs suivi les conclusions du médecin d'assurance, sans toutefois étayer son avis. Dans ces conditions, on ne saurait *prima facie* admettre, comme l'a retenu l'intimé, que la santé du recourant se serait améliorée

- 29 - et qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 25 mai 2023. d) À cela s'ajoute que le recourant semble même avoir subi une nouvelle atteinte à sa santé physique entre l'examen du médecin d'assurance du mois de mai 2023 et la décision litigieuse datée du 7 mars 2024. Une IRM réalisée le 7 décembre 2023 établit en effet qu'il souffre d'une discopathie L5-S1 avec hernie discale et rupture de l'anneau fibreux. Une seconde imagerie du 25 janvier 2024 a en outre mis en évidence une discopathie L3-L4 et L4-L5. Ce diagnostic a été confirmé à l'issue du séjour hospitalier effectué par le recourant au début de l'année 2024 en raison de ses douleurs lombaires (cf. avis de sortie de la Dre D. _____ du 25 janvier 2024). Au printemps 2024, tant le Dr T. _____ que la Dre E. _____ ont également ajouté le diagnostic de lombosciatalgies à celui de SRDC (cf. rapports de la Dre E. _____ du 18 mars 2024 et du Dr T. _____ du 25 mars 2024). Ainsi, comme le reconnaissent d'ailleurs le SMR et l'OAI (cf. avis du 17 juin 2024 et réponse du 27 juin 2024), le Dr B. _____ n'a pas pu évaluer l'atteinte lombaire, apparue postérieurement à son examen du 25 mai 2023 et il n'est pas possible d'exclure la survenance de nouveaux éléments médicaux entre cette date et la décision litigieuse du 7 mars 2024. Il s'ensuit que cette question doit être instruite et prise en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et de gain du recourant au-delà du 25 mai 2023. e) Plusieurs éléments tendent enfin à établir que le recourant serait possiblement atteint dans sa santé psychique. À l'automne 2023, le Dr T. _____ a en effet signalé l'apparition

de traits dépressifs (cf. rapport du 16 octobre 2023). À l'issue de l'évaluation pluridisciplinaire réalisée au Centre d'antalgie du M1. _____ au cours du premier trimestre 2024, la Dre E. _____ a pour

- 30 - sa part souligné que le recourant souffrait d'isolement social, avec l'installation d'un cercle vicieux thymie abaissée-isolement, trois anti-dépresseurs ayant été testés, apparemment sans résultat. Ces éléments étaient confirmés par le score DASS qui avait mis en évidence une symptomatologie dépressive, anxieuse et un stress sévère. Or, aucune investigation n'a été menée sur le plan psychique. Cet aspect de la santé du recourant aurait pourtant dû être prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail au-delà du 25 mai 2023. f) Il résulte de ce qui précède que l'instruction doit être complétée sur le plan somatique et psychique. 7. a) 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). b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que le rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la CNA, portant sur les atteintes du recourant au membre supérieur droit et sur lequel s'est fondé l'intimé pour prendre sa décision, n'est pas probant. Les lombosciatalgies et l'aspect psychique n'ont pour leur part fait l'objet d'aucune investigation. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire,

- 31 - conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Après avoir sollicité de nouveaux rapports de la part des médecins du recourant, l'OAI mettra en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet orthopédique, un volet psychiatrique et un volet de médecine physique et réadaptation portant notamment sur le SDRC. Vu l'issue du recours, la requête d'expertise judiciaire du recourant est sans objet. 8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 7 mars 2024 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. 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 l'intimé, vu l'issue du litige. c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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