

VD_GERICHTE ZD24.039410 vom 29. Oktober 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.039410

FR: VD_GERICHTE ZD24.039410 du 29 octobre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.039410 del 29 ottobre 2025

Erwägungen

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. 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).

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

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

E. 5

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

- 16 - rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

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

conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 6

a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période du 1er avril 2020 au 31 mai 2021 (soit trois mois après l'amélioration constatée). Il a toutefois considéré que, dès le 1er mars 2021, l'intéressé avait disposé d'une capacité de travail entière dans toute activité, si bien que, depuis cette date, il n'avait plus subi de préjudice économique. b) aa) À titre liminaire, il convient de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant s'est trouvé en incapacité de travail durable, à 100 %, pour des raisons somatiques, dès le 15 mars 2019. Au vu de la date du dépôt de la demande, soit en l'occurrence le 24 octobre 2019, le droit du recourant à une rente d'invalidité doit effectivement s'ouvrir le 1er avril 2020, à savoir six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 1er mars 2021 et qu'il avait recouvré dès cette date une pleine capacité de travail dans toute activité. Pour retenir cette amélioration de l'état de santé, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique établi le 28 mars 2024 par le SMR en matière de médecine physique et réadaptation ainsi qu'en matière psychiatrique, dont il sera question ci-après. Le recourant fait valoir que ce rapport d'examen clinique serait dénué de toute valeur probante et conteste avoir récupéré une pleine capacité de travail dès le 1er mars 2021. Il se prévaut en particulier du

- 18 - rapport d'expertise qui avait été réalisé par le Dr W. _____ en mars 2023 dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'assurance-accidents, rapport dont il ressort qu'en raison du CRPS qui lui avait été diagnostiqué des suites de l'accident de travail subi le 15 mars 2019, il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'employé dans la restauration affecté au nettoyage de la vaisselle. Le recourant relève que c'est d'ailleurs sur la base de cette expertise que son assureur-accidents a continué, après mars 2021, de s'acquitter des prestations prévues par la LAA. bb) Cela posé, on observera que le rapport d'examen réalisé le 28 mars 2024 par les Drs D. _____ et X. _____ du SMR se fonde sur toutes les pièces au dossier disponibles à cette date – soit notamment sur les rapports médicaux et l'expertise précitée établis dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations LAA –, qu'il dresse une anamnèse complète et qu'il précise le contexte psychosocial, les antécédents, les plaintes du recourant, ses habitudes ainsi que sa journée-type. Le rapport repose en outre sur les constatations cliniques effectuées par les deux médecins précités en date du 28 février 2024 et présente leurs conclusions motivées et convaincantes. D'un point de vue formel, ce rapport remplit donc toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante. On rappellera, pour le surplus, qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, l'OAI restant libre de décider les mesures d'instruction qu'il entend mettre en œuvre, notamment de solliciter le SMR pour un examen médical (cf. consid. 5c supra). cc) aaa) S'agissant du volet somatique, les médecins du SMR s'accordent quant au fait que la plaie palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3ème doigt de la main droite, compliquée d'un phlegmon, puis d'un CRPS, justifie une incapacité de travail à 100 % dans toute activité à compter du 15 mars 2019.

- 19 - Pour autant, le Dr D. _____ a considéré que le recourant ne présentait plus de limitations fonctionnelles à la date de l'examen clinique, si bien qu'il disposait d'une pleine capacité de travail. Le médecin a ainsi fait état de plusieurs incohérences dans le comportement du recourant. En particulier, l'important handicap que le recourant affirmait

présenter en phase d'examen contrastait avec le peu de répercussions dans sa vie quotidienne. Le recourant assumait ainsi une grande partie des tâches ménagères : il passait l'aspirateur et la serpillère, nettoyait la salle de bains, entretenait la cuisine, faisait les courses avec son épouse, l'aidant à porter les sacs de commissions, et se chargeait de la lessive. Le recourant effectuait par ailleurs de longues promenades avec son chien, deux fois par jour. Il voyageait souvent, notamment deux fois par an en [...], plusieurs fois par an à [...], ainsi que parfois à [...], où vivait son frère. Il apparaissait par ailleurs que, le 31 juillet 2022, le recourant s'était fracturé deux côtes en chutant à vélo alors qu'il descendait une pente à environ 50 km/h. De toute évidence, l'exercice de toutes ces activités n'était pas compatible avec le handicap dont il expliquait être atteint. Dans un tel contexte, les limitations fonctionnelles évoquées par la Dre H. _____, médecin traitante du recourant, n'apparaissaient pas non plus cohérentes. En effet, alors que dans son rapport du 28 juin 2021, cette médecin avait autorisé le patient à aller rendre visite à sa famille en [...], elle avait ensuite relevé quelques semaines plus tard, dans son rapport du 3 août 2021, que la station assise était limitée à 15 minutes, ce qui n'apparaît pas compatible avec un voyage en avion, de surcroît sur un trajet aussi long. L'examen clinique du recourant démontrait par ailleurs de clairs signes d'amplification de ses douleurs. Alors que la palpation, même superficielle, du membre supérieur droit était déclarée douloureuse, aucune manifestation algique n'était survenue lorsque le médecin avait serré la main droite du recourant pour le saluer. Lors de l'évaluation de la force, le recourant ne produisait quasiment aucune force, alors qu'il n'existait aucune trace d'amyotrophie. La mise de côté du membre supérieur droit n'était du reste pas permanente et l'écriture était aisée.

- 20 - Certes, divers médecins qui avaient suivi le recourant ensuite de son accident du 15 mars 2019 avaient fait état d'une évolution qui s'était compliquée par la survenance d'un CRPS. Néanmoins, selon le Dr D. _____, la scintigraphie osseuse, réalisée le 25 juin 2021, de même que l'IRM de la main droite du 1er décembre 2022, ne permettaient pas de confirmer ce diagnostic. À l'examen, les signes évocateurs d'un CRPS demeuraient par ailleurs modestes. Il n'existait ainsi pas d'enraidissement articulaire, mais uniquement des autolimitations dans le cadre de douleurs. Aux mains, la coloration, la pilosité et la sudation restaient symétriques. Quant à l'examen des membres inférieurs, il était sans particularité. Enfin, en tant que le recourant avait indiqué ressentir des douleurs au niveau cervical, dorsal et lombaire depuis environ 2014, sans changement depuis lors, le Dr D. _____ a observé que ces douleurs ne l'avaient pas empêché de travailler en tant qu'employé de restauration. De même, l'accident de vélo subi en juillet 2022 ne justifiait pas de retenir une incapacité de travail au-delà de trois mois, étant relevé que, lors de l'examen, le recourant n'avait pas présenté de douleurs au niveau des côtes. bbb) Au moment de déterminer à partir de quelle date le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail, le Dr D. _____ s'est référé au rapport de consultation établi par le Prof. Q. _____ en date du 1er mars 2021, lors duquel ce médecin avait exposé ne pas avoir retrouvé chez le recourant de trouble trophique ou vasomoteur objectif. Pour le Dr D. _____, ce rapport de consultation, couplé à la scintigraphie réalisée le 25 juin 2021, permettait de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que tout éventuel CRPS avait cessé d'être incapacitant à compter du 1er mars 2021. Une telle approche avait d'ailleurs été adoptée par le Dr B. _____, médecin-conseil de l'assureur- accidents, lequel, dans son rapport du 7 juillet 2021, avait lui aussi exclu la présence d'un CRPS incapacitant.

- 21 - ccc) Cela étant, le Dr D. _____ a pris en considération que le Dr W. _____ avait pour sa part exprimé un avis différent dans le cadre de son expertise réalisée en mars 2023, reconnaissant alors un caractère incapacitant au CRPS qu'il avait diagnostiqué. Néanmoins, selon le Dr D. _____, les symptômes moteurs et sensoriels, que le Dr W. _____ avait mis en évidence, n'étaient pas constants, ce qui excluait qu'ils puissent être rattachés à un CRPS toujours actif à la date de l'expertise. On observera du reste que le Dr W. _____ s'était abstenu, à l'inverse du Dr D. _____, d'opérer une appréciation concrète des limitations fonctionnelles engendrées par le CRPS, le Dr W. _____ n'ayant d'ailleurs pas même défini les limitations fonctionnelles en question. Ce médecin avait en outre laissé entendre dans son rapport que les symptômes présentés par le recourant pourraient comporter une dimension psychologique, recommandant en conséquence la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique. Or une telle évaluation n'avait pas été opérée à l'époque, contrairement au rapport d'examen clinique du SMR, lequel comporte un volet psychiatrique. dd) Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR ont fait état de la présence chez le recourant d'un trouble mixte anxieux et dépressif (F41.2), succédant à un trouble de l'adaptation (réaction anxieuse et dépressive), lui-même lié à son accident de travail survenu le 15 mars 2019. Ils ont également retenu l'existence d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Selon les médecins, ces diagnostics n'avaient cependant jamais été incapacitants. Le Dr X. _____ a constaté que le psychiatre traitant avait évoqué des troubles anxieux et dépressifs, sans précision, liés surtout à des difficultés d'ordre sexuel, et n'avait pas proposé de traitement antidépresseur ou d'anxiolytique. A l'anamnèse, le recourant disait dans un premier temps que la fatigue était permanente, avant d'indiquer que celle-ci n'était pas présente tous les jours. L'intensité et l'horaire de la fatigue étaient fluctuants ; celle-ci était présente principalement quand

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

2019, et le fait que ces symptômes étaient apparus après l'accident l'amenait à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation, à la fois anxieux et dépressif mixte. Il expliquait toutefois qu'en raison d'une durée des symptômes supérieure à six mois, le trouble de l'adaptation ne pouvait être maintenu et était donc transformé en trouble anxieux et dépressif mixte. Pour le psychiatre, ce diagnostic n'avait toutefois jamais été incapacitant du fait de la

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

- 24 - c) En conséquence, l'OAI pouvait se fonder sur le rapport d'examen du SMR du 28 mars 2024 et lui reconnaître une pleine valeur probante, s'agissant de la situation du recourant qui prévalait à la date de l'examen clinique, à savoir le 28 février 2024. Il pouvait à cet égard valablement retenir que le recourant était apte à travailler à 100 % dans toute activité à compter du 1er mars 2021, si bien que son droit à une rente entière d'invalidité devait prendre fin le 31 mai 2021 (art. 88a al. 2 RAI).

E. 7

a) Le recourant reproche par ailleurs à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des nouvelles atteintes à la santé survenues à la suite de l'agression dont il aurait été victime le 6 mars 2024. Il ressort à cet égard des rapports médicaux produits qu'il a subi, en conséquence de cette agression, une fracture du fémur gauche et qu'il est depuis lors atteint, sur le plan psychiatrique, d'un état de stress post-traumatique. b) Certes, il est constant que les nouvelles atteintes dont se prévaut le recourant sont survenues avant que l'OAI rende la décision attaquée, datée du 9 juillet 2024. Il n'en demeure pas moins qu'un éventuel droit à

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

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

E. 8

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

E. 9

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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