

# **JU\_GERICHTE ASS 2024 137 vom 22. Mai 2026**

JU Tribunal cantonal, 2026-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju\\_gerichte\\_ASS 2024 137](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju_gerichte_ASS_2024_137)

FR: JU\_GERICHTE ASS 2024 137 du 22 mai 2026

IT: JU\_GERICHTE ASS 2024 137 del 22 maggio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Le recourant n'a toutefois pas pu retrouver une marche normale au cours des mois suivants et présentait un déficit moteur proximal assez sévère l'obligeant à marcher avec une canne. Il a essentiellement bénéficié de séances de physiothérapie. L'évolution est décrite comme favorable, mais lente, par le Dr B.\_\_\_\_\_. Le déficit musculaire à la fois des abducteurs et des fléchisseurs de la hanche a été important jusqu'au mois de septembre 2022, puis le recourant a progressé et récupéré de la force, ce qui lui a permis de marcher sans canne avec une légère bascule du corps du côté gauche pour compenser la persistance d'un léger déficit du moyen fessier (rapports des 24 août 2022, 14 septembre 2022, 31 octobre 2022 et 14 décembre 2022 ; p. 115, 116, 120, 147 ss, 209 s.). B.2 Les investigations menées sur le plan lombaire ont pu exclure une atteinte neurologique d'origine lombo-vertébrale à mesure que l'IRM du 3 août 2022 n'a pas montré d'élément compressif du côté gauche, notamment au niveau du rachis lombaire supérieur, susceptible d'expliquer le déficit de force au niveau des fléchisseurs de hanche (rapport des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du service de chirurgie spinale, du 25 octobre 2022 p. 211 s.). Les investigations réalisées sur le plan neurologique et en particulier les électromyogrammes (EMG) réalisés en juin et juillet 2022 ont montré une diminution nette de l'amplitude du nerf fémoral (crural) gauche pour lequel le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu une très probable atteinte du nerf crural (ou fémoral) gauche (nerf principal de la motricité de la jambe gauche) lors de l'opération de prothèse, laquelle n'a toutefois jamais pu être clairement expliquée (IRM du plexus et du nerf fémoral normale, IRM lombaire montrant une hernie discale proximale mais absence de résultat de l'infiltration) (rapports du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, des 13 juin 2022,

### **E. 7**

2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En tenant compte du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce est celui en vigueur dès le 1er janvier 2022 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue après cette date et que l'éventuel droit du recourant à des prestations est également postérieur à cette date. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance invalidité et plus singulièrement sur la valeur probante de l'expertise de la Dre G.\_\_\_\_\_. 4. Dans ce cadre, pour contester ce rapport, le recourant a notamment produit une copie du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2025. Ce rapport, postérieur à la décision attaquée et qui repose sur des examens effectués en septembre 2025, ne peut être pris en compte selon l'intimé, ce qu'a contesté le recourant lors de l'audience du 12 mai 2026. 4.1 Selon une jurisprudence constante, le juge des

assurances sociales apprécie 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 en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement 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 118 V 200 consid. 3a in fine ; TF 9C\_355/2025 du 1er avril 2026 consid. 2.3).

4.2 Contrairement à ce que retient l'intimé, le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune modification, aggravation de la situation du recourant. Au contraire, celui-ci fait état de symptômes inchangés depuis les deux dernières années. La Cour observe que les premiers examens effectués en 2022 mettaient déjà en évidence une probable atteinte d'ordre neurologique (cf. consid. B.2 supra), ce qu'a confirmé la Dre I.\_\_\_\_\_ en avril 2024 (consid. C.5 supra ; p. 389 ss). Or, les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ sont en tous points similaires à celles de la Dre I.\_\_\_\_\_ retranscrites dans son rapport du 10 avril 2024. Si tous deux n'ont, a priori, pas évalué l'activité électrique de tous les mêmes muscles, ils parviennent aux mêmes conclusions, soit une dénervation légère à modérée des muscles iliopsoas gauche et vaste latéral gauche, ainsi qu'une rupture du tendon petit fessier gauche. Tous deux arrivent également à la conclusion, sur cette base, qu'une lésion du plexus est probable, selon la Dre I.\_\_\_\_\_, très probable, selon le Dr J.\_\_\_\_\_, ce dernier précisant qu'une lésion mécanique périopératoire est possible.

### **E. 7.1**

D'un point de vue formel, la Cour constate que l'experte a procédé à un résumé de l'ensemble des rapports médicaux en sa possession (p. 404 ss), a rapporté les plaintes du recourant ainsi que les éléments subjectifs décrits par celui-ci (p. 414 ss), a décrit l'anamnèse du recourant (p. 412 ss). De plus, l'experte a également fait état de ses constatations sur la base de son examen clinique (p. 417 ss) pour, finalement, poser les diagnostics de status post PTH G et de parésie des fléchisseurs de hanche (CIM10 G831) (p. 416). L'expertise satisfait ainsi aux réquisits formels d'une expertise. On doit également admettre que l'experte, spécialisée en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur FMH, dispose des compétences professionnelles requises pour effectuer une expertise dans sa discipline, l'orthopédie. Dans cette mesure, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence. Sur cette base, l'experte a considéré que la capacité de travail du recourant était de 100 %, avec une diminution de rendement de 10 %, compte tenu d'un manque de force engendrant une lenteur dans l'exécution de son travail (p. 418). Son travail actuel est adapté pour autant que le recourant fasse des pauses (par ex. 10 minutes toutes les deux heures) pour récupérer et ne reste pas dans une position prolongée debout (p. 440 s.), de façon statique (cf. complément du 15 déc. 2025). Il doit pouvoir s'asseoir et s'arrêter quelques minutes avant de reprendre l'activité debout (p. 441).

D'un point de vue matériel, l'experte a en particulier précisé que les plaintes et pertes de fonctionnalités dont se plaint le recourant étaient cohérentes et plausibles (p. 416), en particulier dans la mesure où il s'est plaint d'un manque de force au niveau de la hanche, qu'il n'arrive pas à porter de ce côté-là, qu'il arrive à marcher environ 10 minutes avant de devoir se reposer et qu'il a des difficultés pour porter et se stabiliser (p. 411 et 440). L'experte a admis que ces limitations sont incompatibles avec une activité nécessitant une

grande force physique, mais qu'elles l'étaient avec l'activité du recourant compte tenu de son descriptif d'une journée type de travail et étant

13 relevé qu'il emploie des ouvriers (p. 412 ; complément du 15 décembre 2025). Selon ses explications, le recourant s'occupe principalement du bétail, ses ouvriers s'occupant de la récolte du tabac. Le recourant se lève vers 6 heures, met en route le robot de traite pour les vaches, prépare la litière pour les bêtes, donne à manger, prépare la paille des boxes, etc. jusqu'à environ 9 heures. Il prend ensuite son petit déjeuner. L'hiver, il fait du bois, l'été, il s'occupe des cultures, de l'entretien des bâtiments et du tabac. L'après-midi il se repose un peu, fait de l'administratif et arrête de travailler vers 18 heures. Au vu des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles qui y sont liées et de l'activité du recourant, selon la description rapportée par l'experte, on peut admettre que ses conclusions, sous l'angle orthopédique, apparaissent convaincantes. Il est vrai, comme le relève le recourant, que la description d'une journée type, très succinctement résumée par l'experte, ne met pas en évidence l'ampleur du travail physique qu'il effectue, alors que tel est le cas selon la description qu'il en a donnée en audience, davantage détaillée. De même, la précision par l'experte qu'il recourt à des employés, sans précision sur la question de savoir si la situation a évolué depuis son atteinte, permet de douter des conclusions de l'experte quant à l'impact des limitations retenues sur la capacité de travail du recourant. Cela étant, au vu de l'issue du présent litige et dans la mesure où un complément d'instruction s'impose, cette question peut rester ouverte.

## **E. 7.2**

Le recourant considère surtout que l'expertise est incomplète à mesure qu'elle ne tient pas compte de son atteinte d'ordre neurologique. Il doit ici être donné raison au recourant. L'experte a en effet clairement expliqué que son analyse est essentiellement basée sur le point de vue strictement orthopédique. Elle a ainsi tenu compte du fait que la prothèse est en place, que le contrôle radiologique est bon, que la mobilité de la hanche est complète et indolore. Le recourant avait du reste insisté sur le fait qu'il ne présentait aucune douleur, mais essentiellement un manque de force. Or, comme examiné ci-dessus (cf. consid. 4.2), une atteinte probable du plexus ressort des rapports des neurologues traitants au dossier, atteinte déjà mise en évidence par le Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. consid. C.5). Le Dr E. \_\_\_\_\_, ayant constaté une amélioration de la situation (un doublement de l'amplitude du nerf fémoral gauche) et noté que le recourant avait repris son activité professionnelle à 100 %, n'a pas retenu d'incapacité de travail liée à cette atteinte dans ses derniers rapports de février 2023 (p. 218 et 232). Tant la Dre I. \_\_\_\_\_ que le Dr J. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur l'impact de cette atteinte neurologique sur la capacité de travail du recourant et rapportent dans l'ensemble des signes de dénervation modérés à légers, soit dans la continuité des résultats observés par le Dr E. \_\_\_\_\_. Bien que la situation n'ait, semble-t-il, pas évolué sensiblement depuis 2023, il n'en reste pas moins que la situation n'a pas été évaluée par l'experte sur le plan neurologique et qu'on ignore dans quelle mesure cette atteinte, pour autant qu'elle soit confirmée, induit des limitations fonctionnelles, respectivement des limitations supplémentaires

## **E. 8**

Il est vrai que le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ fait état de douleurs brûlantes, alors que jusqu'ici les rapports au dossier ne faisaient pas état de douleurs, y compris celui de la Dre I. \_\_\_\_\_ (p. 389). Le Dr J. \_\_\_\_\_ rapporte toutefois des douleurs lors de marche sur

de longues distances et le recourant a expliqué en audience, de manière convaincante, que son membre était moins mis à contribution durant les deux années post-opératoires à mesure qu'il a pu bénéficier d'un ouvrier supplémentaire (consid. J. supra). En tout état de cause, même en tenant compte de douleurs ou de douleurs plus intenses postérieures à la décision attaquée, il n'en reste pas moins que l'atteinte neurologique mise en évidence n'est, elle, en rien nouvelle. Le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ peut ainsi, dans cette mesure, être pris en compte.

5. 5.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). 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). Ces dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, dès lors que la LAI ne contient aucune disposition dérogatoire s'agissant de la définition de l'invalidité (art. 1 al. 1 LAI).

5.2 D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28a al. 1, première phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Cette disposition prévoit que 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

## **E. 9**

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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 de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Lorsque l'assuré est une personne de condition indépendante, la comparaison porte sur les résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité. Ce n'est que si ces données comptables ne permettent pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité - ce qui est le cas lorsque les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité - que le taux d'invalidité doit être

évalué en application de la méthode extraordinaire (consistant à évaluer le taux d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète). Les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent en effet souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs, lesquels constituent des facteurs étrangers à l'invalidité. Ainsi, il convient, dans chaque cas, afin de déterminer la méthode d'évaluation applicable, d'examiner si les documents comptables permettent ou non de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer aux facteurs étrangers à l'invalidité de celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 9C\_141/2023 du 5 juin 2024 consid. 3.3 non publié à l'ATF 150 V 316). 6. 6.1 Pour pouvoir déterminer le taux d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement 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 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; I 381/03 du 26 novembre 2003 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est décisif de se demander si ce rapport est suffisant pour trancher le litige, s'il repose sur des examens complets du patient, s'il tient compte des douleurs dont celui-ci se plaint, s'il a été établi en connaissance des actes antérieurs (anamnèse), s'il est clair dans l'évaluation des relations médicales et du statut médical et si les conclusions de l'expert sont fondées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

#### **E. 10**

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et réf. cit. ; TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.1). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C\_72/2022 du

#### **E. 14**

à celles retenues par l'experte en orthopédie. La Cour ne dispose manifestement pas des éléments nécessaires pour répondre à cette question. L'experte admet du reste elle-même, au vu du rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, que des investigations neurologiques semblent nécessaires. Le volet neurologique n'ayant pas été suffisamment instruit, le renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction s'avère nécessaire. Si l'on peut certes regretter que le recourant, qui n'était toutefois pas assisté d'un mandataire avant la procédure de recours, n'ait pas sollicité la réalisation d'une expertise neurologique plus tôt, il n'est pas forclos pour autant ; ce grief, qui a trait à la qualité matérielle de l'expertise, doit être analysé avec la décision au fond (ATF 138 V 271 consid. 1.1 ; 132 V 93 consid. 6.5). Le renvoi à l'intimé est motivé par la nécessité de clarifier une situation médicale ayant fait l'objet d'investigations insuffisantes (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cette solution permet en effet dans ce contexte une bonne application du principe de la double instance, contrairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise. 8. Le recours doit, en conséquence, être admis. La décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 9. Au vu du sort du recours, il y a lieu de laisser les frais de la procédure à la

charge de l'État (art. 223 al. 1 Cpa) et d'allouer au recourant une indemnité de dépens, à verser par l'intimé (art. 61 let. g LPGA), indemnité qu'il convient de fixer conformément à l'ordonnance fixant le tarif des honoraires d'avocat (RSJU 188.61) et à la note d'honoraires produite portant sur 14h55 d'activités soit CHF 4'027.50, CHF 125.00 de vacations et CHF 144.80 de débours, soit un total de CHF 4'645.40 (y compris CHF 348.10 de TVA). Le montant alloué diffère légèrement de celui ressortant de la note d'honoraires produite à mesure que les frais des envois prioritaires sont, par erreur, comptabilisés à double (au titre d'honoraires et de débours).

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