

NE_GERICHTE CDP.2024.282 vom 27. November 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.282

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.282 du 27 novembre 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.282 del 27 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Selon le principe de droit intertemporel, les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 129 V 354 cons. 1). Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circulaire DT DC AI, état le 01.01.2022, ch. 1007 ss), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit, au sens de l'article 29 al. 1 et 2 LAI, est né avant le 31 décembre 2021. Comme la date de la survenance de l'invalidité (art. 28 al. 1 et 1bis LAI) peut ne pas coïncider avec la date du début du droit à la rente (demande tardive au sens de l'art. 29 al. 1 LAI), une rente d'invalidité est traitée selon le nouveau droit si le début du droit naît à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021. Les rentes d'invalidité du nouveau droit sont donc celles dont le début du droit, au sens de l'article 29 al. 1 et 2 LAI, est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité, ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021. En revanche, si le début du droit à la rente intervient dès le 1^{er} janvier 2022, le nouveau droit est applicable (Circulaire DT DC AI ch.1009). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité ne pouvait pas prendre naissance avant la fin du versement des indemnités journalières que le recourant a perçues jusqu'au 31 janvier 2022 dans le cadre de mesures de formation professionnelle initiale (art. 29 al. 2 LAI), de sorte que le nouveau droit est applicable.

E. 3

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF du 25.05.2021 [9C_758/2020] cons. 3.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport

médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C_239/2020] cons. 7.2.1 et les réf. cit.). b) En l'occurrence, il y a lieu de tenir compte des rapports et certificats médicaux déposés par le recourant et rédigés antérieurement à la décision. Ceci étant, le certificat médical du Médecin_9 du 23 octobre 2024, attestant une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} août au 31 octobre 2024, sera pris en considération pour la période antérieure à la décision attaquée et discutée, en tant que de besoin, dans les considérants ci-après.

E. 4

a) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). L'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : 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). La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (art. 28b al. 2 LAI). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est la suivante (art. 28b al. 4 LAI) : Taux d'invalidité Quotité de la rente 49 % 47,5 % 48 % 45 % 47 % 42,5 % 46 % 40 % 45 % 37,5 % 44 % 35 % 43 % 32,5 % 42 % 30 % 41 % 27,5 % 40 % 25 % b) Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (365). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente. Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il convient de se fonder sur les circonstances du cas concret auxquelles appartiennent notamment la constatation d'une diminution des prestations fournies, une remontrance de l'employeur ou des absences fréquentes liées à l'état de santé. Les entraves à la capacité de travail doivent en d'autres termes se manifester lorsque l'assuré était au service de son ancien employeur. Une constatation rétroactive et médico-théorique de la capacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. À moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite par rapport à ses collègues pendant

la durée des rapports de travail n'est pas décisif. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions spéculatives, mais doit être établi avec le degré habituel de la vraisemblance prépondérante (Valterio , Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [ci-après : Commentaire LAI], n° 13 ad art. 28 LAI). L'article 29ter RAI énonce qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'article 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du TF du 24.08.2006 [I 392/05 et I 420/05] cons. 4.2). Afin d'interrompre le délai d'une année, l'assuré doit disposer, pendant 30 jours consécutifs au moins, d'une capacité de travail économiquement utilisable. La reprise d'un travail visant seulement la guérison, telle une mesure d'ergothérapie, n'interrompt pas le délai (RCC 1969 p. 571). Il en va de même de l'essai de reprise de travail dépassant manifestement les forces de l'assuré, qui s'est soldé par un échec, même s'il a dépassé 30 jours (RCC 1964 p. 168) et, en principe, d'un essai de reprise de travail de plus de 30 jours ayant échoué (arrêt du TF du 02.11.2006 [I 238/05] cons. 2.2, mentionnant qu'il est possible que l'activité soit encore exercée un certain temps malgré une contre-indication médicale grâce à des adaptations du poste de travail). Le délai d'attente de l'article 28 al. 1 let. b LAI est une condition matérielle du droit à la rente et celui de l'article 29 al. 1 LAI est un délai de nature procédurale (délai de carence formelle) (ATF 142 V 547 cons. 3.2 ; arrêt du TF du 28.11.2016 [8C_544/2016 et 8C_568/2016] cons. 4.1). c) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). d) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3 e éd., 2018, p. 31 ss). d/aa) Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit.). Au vu de la différence entre

un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en ira différemment que si ces derniers font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions (Valterio , Commentaire LAI, 2018, n° 48 ad art. 57). d/bb)

Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bis LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2 bis LAI) 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois 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 cons. 4.6). d/cc)

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance et du rapport thérapeutique qui l'unissent à ce dernier (ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio , op. cit., n° 48 ad art. 57). Il y a ainsi lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soient établis à la demande d'une partie et soient produits pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a droit à une rente, en particulier s'il a présenté une incapacité de travail durable durant le délai de carence, et cas échéant, si à son terme, il présentait une invalidité de 40 % au moins. Le recourant allègue qu'il présentait une incapacité de travail durable à 100 % de 2019 à octobre 2024 alors que l'intimé considère que durant cette période, il a présenté une seule incapacité de travail durable du 1^{er} avril 2022 au 15 décembre 2022, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. b/aa) Dans

son dernier avis du 26 août 2024, le SMR a retenu les incapacités de travail de l'assuré suivantes : « 100% du 29.04.2019 au 13.04.2019 (selon mandataire) 100% du 18.03.2020 au 21.03.2020 100% du 01.05.2020 au 15.05.2020 (selon le Centre de formation) 100% du 09.06.2020 au 26.06.2020 100% du 24.08.2020 au 28.08.2020 100% du 01.04.2022 (date d'intervention pour by-pass non documentée) au 15.12.2022 (fin d'hospitalisation) pour neuropathie péronière avec en sus IT de : - 100% du 01.07.2022 au 31.07.2022 (maladie de Verneuil) - 100% du 20.10.2022 au 30.10.2022 (contusion épaule) 100% du 17.08.2023 au 03.09.2023 100% du 01.05.2024 au 31.05.2024 » Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail d'avril 2022 à décembre 2022 non durable et a considéré qu'aucun argument médical nouveau convaincant n'avait été apporté, de nature à remettre en cause ses précédentes appréciations, fondées sur l'analyse des éléments médicaux et de réadaptation figurant au dossier. b/bb) En l'espèce, à l'aube de sa majorité, le recourant a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 15 janvier 2019, en sollicitant notamment des mesures professionnelles aux fins de débiter une formation professionnelle, sachant qu'il éprouvait des difficultés à trouver un travail compte tenu de ses atteintes à la santé, à savoir « cf. dossier AI enfant, oreilles, surpoids, genou gauche (ménisque), mal au dos, etc . » Il n'a fait état d'aucune incapacité de travail au moment du dépôt de cette dernière. Différentes mesures professionnelles ont été octroyées à l'assuré, lequel a notamment débuté un apprentissage de peintre en bâtiment en juillet 2019 au sein de l'entreprise D._____ Sàrl, puis auprès de F._____ SA dès juin 2021, avec conservation du contrat par le Centre de formation. Au vu de résultats scolaires insuffisants, il a redoublé la deuxième année CFC et la mesure de formation a été interrompue au 31 janvier 2022 pour absences, investigations et interventions médicales prévues (communication du 12.01.2022). Par la suite, il a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation (stage d'observation) du 12 juin 2023 au 7 juillet 2023 dans le domaine du polissage auprès du Centre G._____, puis d'une mesure de formation professionnelle initiale, avec l'octroi d'indemnités journalières auprès du centre précité du 7 août 2023 au 8 février 2024, visant à l'acquisition de compétences pratiques de base. Par courrier du 31 août 2023, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé, en lien avec son oreille droite de sorte que sa formation a derechef été interrompue. Les différents rapports médicaux et attestations médicales figurant au dossier permettent d'observer que le recourant a présenté des incapacités de travail durant les périodes suivantes, soit du 19 au 25 août 2019 (rapport du Médecin_19 du 27.08.2019) ; du 18 au 21 mars 2020 (rapports de la Médecin_2 des 19.10.2020 et 22.04.2022) ; le 2 juin 2020 (rapport du Médecin_5 du 02.06.2020) ; du 9 au 26 juin 2020 (rapports de la Médecin_2 des 19.10.2020 et 22.04.2022) ; du 1^{er} juillet au 15 juillet 2020 (rapport du Médecin_3 du 23.07.2020 faisant état d'une IT pour deux semaines suite à l'intervention du 01.02.2020) ; du 24 au 28 août 2020 (rapport de la Médecin_2 du 19.10.2020) ; du 11 au 24 janvier 2021 à 70 % (rapport de la Médecin_2 du 22.04.2022) ; du 11 au 12 novembre 2021 (rapport de la Médecin_2 du 22.04.2022) ; du 10 au 31 janvier 2022 (certificat médical du Médecin_9 du 21.01.2022) ; du 9 mai au 9 juin 2022 (rapport du Médecin_10 du 20.11.2023) ; du 20 octobre 2022 au 30 octobre 2022 (rapport du Médecin_11 du 20.10.2022) ; du 17 août au 21 août 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 17.08.2023) ; du 18 août au 31 août 2023 (certificat médical du Médecin_21 du 21.08.2023) ; du 30 août au 3 septembre 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 30.08.2023) ; du 4 septembre au 17 septembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 05.09.2023) ; du 2 au 11 octobre 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 02.10.2023) ; du 2 octobre au 13 octobre 2023 (certificat médical du

Médecin_22 du 03.10.2023) ; du 14 octobre au 14 novembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 18.11.2023) ; du 15 novembre au 31 décembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 15.11.2023) ; du 1^{er} janvier au 31 mai 2024 (certificats médicaux du Médecin_9 des 15.12.2023, 19.01.2024, 27.02.2024, 08.04.2024 et 20.04.2024) ; du 21 août au 31 août 2024 (rapport médical du Médecin_15 du 11.07.2024) ; du 1^{er} août au 31 octobre 2024 (certificat médical du Médecin_9 du 23.10.2024). b/cc) Le recourant reproche à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions du SMR. En substance, il considère que les avis du Médecin_23 du SMR sont partiels et erronés au vu des nombreux éléments au dossier qui permettent de se convaincre qu'il a présenté une incapacité de travail à 100 % depuis 2019. En premier lieu, il sied de relever qu'un manque d'indépendance ne saurait être reproché au médecin du simple fait qu'il fait partie du SMR (ATF 137 V 210 cons. 1.2.1 et 1.3.3 et les références) de sorte que ce grief est sans fondement. Par ailleurs, il sied de rappeler (cf. cons. 4c/bb), que les compétences du SMR portent sur la détermination des effets de l'atteinte à la santé. Ainsi, les rapports du SMR établis en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bis LAI) n'ont pas pour fonction de poser de nouvelles conclusions médicales mais de résumer et de porter une appréciation sur les conditions médicales du droit aux prestations. Dans le cadre de ce rôle et de cette fonction, le SMR a examiné l'ensemble des documents au dossier, en particulier les derniers rapports médicaux ainsi que les incapacités de travail médicalement attestées par les différents médecins. Par ailleurs, il a repris les éléments soulevés par l'assuré dans son opposition et y a répondu de manière détaillée. Dans son appréciation sur la situation médicale, le SMR a examiné les périodes d'incapacité de travail et a considéré, malgré l'absence de documentation médicale concernant la sleeve gastrectomie subie en avril 2022, que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} avril au 15 décembre 2022 (correspondant à la date de sa sortie d'hospitalisation; cf. rapport du Médecin_12 du 23.12.2022), soit la seule incapacité de longue durée, insuffisante pour justifier l'ouverture du droit à la rente. Sous réserve des précisions qui suivent, cette conclusion est convaincante. Comme exposé ci-dessus (cons. 5a/bb), les éléments au dossier permettent d'observer qu'une incapacité de travail a été médicalement attestée de manière presque ininterrompue du 17 août 2023 au 31 mai 2024. Par ailleurs, pour une raison qu'on ignore plusieurs autres périodes d'incapacités ne sont pas retenues par le SMR. On constate ainsi certaines divergences entre les périodes d'incapacités retenues par le SMR et celles attestées par les éléments médicaux au dossier. Il peut toutefois être relevé que l'instruction du dossier ne permet pas de déterminer aisément les différentes périodes d'incapacités de travail présentées par l'assuré depuis le dépôt de la demande. Ceci étant, et comme cela sera expliqué ci-après, cela n'a toutefois aucune incidence sur l'octroi du droit à la rente. En l'occurrence, l'assuré a présenté un premier arrêt de travail non documenté suite à la méatoplastie et exploration tympanique gauche effectuée par le Prof. Médecin_1 le 29 avril 2019 (protocole opératoire du 29.04.2019), suite de quoi il a présenté de nombreuses périodes d'incapacité de travail jusqu'en septembre 2024, date de la décision attaquée. Les éléments médicaux figurant au dossier font néanmoins, principalement état d'incapacités de travail temporaires, limitées dans le temps. Pour chaque atteinte à la santé, les médecins spécialistes ont d'ailleurs attesté le retour d'une capacité de travail et un bon pronostic quant à la capacité de réadaptation de l'assuré. À cet égard, on observe que plusieurs mesures de réadaptation lui ont été octroyées, avec une interruption de la formation dans le domaine du polissage auprès du Centre G._____ au 31 août 2023. Toutefois, par courrier du 31 août 2023, le recourant a sollicité qu'une nouvelle mesure lui soit octroyée afin qu'il puisse intégrer une formation de

mécanicien en salle blanche auprès de la société H. _____, indiquant souhaiter trouver un métier adapté à ses pathologies. Il est dès lors possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les périodes d'incapacité ont été suivies d'une période, pendant 30 jours consécutifs au moins, durant laquelle il disposait d'une capacité de travail économiquement utilisable au sens de l'article 29ter RAI. Aucun élément au dossier ne permet de retenir le contraire et le recourant ne dépose aucun document médical en ce sens. Dans ces circonstances, la date de départ du délai de 365 jours qui n'a pas été fixée par l'intimé peut rester indéterminée. En effet, sur la base des arrêts de travail attestés par certificat ou rapport médical, il est manifeste que le recourant n'a pas présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % sur une année entre 2019 et 2024 (les périodes d'incapacités d'avril 2022 à décembre 2022 puis d'août 2023 et mai 2024 ont été interrompues au sens de l'art. 29 ter RAI si bien qu'un nouveau délai a recommencé à courir). La condition de l'article 28 al. 1 let. b LAI n'étant ainsi pas remplie, l'intimé a considéré à juste titre que les conditions du droit à une rente d'invalidité en faveur du recourant n'étaient pas données. La question de savoir si la nouvelle période d'incapacité de travail attestée du 1^{er} août 2024 au 31 octobre 2024 (certificat médical du Médecin_9 du 23.10.2024) pourrait justifier le droit ultérieur à des prestations n'a pas à être instruite dans le cadre du présent litige. Bien que la décision litigieuse ait été rendue le 23 septembre 2024, soit à une date où, potentiellement, le recourant était à nouveau en incapacité de travail, la condition d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable n'était alors pas donnée. Le recourant a cependant la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, dans l'hypothèse où cette démarche n'aurait pas déjà été entreprise, s'il considère que ses nouvelles incapacités de travail le justifient. c) Enfin, l'OAI retient dans sa motivation, que même si l'assuré devait être considéré comme invalide à l'issue du délai d'attente dans une mesure justifiant un droit à une rente (ce qui est contesté), un tel droit ne pourrait prendre naissance avant l'épuisement des possibilités de réadaptation. Selon la jurisprudence fédérale, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; art. 28 al. 1 bis LAI et ch. 2300 CIRAI valable dès le 01.01.2022). Un droit à la rente ne peut naître qu'après la fin des mesures de réadaptation, et ce même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué (arrêt du TF du 20.12.2029 [9C_689/2019]). La preuve de l'absence de la capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (arrêts du TF du 14.07.2022 [9C_559/2021 du 14.07.2022 cons. 2.2 ; du 31.01.2022 [9C_380/2021] cons. 5.1). Dans le cas d'espèce, et comme exposé ci-dessus, il est établi que l'assuré a bénéficié, de juillet 2019 à août 2023, de diverses mesures professionnelles en vue d'une intégration professionnelle, pour lesquelles des indemnités journalières lui ont été versées. Le fait que la dernière mesure se soit terminée prématurément le 31 août 2023 ne signifie pas encore qu'il n'existe plus de possibilités de réadaptation de l'assuré. Ce dernier a d'ailleurs lui-même sollicité l'octroi d'une nouvelle mesure afin de débiter une formation de mécanicien en salle blanche par courrier du 31 août 2023, ce qui a été médicalement attesté

par le Médecin_9 (rapports des 04.10.2023 et 06.12.2023). Enfin, du point de vue médical, il n'existait aucun motif pour une restriction de la capacité de travail (avis du SMR des 07.06. et 26.08.2024). L'assuré était donc apte à la réadaptation, de sorte que s'il avait présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % sur une année entre 2019 et 2024, un droit à une rente pour cette période n'entraîne pas sans autre en ligne de compte.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. fbis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1bis LAI) et il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

E. 7

Le recourant sollicite l'assistance judiciaire limitée aux frais. L'assistance judiciaire est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum vital nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art. 3 LAJ : indigence). En matière administrative, l'octroi de l'assistance judiciaire est en outre subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4 LAJ). Une partie est indigente lorsqu'elle ne peut assumer les frais liés à la défense de ses intérêts sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 cons. 2.5.1, 127 I 202 cons. 3b). Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. La part des ressources excédant ce qui est nécessaire à la couverture des besoins personnels doit être comparée, dans chaque cas, aux frais prévisibles de la procédure pour laquelle l'assistance judiciaire est demandée. Le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû, au regard de l'article 29 al. 3 Cst. féd., lorsque cette part disponible permet d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (arrêt du TF du 02.11.2010 [1B_228/2010] ; ATF 135 I 221, cons. 5.1 et les arrêts cités). En l'occurrence, à mesure qu'il émerge à l'aide sociale, l'indigence du recourant peut être considérée comme établie. De plus, le recours ne paraissait pas d'emblée dépourvu de toute chance de succès. Partant, il y a lieu d'accorder l'assistance judiciaire au recourant limitée aux frais.

E. 31

décembre 2021. Comme la date de la survenance de l'invalidité (art. 28 al. 1 et 1bis LAI) peut ne pas coïncider avec la date du début du droit à la rente (demande tardive au sens de l'art. 29 al. 1 LAI), une rente d'invalidité est traitée selon le nouveau droit si le début du droit naît à partir du 1er janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021. Les rentes d'invalidité du nouveau droit sont donc celles dont le début du droit, au sens de l'article 29 al. 1 et 2 LAI, est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité, ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021. En revanche, si le début du droit à la rente intervient dès le 1er janvier 2022, le nouveau droit est applicable (Circulaire DT DC AI ch.1009).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité ne pouvait pas prendre naissance avant la fin du versement des indemnités journalières que le recourant a perçues jusqu'au 31 janvier 2022 dans le cadre de mesures de formation professionnelle initiale (art. 29 al. 2 LAI), de sorte que le nouveau droit est applicable.

3.a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF du 25.05.2021 [9C_758/2020] cons. 3.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C_239/2020] cons. 7.2.1 et les réf. cit.).

b) En l'occurrence, il y a lieu de tenir compte des rapports et certificats médicaux déposés par le recourant et rédigés antérieurement à la décision. Ceci étant, le certificat médical du Médecin_9 du 23 octobre 2024, attestant une incapacité de travail à 100 % du 1er août au 31 octobre 2024, sera pris en considération pour la période antérieure à la décision attaquée et discutée, en tant que de besoin, dans les considérants ci-après.

4.a) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

L'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : 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). La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (art. 28b al. 2 LAI). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est la suivante (art. 28b al. 4 LAI) :

Taux d'invalidité

Quotité de la rente

49 %

47,5 %

48 %

45 %

47 %

42,5 %

46 %

40 %

45 %

37,5 %

44 %

35 %

43 %

32,5 %

42 %

30 %

41 %

27,5 %

40 %

25 %

b) Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (365). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente. Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il convient de se fonder sur les circonstances du cas concret auxquelles appartiennent notamment la constatation d'une diminution des prestations fournies, une remontrance de l'employeur ou des absences fréquentes liées à l'état de santé. Les entraves à la capacité de travail doivent en d'autres termes se manifester lorsque l'assuré était au service de son ancien employeur. Une constatation rétroactive et médico-théorique de la capacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. À moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite par rapport à ses collègues pendant la durée des rapports de travail n'est pas décisif. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions spéculatives, mais doit être établi avec le degré habituel de la vraisemblance prépondérante (Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [ci-après : Commentaire LAI], n° 13 ad art. 28 LAI). L'article 29ter RAI énonce qu'il y a interruption

notable de l'incapacité de travail au sens de l'article 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du TF du 24.08.2006 [I 392/05 et I 420/05] cons. 4.2). Afin d'interrompre le délai d'une année, l'assuré doit disposer, pendant 30 jours consécutifs au moins, d'une capacité de travail économiquement utilisable. La reprise d'un travail visant seulement la guérison, telle une mesure d'ergothérapie, n'interrompt pas le délai (RCC 1969 p. 571). Il en va de même de l'essai de reprise de travail dépassant manifestement les forces de l'assuré, qui s'est soldé par un échec, même s'il a dépassé 30 jours (RCC 1964 p. 168) et, en principe, d'un essai de reprise de travail de plus de 30 jours ayant échoué (arrêt du TF du 02.11.2006 [I 238/05] cons. 2.2, mentionnant qu'il est possible que l'activité soit encore exercée un certain temps malgré une contre-indication médicale grâce à des adaptations du poste de travail). Le délai d'attente de l'article 28 al. 1 let. b LAI est une condition matérielle du droit à la rente et celui de l'article 29 al. 1 LAI est un délai de nature procédurale (délai de carence formelle) (ATF 142 V 547 cons. 3.2 ; arrêt du TF du 28.11.2016 [8C_544/2016 et 8C_568/2016] cons. 4.1).

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

d) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka[Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3^eéd., 2018, p. 31 ss).

d/aa) Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit.). Au vu de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul

fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en ira différemment que si ces derniers font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions (Valterio, Commentaire LAI, 2018, n° 48 ad art. 57).

d/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bis LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bis LAI) 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois 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 cons. 4.6).

d/cc) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance et du rapport thérapeutique qui l'unissent à ce dernier (ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio, op. cit., n° 48 ad art. 57). Il y a ainsi lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soient établis à la demande d'une partie et soient produits pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a droit à une rente, en particulier s'il a présenté une incapacité de travail durable durant le délai de carence, et cas échéant, si à son terme, il présentait une invalidité de 40 % au moins. Le recourant allègue qu'il présentait une incapacité de travail durable à 100 % de 2019 à octobre 2024 alors que l'intimé considère que durant cette période, il a présenté une seule incapacité de travail durable du 1er avril 2022 au 15 décembre 2022, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

b/aa) Dans son dernier avis du 26 août 2024, le SMR a retenu les incapacités de travail de l'assuré suivantes :

«100% du 29.04.2019 au 13.04.2019 (selon mandataire)

100% du 18.03.2020 au 21.03.2020

100% du 01.05.2020 au 15.05.2020 (selon le Centre de formation)

100% du 09.06.2020 au 26.06.2020

100% du 24.08.2020 au 28.08.2020

100% du 01.04.2022 (date d'intervention pour by-pass non documentée) au 15.12.2022 (fin d'hospitalisation) pour neuropathie péronière avec en sus IT de :

-100% du 01.07.2022 au 31.07.2022 (maladie de Verneuil)

-100% du 20.10.2022 au 30.10.2022 (contusion épaule)

100% du 17.08.2023 au 03.09.2023

100% du 01.05.2024 au 31.05.2024 »

Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail d'avril 2022 à décembre 2022 non durable et a considéré qu'aucun argument médical nouveau convaincant n'avait été apporté, de nature à remettre en cause ses précédentes appréciations, fondées sur l'analyse des éléments médicaux et de réadaptation figurant au dossier.

b/bb) En l'espèce, à l'aube de sa majorité, le recourant a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 15 janvier 2019, en sollicitant notamment des mesures professionnelles aux fins de débiter une formation professionnelle, sachant qu'il éprouvait des difficultés à trouver un travail compte tenu de ses atteintes à la santé, à savoir «cf. dossier AI enfant, oreilles, surpoids, genou gauche (ménisque), mal au dos, etc. » Il n'a fait état d'aucune incapacité de travail au moment du dépôt de cette dernière. Différentes mesures professionnelles ont été octroyées à l'assuré, lequel a notamment débuté un apprentissage de peintre en bâtiment en juillet 2019 au sein de l'entreprise D. _____ Sàrl, puis auprès de F. _____ SA dès juin 2021, avec conservation du contrat par le Centre de formation. Au vu de résultats scolaires insuffisants, il a redoublé la deuxième année CFC et la mesure de formation a été interrompue au 31 janvier 2022 pour absences, investigations et interventions médicales prévues (communication du 12.01.2022). Par la suite, il a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation (stage d'observation) du 12 juin 2023 au 7 juillet 2023 dans le domaine du polissage auprès du Centre G. _____, puis d'une mesure de formation professionnelle initiale, avec l'octroi d'indemnités journalières auprès du centre précité du 7 août 2023 au 8 février 2024, visant à l'acquisition de compétences pratiques de base. Par courrier du 31 août 2023, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé, en lien avec son oreille droite de sorte que sa formation a derechef été interrompue.

Les différents rapports médicaux et attestations médicales figurant au dossier permettent d'observer que le recourant a présenté des incapacités de travail durant les périodes suivantes, soit du 19 au 25 août 2019 (rapport du Médecin_19 du 27.08.2019) ; du 18 au 21 mars 2020 (rapports de la Médecin_2 des 19.10.2020 et 22.04.2022) ; le 2 juin 2020 (rapport du Médecin_5 du 02.06.2020) ; du 9 au 26 juin 2020 (rapports de la Médecin_2 des 19.10.2020 et 22.04.2022) ; du 1er juillet au 15 juillet 2020 (rapport du Médecin_3 du

23.07.2020 faisant état d'une IT pour deux semaines suite à l'intervention du 01.02.2020) ; du 24 au 28 août 2020 (rapport de la Médecin_2 du 19.10.2020) ; du 11 au 24 janvier 2021 à 70 % (rapport de la Médecin_2 du 22.04.2022) ; du 11 au 12 novembre 2021 (rapport de la Médecin_2 du 22.04.2022) ; du 10 au 31 janvier 2022 (certificat médical du Médecin_9 du 21.01.2022) ; du 9 mai au 9 juin 2022 (rapport du Médecin_10 du 20.11.2023) ; du 20 octobre 2022 au 30 octobre 2022 (rapport du Médecin_11 du 20.10.2022) ; du 17 août au 21 août 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 17.08.2023) ; du 18 août au 31 août 2023 (certificat médical du Médecin_21 du 21.08.2023) ; du 30 août au 3 septembre 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 30.08.2023) ; du 4 septembre au 17 septembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 05.09.2023) ; du 2 au 11 octobre 2023 (certificat médical du Médecin_20 du 02.10.2023) ; du 2 octobre au 13 octobre 2023 (certificat médical du Médecin_22 du 03.10.2023) ; du 14 octobre au 14 novembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 18.11.2023) ; du 15 novembre au 31 décembre 2023 (certificat médical du Médecin_9 du 15.11.2023) ; du 1er janvier au 31 mai 2024 (certificats médicaux du Médecin_9 des 15.12.2023, 19.01.2024, 27.02.2024, 08.04.2024 et 20.04.2024) ; du 21 août au 31 août 2024 (rapport médical du Médecin_15 du 11.07.2024) ; du 1er août au 31 octobre 2024 (certificat médical du Médecin_9 du 23.10.2024).

b/cc) Le recourant reproche à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions du SMR. En substance, il considère que les avis du Médecin_23 du SMR sont partiels et erronés au vu des nombreux éléments au dossier qui permettent de se convaincre qu'il a présenté une incapacité de travail à 100 % depuis 2019. En premier lieu, il sied de relever qu'un manque d'indépendance ne saurait être reproché au médecin du simple fait qu'il fait partie du SMR (ATF 137 V 210 cons. 1.2.1 et 1.3.3 et les références) de sorte que ce grief est sans fondement. Par ailleurs, il sied de rappeler (cf. cons. 4c/bb), que les compétences du SMR portent sur la détermination des effets de l'atteinte à la santé. Ainsi, les rapports du SMR établis en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bis LAI) n'ont pas pour fonction de poser de nouvelles conclusions médicales mais de résumer et de porter une appréciation sur les conditions médicales du droit aux prestations. Dans le cadre de ce rôle et de cette fonction, le SMR a examiné l'ensemble des documents au dossier, en particulier les derniers rapports médicaux ainsi que les incapacités de travail médicalement attestées par les différents médecins. Par ailleurs, il a repris les éléments soulevés par l'assuré dans son opposition et y a répondu de manière détaillée. Dans son appréciation sur la situation médicale, le SMR a examiné les périodes d'incapacité de travail et a considéré, malgré l'absence de documentation médicale concernant la sleeve gastrectomie subie en avril 2022, que l'assuré présentait une incapacité travail à 100 % du 1er avril au 15 décembre 2022 (correspondant à la date de sa sortie d'hospitalisation; cf. rapport du Médecin_12 du 23.12.2022), soit la seule incapacité de longue durée, insuffisante pour justifier l'ouverture du droit à la rente. Sous réserve des précisions qui suivent, cette conclusion est convaincante.

Comme exposé ci-dessus (cons. 5a/bb), les éléments au dossier permettent d'observer qu'une incapacité de travail a été médicalement attestée de manière presque ininterrompue du 17 août 2023 au 31 mai 2024. Par ailleurs, pour une raison qu'on ignore plusieurs autres périodes d'incapacités ne sont pas retenues par le SMR. On constate ainsi certaines divergences entre les périodes d'incapacités retenues par le SMR et celles attestées par les éléments médicaux au dossier. Il peut toutefois être relevé que l'instruction du dossier ne permet pas de déterminer aisément les différentes périodes d'incapacités de travail

présentées par l'assuré depuis le dépôt de la demande. Ceci étant, et comme cela sera expliqué ci-après, cela n'a toutefois aucune incidence sur l'octroi du droit à la rente. En l'occurrence, l'assuré a présenté un premier arrêt de travail non documenté suite à la méatoplastie et exploration tympanique gauche effectuée par le Prof. Médecin_1 le 29 avril 2019 (protocole opératoire du 29.04.2029), suite de quoi il a présenté de nombreuses périodes d'incapacité de travail jusqu'en septembre 2024, date de la décision attaquée. Les éléments médicaux figurant au dossier font néanmoins, principalement état d'incapacités de travail temporaires, limitées dans le temps. Pour chaque atteinte à la santé, les médecins spécialistes ont d'ailleurs attesté le retour d'une capacité de travail et un bon pronostic quant à la capacité de réadaptation de l'assuré. À cet égard, on observe que plusieurs mesures de réadaptation lui ont été octroyées, avec une interruption de la formation dans le domaine du polissage auprès du Centre G. _____ au 31 août 2023. Toutefois, par courrier du 31 août 2023, le recourant a sollicité qu'une nouvelle mesure lui soit octroyée afin qu'il puisse intégrer une formation de mécanicien en salle blanche auprès de la société H. _____, indiquant souhaiter trouver un métier adapté à ses pathologies. Il est dès lors possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les périodes d'incapacité ont été suivies d'une période, pendant 30 jours consécutifs au moins, durant laquelle il disposait d'une capacité de travail économiquement utilisable au sens de l'article 29ter RAI. Aucun élément au dossier ne permet de retenir le contraire et le recourant ne dépose aucun document médical en ce sens. Dans ces circonstances, la date de départ du délai de 365 jours qui n'a pas été fixée par l'intimé peut rester indéterminée. En effet, sur la base des arrêts de travail attestés par certificat ou rapport médical, il est manifeste que le recourant n'a pas présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % sur une année entre 2019 et 2024 (les périodes d'incapacités d'avril 2022 à décembre 2022 puis d'août 2023 et mai 2024 ont été interrompues au sens de l'art. 29 ter RAI si bien qu'un nouveau délai a recommencé à courir). La condition de l'article 28 al. 1 let. b LAI n'étant ainsi pas remplie, l'intimé a considéré à juste titre que les conditions du droit à une rente d'invalidité en faveur du recourant n'étaient pas données.

La question de savoir si la nouvelle période d'incapacité de travail attestée du 1er août 2024 au 31 octobre 2024 (certificat médical du Médecin_9 du 23.10.2024) pourrait justifier le droit ultérieur à des prestations n'a pas à être instruite dans le cadre du présent litige. Bien que la décision litigieuse ait été rendue le 23 septembre 2024, soit à une date où, potentiellement, le recourant était à nouveau en incapacité de travail, la condition d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable n'était alors pas donnée. Le recourant a cependant la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, dans l'hypothèse où cette démarche n'aurait pas déjà été entreprise, s'il considère que ses nouvelles incapacités de travail le justifient.

c) Enfin, l'OAI retient dans sa motivation, que même si l'assuré devait être considéré comme invalide à l'issue du délai d'attente dans une mesure justifiant un droit à une rente (ce qui est contesté), un tel droit ne pourrait prendre naissance avant l'épuisement des possibilités de réadaptation.

Selon la jurisprudence fédérale, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité

de la réadaptation sur la rente ; art. 28 al. 1 bis LAI et ch. 2300 CIRAI valable dès le 01.01.2022). Un droit à la rente ne peut naître qu'après la fin des mesures de réadaptation, et ce même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué (arrêt du TF du 20.12.2019 [9C_689/2019]). La preuve de l'absence de la capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (arrêts du TF du 14.07.2022 [9C_559/2021] du 14.07.2022 cons. 2.2 ; du 31.01.2022 [9C_380/2021] cons. 5.1).

Dans le cas d'espèce, et comme exposé ci-dessus, il est établi que l'assuré a bénéficié, de juillet 2019 à août 2023, de diverses mesures professionnelles en vue d'une intégration professionnelle, pour lesquelles des indemnités journalières lui ont été versées. Le fait que la dernière mesure se soit terminée prématurément le 31 août 2023 ne signifie pas encore qu'il n'existe plus de possibilités de réadaptation de l'assuré. Ce dernier a d'ailleurs lui-même sollicité l'octroi d'une nouvelle mesure afin de débiter une formation de mécanicien en salle blanche par courrier du 31 août 2023, ce qui a été médicalement attesté par le Médecin_9 (rapports des 04.10.2023 et 06.12.2023). Enfin, du point de vue médical, il n'existait aucun motif pour une restriction de la capacité de travail (avis du SMR des 07.06. et 26.08.2024). L'assuré était donc apte à la réadaptation, de sorte que s'il avait présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % sur une année entre 2019 et 2024, un droit à une rente pour cette période n'entraîne pas sans autre en ligne de compte.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté.

Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. f bis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI) et il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

7. Le recourant sollicite l'assistance judiciaire limitée aux frais. L'assistance judiciaire est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum vital nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art. 3 LAJ : indigence). En matière administrative, l'octroi de l'assistance judiciaire est en outre subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4 LAJ).

Une partie est indigente lorsqu'elle ne peut assumer les frais liés à la défense de ses intérêts sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 cons. 2.5.1, 127 I 202 cons. 3b). Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. La part des ressources excédant ce qui est nécessaire à la couverture des besoins personnels doit être comparée, dans chaque cas, aux frais prévisibles de la procédure pour laquelle l'assistance judiciaire est demandée. Le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû, au regard de l'article 29 al. 3 Cst. féd., lorsque cette part disponible permet d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (arrêt du TF du 02.11.2010 [1B_228/2010] ; ATF 135 I 221, cons. 5.1 et les arrêts cités).

En l'occurrence, à mesure qu'il émarge à l'aide sociale, l'indigence du recourant peut être considérée comme établie. De plus, le recours ne paraissait pas d'emblée dépourvu de

toute chance de succès. Partant, il y a lieu d'accorder l'assistance judiciaire au recourant limitée aux frais.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde au recourant l'assistance judiciaire limitée aux frais.

3. Met les frais judiciaires par 660 francs à charge du recourant, montant supporté par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 27 novembre 2025

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