

NE_GERICHTE CDP.2024.335 vom 27. April 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.335

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.335 du 27 avril 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.335 del 27 aprile 2026

Volltext

A.A. _____, né en 1974, travaillant en qualité d'électricien pour l'entreprise B. _____ SA, a déposé, le 21 mars 2022, une demande de prestations pour adultes (mesures de réadaptation / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : OAI), compte tenu d'une incapacité totale de travail à partir du 13 décembre 2021 attestée par ses médecins traitants auprès du Réseau hospitalier neuchâtelois (ci-après : RHNe), en raison d'une fracture distale du cubitus gauche (rapport du 30.12.2021 du Médecin_1, médecin chef adjoint au service d'orthopédie traumatologie) opérée le 3 janvier 2022 et d'un cancer du rein.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a requis des rapports des médecins traitants. Le Médecin_2, spécialiste FMH en urologie et urologie opératoire au sein du RHNe, a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de status post néphrectomie radicale, le 8 février 2022, en raison d'un cancer rénal. Il a renvoyé à ses certificats médicaux et ceux établis par ses confrères du RHNe s'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail. Il a mentionné une diminution de la mobilisation s'agissant des symptômes médicaux actuels. Il a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur les autres questions qui lui étaient posées (rapport du 28.04.2022). Le Médecin_3, médecine générale, a également retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post néphrectomie et ne s'est pas prononcé sur les autres questions qui lui étaient posées, au motif qu'il connaissait son patient depuis très peu de temps et ne disposait d'aucun document le concernant (rapport du 20.05.2022). Dans ses rapports médicaux intermédiaires des 27 septembre 2022, 12 octobre 2022 et 24 mai 2023, le Médecin_2 a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, sans changements dans les diagnostics, avec une fatigue comme symptôme actuel.

Après avoir sollicité l'avis du médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) (avis médical du 20.12.2022 du Médecin_4), l'OAI a requis des documents médicaux supplémentaires des médecins du RHNe, dont il est notamment ressorti que l'assuré avait précisément subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse en raison d'une fracture métaphyso-diaphysaire de l'ulna distal gauche (protocole opératoire du 05.01.2022 des Médecin_1 et Médecin_5, chef de clinique) dont l'évolution avait été favorable (comptes-rendus médicaux des 30.03.2022 et 19.06.2022 du Médecin_1), ainsi qu'une néphrectomie radicale gauche par lombotomie dans le 10^e espace intercostal, curage ganglionnaire hilair (rapport de consultation d'urologie du 11.01.2022 et protocole opératoire du 10.02.2022 du Médecin_2 ; rapport du 01.04.2022 des Médecin_6, médecin-chef adjointe, et Médecin_7, médecin assistant), à la suite de laquelle il avait développé des troubles du transit d'origine indéterminée et une fatigue chronique (rapports de consultation d'urologie des 21.03.2022, 25.04.2022, 22.08.2022 et 18.10.2022 du Médecin_2). Sur demande du SMR (avis du 06.09.2023), l'OAI a sollicité

le médecin traitant. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 octobre 2023, le Médecin_3 a mentionné que son patient avait repris une activité professionnelle depuis le 3 juillet 2023, laquelle était possible étant donné que son nouvel employeur avait aménagé des conditions favorables excluant notamment le port de charges et travaux lourds.

L'OAI a également requis le dossier de l'assureur perte de gain maladie. Dans un rapport médical du 21 juillet 2023, le Médecin_3 a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de carcinome rénal de découverte fortuite (février 2022), syndrome d'apnées obstructives du sommeil (ci-après : SAOS) sans CPAP (décembre 2022), consommation d'alcool à risque et état dépressif réactionnel (juin 2022) et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épilepsie structurale (2001). Il a indiqué que l'évolution était bonne, avec un carcinome rénal indemne de récurrence, une épilepsie contrôlée, une consommation d'alcool a priori stabilisée et un état dépressif persistant sans signe de gravité et non traité, le SAOS devant être contrôlé en août. Il a estimé la capacité de travail dans l'activité exercée à 100 % depuis le 1er juillet 2023. Dans un certificat du 16 août 2023, il a indiqué que son patient bénéficiait, dans son entreprise, de conditions particulières (exemption de travaux lourds et port de charges en particulier), sans lesquelles il serait dans l'incapacité d'assurer des journées entières de travail compte tenu d'une fatigabilité nettement accrue. Dans un rapport du 13 octobre 2023, il a estimé que, dans une activité adaptée, à savoir un travail sans aucun effort physique, sa capacité de travail était de 100 % dès juillet 2023.

Après avoir une nouvelle fois sollicité l'avis du médecin du SMR qui a conclu à une capacité de travail entière dans son activité habituelle, adaptée sans gros efforts physiques, à partir du 3 juillet 2023 (avis médical du 13.12.2023), l'OAI a fait part à l'assuré, par projet du 14 décembre 2023, de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2022 au 31 juillet 2023. Il a estimé qu'il résultait de l'instruction du dossier qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, il présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2022. À compter du 3 juillet 2023, il avait repris une activité professionnelle et son état de santé était, à partir de cette date, compatible avec l'exercice d'une activité à plein temps pour autant que celle-ci ne requiert pas d'efforts physiques (travaux lourds et ports de charges). Celle-ci lui permettait de réaliser des revenus excluant toute perte économique suffisante à l'octroi d'une rente, si bien que son droit à une rente s'éteignait au 31 juillet 2023, soit à la fin du mois au cours duquel il avait repris une activité professionnelle.

Dans ses observations du 25 janvier 2024, l'assuré a contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail à partir de juillet 2023, au motif notamment que sa reprise d'emploi s'était avérée être un échec malgré les aménagements consentis par son employeur, en raison des pathologies dont il souffrait, raison pour laquelle le Médecin_3 avait attesté une nouvelle incapacité de travail du 1er au 31 janvier 2024 (certificat médical du 19.01.2024). Il a transmis une attestation de fin de mission de l'agence de placement C. _____ SA. Il a, par ailleurs, relevé qu'aucun des médecins du RHNe ne s'était prononcé clairement sur sa capacité de travail et qu'aucune concertation entre les différents services (orthopédie et oncologie) n'avait eu lieu à ce sujet. Il s'est également référé au rapport du Médecin_3 du 21 juillet 2023 pour soutenir que l'ensemble des pathologies dont il souffrait n'avaient pas été prises en compte, à savoir en particulier une grande fatigue et un épisode dépressif. Il a finalement contesté le revenu d'invalidité retenu par l'OAI.

Après avoir estimé qu'une instruction complémentaire auprès des médecins traitants était nécessaire (avis médical du 06.03.2024), le SMR a sans avoir obtenu de rapports médicaux supplémentaires considéré qu'il n'y avait aucun élément nouveau hormis le certificat médical du Médecin_3 du 19 janvier 2024 et l'attestation de fin de mission de l'employeur. Il a toutefois indiqué ne pas maintenir ses conclusions antérieures et a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, dès le 13 décembre 2022, et entière, dès le 3 juillet 2023, dans une activité physiquement légère, requérant peu d'effort, avec un port de charge inférieur à 5 kilos de manière répétée et de 10 kilos ponctuellement et plutôt sédentaire (avis médical du 26.06.2024). En se fondant sur cet avis médical, l'OAI a, par décision du 14 novembre 2024, entièrement confirmé son projet de rente temporaire.

B.A. _____ interjette recours devant la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2022 au 31 juillet 2023, puis dès le 1er janvier 2024, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il requiert également le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il conteste qu'on lui impute une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er août 2023, au seul motif qu'il a essayé de reprendre une activité professionnelle à partir de cette date et que ses médecins traitants ont eu l'espoir que cette solution soit efficace ce qui n'aurait, selon lui, pas été le cas. De plus, il fait valoir une dégradation de son état de santé à partir du 1er janvier 2024, compte tenu de multiples abcès para-axillaires et axillaires, sur probable maladie de Verneuil, ayant nécessité plusieurs opérations sous anesthésie générale et un séjour de plus de deux semaines au RHNe en juillet 2024. Il soutient que l'OAI a omis de prendre en considération ses problèmes psychiques, à savoir un état dépressif et une consommation à risque d'alcool et de tabac. Il dépose un rapport du Médecin_3 du 8 novembre 2024 pour en attester, ainsi que plusieurs rapports médicaux établis par les médecins du RHNe (protocole opératoire du 12.05.2024 des Médecin_8, médecin-chef, Médecin_9, chef de clinique, et Médecin_10, médecin assistant ; rapport du 13.05.2024 des Médecin_8, Médecin_9 et Médecin_10 ; certificat médical du 13.05.2024 de la Médecin_11, médecin assistante ; rapport de consultation d'épileptologie du 14.06.2024 des Médecin_12, médecin-chef, et Médecin_13, médecin assistant ; protocole opératoire du 20.06.2024 des Médecin_14, médecin-chef adjoint, et Médecin_15, cheffe de clinique adjointe ; rapport du 21.06.2024 des Médecin_14, Médecin_15 et Médecin_11 ; protocole opératoire du 03.07.2024 des Médecin_8 et Médecin_16, cheffe de clinique ; rapport du 04.07.2024 des Médecin_8, Médecin_16 et Médecin_17, médecin assistante ; certificat médical du 04.07.2024 de la Dre Médecin_18, médecin assistante ; protocole opératoire du 16.07.2024 des Médecin_19, médecin chef de service, et Médecin_15 ; certificat médical du 24.07.2024 de la Dre Médecin_20, médecin assistante et médecin interne ; rapport du 24.07.2024 des Médecin_12, médecin-chef, et Médecin_13 ; rapport du 09.08.2024 des Médecin_21, cheffe de clinique adjointe, et Médecin_20 ; rapport de consultation d'urologie du 18.09.2024 du Médecin_2, médecin chef de service ; rapport du 28.10.2024 des Médecin_19 et Médecin_9 ; protocole opératoire du 30.10.2024 des Médecin_19, et Médecin_22, chef de clinique ; protocole opératoire du 05.11.2024 des Médecin_8 et Médecin_9 ; rapport du 07.11.2024 des Médecin_8, Médecin_9 et Médecin_23, médecin assistante), ainsi que plusieurs rapports d'examen (électrocardiogramme, échographie, gastroscopie) radiographies et traitements de sortie. Il affirme qu'une activité adaptée n'existerait pas sur le marché du

travail ordinaire, dès lors que si une capacité de travail lui était reconnue seul un emploi de bureau serait théoriquement adapté à ses limitations fonctionnelles. De plus, il serait âgé, ne parlerait que modestement le français et n'aurait aucune connaissance en informatique. Finalement, il demande la prise en compte d'un abattement de 25 % sur le salaire ressortant des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

C. Dans ses observations, l'OAI conclut au rejet du recours.

D. Par courrier du 5 janvier 2026, le recourant indique que sa situation médicale est encore péjorée et dépose un rapport médical du 22 décembre 2025 du Médecin_3 pour en attester.

C O N S I D E R A N T

en droit

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

2.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 131 V 242 cons. 2.1 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 (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C_269/2018] cons. 4.2). 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'espèce, le rapport médical du Médecin_3, transmis par le recourant par courrier du 5 janvier 2026, est daté du 22 décembre 2025. Il concerne toutefois, pour partie, la situation qui prévalait au moment de la décision litigieuse. Il en sera dès lors tenu compte dans cette mesure, dans la présente procédure.

3.a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (al. 1). 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 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 (al. 1). Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au

moins. En vertu de l'article 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40 % et 49 %.

b/aa) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2).

b/bb) 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 (cf. 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).

c) En matière d'appréciation 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 134 V 231 cons. 5.1, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit. ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait

que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (arrêts du TF du 27.09.2010 [4A_412/2010] cons. 3.1 et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2).

Les rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et art. 59 al. 2bisLAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'article 44 LPGA. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même 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 cons. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables de nature notamment clinique ou diagnostique qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (arrêt du TF du 29.12.2009 [9C_578/2009] cons. 3.2).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 cons. 3.2, 139 V 176 cons. 5.3). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 cons. 6.1 ; arrêt du TF du 28.09.2020 [9C_298/2020] cons. 2.2).

d) Aux termes de l'article 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 cons. 3, 130 V 343 cons. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 LPGA

(ATF 141 V 9 cons. 2.3). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 cons. 2.3).

Par ailleurs, à mesure que les règles régissant les cas de révision s'appliquent par analogie lorsqu'une décision accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa réduction ou sa suppression (art. 17 LPGA ; ATF 145 V 209 cons. 5.3 et 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 05.01.2021 [9C_244/2020] cons. 2.2), il convient d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, est intervenu qui justifie la réduction ou la suppression de la rente. La date de la modification du droit à la rente est déterminée conformément à l'article 88a RAI (arrêt du TF du 17.07.2015 [9C_333/2015] cons. 2.3 et 3.2). Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (1^{ère} phrase) ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (2^{ème} phrase).

Enfin, le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêt du TF du 15.04.2021 [8C_510/2020] cons. 2.2 et les réf. cit.).

4. En l'espèce, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2022 au 31 juillet 2023, mais reproche à l'OAI d'avoir nié à tort son droit à une rente dès le 1^{er} août 2023 au motif que sa capacité de travail se serait améliorée à partir du 3 juillet 2023 et serait passée à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient dès lors d'examiner si un changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, est intervenu à compter du mois de juillet 2023.

Pour arriver à la conclusion susmentionnée, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du Médecin_4 notamment à ses rapports de synthèse des 13 décembre 2023 et 26 juin 2024 lequel s'est basé exclusivement sur les rapports obtenus des médecins traitants, en particulier ceux du Médecin_3 des 21 juillet, 16 août et 13 octobre 2023. Celui-ci indiquait que son patient avait pu débuter une activité à 100 % à partir du 3 juillet 2023, dans un emploi adapté, excluant notamment le port de charge et les travaux lourds.

Si d'un point de vue formel, le médecin du SMR a tenu compte des pièces pertinentes du dossier de l'assuré antérieures à son propre avis, force est toutefois de constater qu'au vu des rapports médicaux déposés par le recourant à l'appui de son recours, il existe un doute sur le fait de savoir si l'ensemble des problèmes de santé y sont documentés. Il apparaît

ainsi vraisemblable que l'amélioration constatée par le Médecin_3 dans ses rapports des 21 juillet, 16 août et 13 octobre 2023 n'ait été que temporaire, ce d'autant plus que ce celui-ci avait indiqué dans ses premiers rapports qu'il connaissait son patient depuis peu de temps et qu'il n'avait pas répondu à la plupart des questions qui lui étaient posées. On relèvera, par ailleurs, que si ce dernier médecin a estimé que l'état de santé de son patient s'était amélioré, étant donné qu'il avait pu reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il a continué à attester une incapacité de travail total à partir du 1er janvier 2024 (certificat médical du 19.01.2024 et rapports médicaux des 21.07.2023 et 08.11.2024). Or, selon le recourant, son retour au travail n'a pas été concluant, malgré les adaptations consenties par son employeur, puisque qu'il a dû être interrompu dès le 1er janvier 2024.

Nonobstant l'échec de cette reprise et sans réévaluation médicale, le Médecin_4 a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1er juillet 2023. Cette prise de position interroge dans la mesure où ce médecin avait, dans un premier temps, estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire au vu des nouveaux documents et informations transmis par l'intéressé (avis médical du 06.03.2024). Or, contrairement à son avis médical précité et pour un motif qui ne ressort pas du dossier, le médecin du SMR n'a finalement pas jugé utile d'être en possession de nouveaux documents médicaux pour établir l'exigibilité de la capacité de travail de l'assuré, alors que l'unique information médicale figurant au dossier concernant l'année 2024 était le certificat médical du Médecin_3, lequel ne contenait aucune explication. Il n'est pas non plus possible de saisir pourquoi aucune information sur la fin des rapports de travail n'a été requise de l'employeur, alors que le médecin du SMR ne disposait d'aucune indication sur l'emploi exercé, les conditions de travail et les circonstances entourant la fin de mission. Seule une communication de C. _____ SA avait été transmise par l'assuré.

Dès janvier 2024, le recourant a subi plusieurs arrêts de travail attestés par le Médecin_3 et par les médecins travaillant au sein du RHNe, en lien avec des opérations pour de multiples abcès péri-anaux et axillaires bilatéraux. Il a notamment dû être hospitalisé du 8 au 24 juillet 2024 pour un sepsis (SOFA 5) à savoir une urgence médicale vitale résultant d'une réponse inadaptée de l'organisme à une infection provoquant une dysfonction d'organes sur cellulite sévère de la région pelvienne sur abcès péri-anaux ainsi que pour hépatite alcoolique chez un patient présentant une consommation d'alcool à risque, une insuffisance rénale aiguë, une dysélectrolytémie, une infiltration importante de la graisse mésentérique avec présence de nombreux ganglions et une anémie normochrome normocytaire hypo régénérative. On ignore pour quelle raison l'assuré n'a pas estimé utile de faire part à l'OAI des dites atteintes avant que celui-ci ne rende la décision entreprise, en particulier pour quel motif il a attendu avant de transmettre les rapports médicaux du RHNe qu'il a déposés au stade du recours, alors que ceux-ci étaient de nature à remettre en cause les conclusions du SMR. Ce faisant, au jour où il a rendu sa décision, l'intimé ne disposait pas de l'avis de l'ensemble des médecins traitants et ceux-ci ne s'étaient pas exprimés sur toutes les pathologies que présentait le recourant, notamment sur sa probable maladie de Verneuil et les abcès qu'elle générerait.

Aussi, on constate que l'OAI ignorait les rapports médicaux déposés par l'assuré à l'appui de son recours et le fait que celui-ci avait souffert de multiples abcès ayant nécessité, à tout le moins, six opérations en 2024. On doit, partant, retenir que dans son évaluation de l'invalidité, en se référant uniquement à l'avis du SMR, l'OAI n'a, en

l'occurrence, pas pris en considération l'ensemble de ses pathologies et n'a pas pu intégrer dans la décision querellée l'impact de celles-ci sur sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, ces différentes atteintes et leurs répercussions sur la capacité de travail ont été évaluées séparément par les différents spécialistes consultés (oncologie, dermatologie, etc. et éventuellement psychiatrique). Il convient, partant, de s'interroger sur les possibilités pour le recourant d'exploiter encore sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, compte tenu du cumul de ses pathologies, lesquelles doivent être considérées ensemble.

Finalement, le Médecin_3 mentionne, dans son rapport du 22 décembre 2025, qu'une prise en charge psychiatrique était en cours, laquelle avait récemment dû être interrompue. Il ne fournit toutefois aucune indication supplémentaire à ce sujet. Aussi, on ne saurait, à ce stade, exclure l'existence de diagnostics psychiatriques, avec effet sur la capacité de travail, antérieurs à la décision litigieuse. Cette question devra partant également être instruite par l'intimé.

Il résulte de ce qui précède que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations du recourant en toute connaissance de cause. S'agissant ici de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGa. Cette solution apparaît comme opportune. Il lui incombera de mettre en œuvre de la manière qui lui semblera la plus adéquate et dans le respect de la jurisprudence y relative (ATF 141 V 281), une ou des mesures d'instruction à même de déterminer à satisfaction de droit la capacité médico-théorique du recourant en actualisant la situation médicale sur tous les plans précédemment mentionnés.

5. Vu l'issue du litige, il n'est pas utile d'examiner actuellement le grief relatif à l'existence d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI et qui permettrait au recourant de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, ne serait-ce que parce que lesdites limitations fonctionnelles sont susceptibles de modifications suite aux mesures d'instruction qui seront diligentées par l'OAI. Il est également prématuré de se prononcer, à ce stade, sur la question du taux d'abattement à prendre en compte sur le revenu d'invalidité déterminé sur la base de l'ESS, dans le calcul du degré d'invalidité.

6.a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Vu le sort de la cause, les frais de procédure doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI).

Le recourant qui plaide avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa), dont le montant est défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). À défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire, qui représentait déjà l'assuré devant l'intimé, peut être évaluée à un total de 8 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours

à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs. L'admission du recours rend la demande d'assistance judiciaire sans objet.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision litigieuse et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

3. Met à la charge de l'OAI un émolument de décision de 660 francs.

4. Alloue au recourant une indemnité de dépens de 2'853.85 francs à la charge de l'OAI.

5. Dit que la demande d'assistance judiciaire est sans objet.

Neuchâtel, le 27 avril 2025

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