

NE_GERICHTE CDP.2025.122 vom 5. Juni 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.122

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.122 du 5 juin 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.122 del 5 giugno 2026

Erwägungen

E. 28

al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (let. c). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 cons. 4.2), de dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), de tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et de syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 cons. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 cons. 4). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 cons. 4.3 et 4.4).

5.a) 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 recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin 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.).

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, ■ 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).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit.).

c) 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).

c/aa) 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, la jurisprudence pose que 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.). 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 va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bisLAI, 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).

c/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 qui l'unit 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, Commentaire LAI, ad art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

6.a) En l'espèce, la décision litigieuse qui octroie une demi-rente à l'assuré dès le 1er juillet 2019 repose sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 juin 2023 que l'OAI a jugé convaincant en se fondant sur l'appréciation du SMR (avis médicaux des 14.06.2023 et 10.06.2024). Pour sa part, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente, mais estime que le début du droit doit être antérieur au 1er juillet 2019, au vu des incapacités totales de travail attestées par ses médecins traitants. Il ajoute que les experts n'ont pas développé l'évolution de sa capacité de travail entre 2014 et 2018, l'expert neurologue ayant même précisé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'incapacité de travail avant 2018. L'OAI s'est référé aux anciennes expertises pour nier toute incapacité de travail de plus de 10 % avant l'opération du 6 juillet 2018. L'assuré estime toutefois que ces renvois ne seraient pas pertinents, puisque les projets de décision établis sur la base de ces expertises ont été annulés, ce qui semble indiquer qu'elles n'étaient pas probantes. Il mentionne en outre que les experts ont apprécié sa capacité de travail sans tenir compte des constatations faites lors des mesures mises en place au sein de la fondation U. _____ depuis juin 2023, à savoir qu'il n'avait pas pu augmenter son taux de présence à plus de 10 %. Dans la mesure où l'appréciation médico-théorique diffère de manière importante de l'évaluation professionnelle, il requiert un complément d'instruction, ou à tout le moins

une prise de position des experts sur ce point. En remettant en cause le début du droit à la rente, le recourant conteste en réalité l'appréciation de l'évolution de sa capacité de travail telle qu'elle a été retenue par les différents experts intervenus depuis 2014. Il convient, par conséquent, d'examiner la valeur probante de l'expertise du CEMed puis d'évaluer si l'argumentation du recourant, au regard des pièces au dossier, peut receler un indice concret permettant de mettre en question la valeur et le bien-fondé des éléments sur lesquels repose la décision attaquée.

b/aa) D'un point de vue formel, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise du 5 juin 2023 comprend une évaluation interdisciplinaire (consensuelle) synthétisant les résultats d'examens en médecine interne, neurologie, rhumatologie et psychiatrie. Dans les appréciations inhérentes à leur domaine de spécialité et prenant en compte l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier, ainsi que les plaintes formulées par l'assuré, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée et ont dressé des status complets découlant de leurs propres investigations cliniques. Par ailleurs, ils ont procédé chacun à un examen personnel de l'assuré. Les conclusions de ces spécialistes, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont étayées, s'avèrent compréhensibles et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques. Le rapport d'expertise respecte ainsi les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des documents médicaux (cf. arrêt du TF du 09.01.2015 [9C_618/2014] cons. 6.1), de sorte qu'il n'y a aucune raison de l'écarter. S'agissant spécifiquement du rapport psychiatrique, il permet un examen des indicateurs au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 141 V 281), de sorte qu'il a pleine valeur probante sur le plan formel.

b/bb) Sur le plan matériel, le recourant ne conteste pas les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles qui en découlent, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. Il s'en prend toutefois à l'appréciation de l'évolution de sa capacité de travail depuis 2014. Contrairement à ce que suggère le recourant, le fait que l'OAI ait, dans un premier temps, confirmé son projet de décision du 20 avril 2017 (décision du 13.10.2021), avant de l'annuler à la suite du recours interjeté devant la Cour de céans, ne saurait être interprété comme une remise en cause de la valeur probante des expertises versées au dossier ; une telle démarche procède au contraire de la faculté de l'autorité d'instruction de réévaluer la situation à la lumière d'éléments complémentaires, sans pour autant disqualifier les appréciations médicales recueillies. En effet, ce n'est qu'à la suite de la survenance de nouveaux éléments médicaux que l'OAI a poursuivi, une première fois, l'instruction de la cause en ordonnant une nouvelle expertise, attribuée au BEM, afin de déterminer si l'intervention du 6 juillet 2018 avait entraîné chez l'assuré une aggravation de son état de santé. Il convient de rappeler que les Drs O. _____ et P. _____ ont estimé que sa capacité de travail était de 90 % dans l'activité habituelle de polisseur depuis le 20 mars 2017, soit depuis l'expertise des Drs H. _____ et I. _____, hormis une période d'incapacité totale de travail du 6 juillet au 22 août 2018 en raison de l'opération du canal lombaire droit. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (c'est-à-dire sans port de charges fréquent supérieur à 10 kg, sans station debout et assise prolongée, sans marche prolongée excédant 10 à 15 minutes), ils ont estimé que l'assuré pouvait travailler à 100 % depuis toujours, sous réserve de la période d'incapacité totale précitée. Au moment de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de l'expertisé, les Drs O. _____ et P. _____ avaient connaissance des incapacités totales de travail attestées par les différents médecins traitants avant l'opération du 6 juillet 2018 (rapport

d'expertise du 15.07.2020). Par ailleurs, l'ensemble des rapports médicaux auxquels le recourant se réfère dans son mémoire de recours (rapport médical du 20.12.2017 du Dr K. _____ ; rapport d'IRM du 13.11.2017 ; rapport de la scintigraphie osseuse du 29.09.2017 ; rapport médical du 30.05.2016 de la Dre F. _____ ; rapport médical du 15.03.2016 du Dr E. _____) pour soutenir que les atteintes ayant conduit à l'intervention du 6 juillet 2018 auraient déjà entraîné une incapacité totale de travail antérieurement à cette date ont été pris en considération par les experts (rapport d'expertise du 15.07.2020). L'avis de ses médecins traitants ne constitue dès lors qu'une appréciation différente d'un même état de fait.

Finale­ment, l'OAI a poursuivi, une seconde fois, l'instruction de la demande en annulant sa décision du 13 octobre 2021, au motif qu'une aggravation de l'état de santé depuis les dernières expertises ne pouvait être exclue. Il n'a ainsi pas annulé sa décision au motif que l'expertise du 15 juillet 2020 serait dépourvue de valeur probante quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, mais exclusivement afin d'examiner l'éventuelle survenance d'une aggravation de son état de santé, ce qui l'a conduit à ordonner une nouvelle expertise, réalisée le 5 juin 2023 par le CEMed. Se référant aux expertises antérieures, les experts ont indiqué, de manière consensuelle, que la capacité de travail avait évoluée comme suit : 90 % jusqu'à l'intervention chirurgicale du 6 juillet 2018, puis 0 % pendant trois mois, avant de passer à 50 % dès novembre 2018 (rapport d'évaluation consensuelle d'expertise du 05.06.2023). Si l'expert neurologue a certes indiqué qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée avant 2018 (rapport d'expertise neurologique du 05.06.2023), il n'en demeure pas moins qu'il se rallie, de manière consensuelle, aux appréciations médicales de ses confrères. Par conséquent, à l'instar du SMR (avis médical du 07.10.2024), on constatera que le rapport d'expertise du CEMed, auquel il y a lieu d'accorder valeur probante, confirme les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du BEM du 15 juillet 2020 en ce qui concerne le début et l'évolution de l'incapacité de travail pour la période avant le 6 juillet 2018.

b/cc) Il résulte de ce qui précède que le recourant n'a pas présenté d'indices concrets permettant de remettre en question la valeur probante des expertises des 15 juillet 2020 et 5 juin 2023 et le bien-fondé de leurs conclusions. Il y a ainsi lieu de confirmer qu'entre le 18 septembre 2014 et le 5 juillet 2018, son incapacité de travail, dans une activité adaptée était de 10 %, ce taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, le minimum requis étant de 40 %.

c) Le recourant fait encore valoir que les experts auraient procédé à l'évaluation de sa capacité de travail sans tenir compte des constatations issues des mesures d'occupation mises en place. À cet égard, il se prévaut du rapport établi le 5 décembre 2023 par la fondation U. _____, selon lequel il n'a pas été en mesure d'augmenter son taux d'activité au-delà de 10 % depuis le 13 juin 2023, soit depuis le début de la mesure. Par ce grief, l'intéressé remet en cause l'appréciation des experts du CEMed, selon laquelle il dispose, dès le 1er novembre 2018, d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On précisera que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Les appréciations des médecins l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation

professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Toutefois, lorsque les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge ■ conformément au principe de la libre appréciation des preuves ■ de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du TF du 16.09.2025 [9C_713/2024] cons. 5.1 et les réf. cit.). Cela étant, la seule circonstance que l'appréciation médico-théorique diverge sensiblement de l'évaluation issue de la mesure professionnelle ne suffit pas, en soi, à imposer à l'OAI de compléter l'instruction ou de solliciter une prise de position des experts du CEMed. Ces derniers ne pouvaient, de toute manière, tenir compte dans leur rapport de l'évaluation professionnelle de U. _____, puisque le rapport daté du 5 décembre 2023 est postérieur à la réalisation de leur expertise. Quoi qu'il en soit, le rapport d'évaluation professionnelle, ainsi que les griefs formulés par l'intéressé à cet égard, ont été soumis au SMR. Si le recourant conteste le manque de volonté relevé par ce dernier sur la base des expertises des 15 juillet 2020 et 5 juin 2023, au motif qu'il n'aurait pas été observé lors de la mesure suivie, il convient de souligner que ce constat émane non d'une, mais de deux expertises distinctes, dont la valeur probante doit être confirmée. Dans ces conditions, les appréciations médicales émanant de deux expertises prévalent sur les observations effectuées dans le cadre de la mesure auprès de U. _____, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner un complément d'instruction.

En définitive, l'argument soulevé par le recourant ne permet pas de mettre en doute la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et, par conséquent, ses conclusions. Il y a ainsi lieu de confirmer la capacité de travail de l'assuré de 50 % depuis le 1er novembre 2018, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, conclusion à laquelle est parvenu l'OAI sur la base de l'expertise du CEMed.

7. Concernant les cervico-brachialgies dont se prévaut le recourant dans son recours, d'après le dossier en main de la Cour de céans, l'OAI a considéré le courrier du recourant du 5 mars 2025 comme une demande de révision et a soumis le rapport d'IRM cervicale du 6 février 2025 au SMR. Celui-ci a estimé que les constats décrits dans le rapport d'imagerie étaient nouveaux et rendaient plausible une aggravation de l'état de santé. Il a proposé d'entrer en matière sur cette demande de révision et de solliciter des renseignements médicaux auprès de l'assuré et de ses médecins traitants (avis médical du 28.03.2025), soit de reprendre l'instruction. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur ce point, afin de déterminer si une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant est de nature à influencer sur son droit à la rente et, le cas échéant, à partir de quelle date.

8. Il reste encore à examiner si c'est à juste titre que l'OAI n'a pas appliqué le taux d'abattement forfaitaire de 20 % au revenu avec invalidité de l'assuré.

a) Selon l'article 26bis al. 3 RAI, en vigueur dès le 1er janvier 2024, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'alinéa 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'article 49 al. 1 bis de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Selon les dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les

trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1).

La lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023 établie par l'Office fédéral des assurances sociales, concernant les règles de droit transitoire pour l'introduction de la déduction forfaitaire, précise que si l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des dispositions du RAI, dans sa version valable à partir du 1er janvier 2024, entraîne une modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, il y a lieu de passer au système de rentes linéaire, pour les rentes qui n'ont pas encore été transférées dans ce nouveau système. Si, par contre, la modification du taux d'invalidité est inférieure à 5 points de pourcentage, l'éventuelle adaptation réalisée sur la base de la déduction forfaitaire se fait encore sous l'ancien système de rentes par paliers de quarts de rente. En outre, selon le chiffre 5 de ladite circulaire, les rentes en cours perçues par des assurés dont le droit à la rente est né avant le 1er janvier 2022 et qui avaient déjà atteint l'âge de 55 ans au 1er janvier 2022 (pour les hommes nés entre 1957 et 1966, de même que pour les femmes nées entre 1958 et 1966) ne font pas l'objet d'une révision. Ces assurés restent soumis aux dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (let. c des dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020).

b) En l'occurrence, pour rappel, en raison de son âge, le recourant reste soumis aux dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. supra cons. 2). Ceci étant, si sa rente n'est pas transférée dans le nouveau système de rente linéaire en raison des règles transitoires applicables de la modification du 19 juin 2020, la déduction de 20 % sur le revenu avec invalidité s'applique eu égard à la capacité de travail résiduelle de 50 % et ce peu importe son âge (cf. voir notamment arrêt de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève du 20.11.2025 [ATAS/892/2025] cons. 7.2, qui concerne une assurée née en 1966 et auquel le taux d'abattement de 20 % de l'article 26bisal. 3 RAI a été appliqué indépendamment du fait qu'elle avait plus de 55 ans au 1er janvier 2022, ou encore arrêt du 28.05.2025 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois [608 2024 20] cons. 2.2, 2.3 et 3.3, qui concerne un assuré né en 1964 dont l'article 26bisal. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 01.01.2024, a été appliqué alors qu'il était âgé de 57 ans au 1er janvier 2022). La lettre circulaire AI n° 432 précitée semble ainsi ajouter une condition liée à l'âge de l'assuré qui ne ressort pas du règlement. Ainsi, c'est à tort que l'OAI n'a pas appliqué le taux d'abattement de 20 % au motif que l'assuré avait 57 ans au 1er janvier 2022. Par conséquent, en appliquant la déduction de l'article 26bisal. 3 RAI, le revenu d'invalidité se trouve réduit à 23'891.60 francs (CHF 29'864.50 ■ 20 %). La comparaison avec le revenu sans invalidité de 66'365.55 francs aboutit ainsi à un taux d'invalidité de 64 % ($(\text{CHF } 66'365.55 - 23'891.60) / 66'365.55 \times 100$). On relèvera que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI n'est pas contesté par le recourant et ne prête pas flanc à la critique. En application de l'article 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2021, ce taux ouvre le droit à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2024.

9.a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assuré a droit à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2024. La cause est par ailleurs renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé, en lien avec les conclusions du rapport d'IRM cervicale du 6 février 2025,

respectivement pour apprécier les possibles effets sur la capacité de travail résiduelle.

b) Les frais de la procédure, arrêtés à 660 francs, doivent être mis à la charge de l'■OAI (art. 61 let. fbisLPGA en relation avec l'■art. 69 al. 1bisLAI), ce qui rend sans objet la demande d'■assistance judiciaire limitée aux frais de la procédure de recours.

Le recourant qui a plaidé avec l'■assistance d'■une avocate, 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 Me V. _____, qui représentait déjà l'■assuré devant l'■OAI et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier, 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.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Réforme la décision attaquée en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2024.

3. Renvoie la cause à l'■OAI pour instruction et éventuelle décision au sens des considérants.

4. Dit que la requête d'■assistance judiciaire limitée aux frais de la procédure est sans objet.

5. Met à la charge de l'■intimé les frais de la présente procédure par 660 francs.

6. Alloue au recourant une indemnité de dépens de 2'853.85 francs, à la charge de l'■intimé.

Neuchâtel, le 5 juin 2026

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