

NE_GERICHTE CDP.2025.179 vom 9. Februar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.179

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.179 du 9 février 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.179 del 9 febbraio 2026

Erwägungen

E. 40

% et 49 %, à savoir :

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 %

Taux d'invalidité

Quotité de la rente

49 %

47,5 %

48 %

E. 45

%

E. 47

%

42,5 %

46 %

40 %

45 %

37,5 %

44 %

35 %

43 %

32,5 %

42 %

30 %

41 %

27,5 %

40 %

25 %

b) 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 références citées ; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2).

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 (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).

d) 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 références citées).

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). L'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'article 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, ne contient aucune

observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, 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 142 V 58 cons. 5.1 ; arrêt du TF du 16.08.2018 [9C_371/2018] cons. 4.3.1 et les références citées).

5.a) En l'espèce, il est établi que le recourant présente une lombosciatalgie en lien avec une atteinte dégénérative des disques vertébraux lombaires et un canal lombaire étroit. La décision litigieuse est fondée sur le rapport de synthèse du SMR du 14 novembre 2024, aux termes duquel la Dre H. _____ a conclu, à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 19 août 2022, de 35 % dès le 3 avril 2023 (date de l'expertise retenant une capacité de travail de 60 % à 70 % dans l'activité de technicien de SAV) et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le médecin du SMR a largement repris les conclusions du Dr G. _____ du 3 avril 2023. On relèvera que, à teneur du dossier, l'assureur perte de gain n'a notamment pas invité l'assuré à poser des questions complémentaires (art. 44 al. 3 LPGA) avant de mettre en œuvre la mesure d'instruction médicale auprès du Dr G. _____. Ce document n'a dès lors pas la valeur d'une expertise au sens de l'article 44 LPGA. Par ailleurs, ce médecin a certes conclu à une capacité de travail de 60-70 % dans l'activité habituelle (qui a été jugée pas totalement adaptée) et de 100 % dans une activité adaptée. Il préconisait toutefois d'attendre le traitement proposé (infiltration) et les propositions qui seront faites avant «d'appliquer» une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Or, l'infiltration réalisée le 13 juin 2023 (rapport de la Dre D. _____ du 15.06.2023) n'a pas apporté les bénéfices attendus, au point qu'une stabilisation chirurgicale paraissait indiquée (rapport du 29.08.2023), laquelle n'avait finalement pas été mise en œuvre au moment de la décision litigieuse, un traitement conservateur, avec la prescription de Fentanyl, ayant été privilégié (rapport du Dr F. _____ du 12.05.2025). Les rapports de consultation du Dr E. _____ ne font pas état d'une amélioration notable de la situation (rapports des 27.11.2023 et 12.02.2024). Sur la base de ces éléments, le Dr F. _____ a retenu une incapacité totale de travail (rapport du 12.05.2025). Bien que sa synthèse résume correctement tous ces rapports de consultation, incluant la réserve exprimée par le Dr G. _____, la Dre H. _____ s'est contentée de reprendre les conclusions de ce médecin, sans discuter de l'implication de cette réserve sur la capacité de travail de l'assuré. Un doute à tout le moins faible subsiste ainsi sur la fiabilité et la pertinence des conclusions du SMR en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail. Pour ce motif, la décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Celui-ci devra procéder à une nouvelle évaluation médicale, sous la forme d'une expertise au sens de l'article 44 LPGA. Dans la mesure où le recourant présente une nouvelle affection (cardiaque) et que, selon toute vraisemblance, son trouble lombaire s'est aggravé (cf. cons. 3b ci-dessus), l'instruction devra également porter sur l'évolution de l'état de santé et ses conséquences sur la capacité résiduelle de travail, étant précisé que la décision qui sera rendue après l'instruction constituera la nouvelle limite dans le temps. Finalement, l'OAI devra également évaluer l'invalidité du recourant en tenant compte du fait qu'il se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, en procédant à une

analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. A cet égard, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs, ce qui n'est pas encore le cas en l'occurrence (sur la question, cf. ATF 146 V 16 cons. 7.1, 145 V 2 cons. 5.3.1, 138 V 457 cons. 3.1).

b) Les considérations qui précèdent ne remettent pas en cause le droit du recourant à une rente de 30 % d'une rente entière dès le 1^{er} août 2024 en raison d'un taux d'invalidité de 42 %, qui est acquise. Il n'y a pas lieu non plus de remettre en cause l'analyse de l'OAI, selon laquelle le dépôt de la demande date du 6 avril 2023, ouvrant ainsi le droit au versement d'une rente au plus tôt six mois après (cf. art. 29 al. 1 LAI), quand bien même l'intimé a fait une application généreuse de la règle de l'article 29 al. 3 LPGA.

6.a) Il s'ensuit que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Les frais de procédure doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI).

c) 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). A 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.

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 émoluments de décision de 600 francs et les débours par 60 francs.

4. Ordonne la restitution au recourant de son avance de frais.

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

Neuchâtel, le 9 février 2026

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