

# NE\_GERICHTE CDP.2025.309 vom 8. Mai 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.309)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.309 du 8 mai 2026

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.309 del 8 maggio 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 LPGA) 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 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

4.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.).

b) 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 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. A 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/aa) 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<sup>e</sup>éd., 2018, p. 31 ss). 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.).

c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions sont 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 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 dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales.

c/cc)Selon la jurisprudence, le fait qu'une expertise ait été réalisée à la demande d'un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie et donc pas dans le cadre d'une

procédure au sens de l'article 44 LPGA ne remet pas en cause sa force probante pour l'évaluation du droit à une rente auprès de l'assurance-invalidité. Toutefois, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, des investigations complémentaires doivent être menées, comme c'est le cas pour les constatations médicales internes à l'assurance. Autrement dit, une expertise demandée par l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie a la même valeur probante que les constatations médicales internes à l'assurance dans la procédure concernant les prestations de l'assurance-invalidité (arrêt du TF du 25.11.2024 [8C\_96/2024] cons. 5.1).

5. En l'espèce, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 19 novembre 2018 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (19.08.2025), afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié dans une mesure susceptible de réduire sa capacité de travail et de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

a) Dans sa précédente décision (19.11.2018), l'OAI s'était rallié à l'avis du SMR, selon lequel l'assuré souffrait de troubles dégénératifs lombaires avec discopathies protrusives étagées avec retentissement foraminaux bilatéraux en L3-L4 à droite, en L4-L5 à gauche et gonarthrose médiale gauche, entraînant des lombalgies, mais présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1er juin 2018, ce qui avait conduit au rejet de sa demande de rente.

b) La décision litigieuse du 19 août 2025 repose sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré telle que retenue par le SMR (avis médicaux des 20.06.2024 et 18.06.2025), lequel a apprécié les différents rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de cette nouvelle demande et en a opéré la synthèse. Se fondant tout particulièrement sur le rapport d'expertise de l'assurance perte de gain de l'intéressé, il a admis une aggravation de l'état de santé sous la forme d'une omalgie droite sur lésion de la coiffe des rotateurs et d'une fasciite plantaire bilatérale avec une incapacité de travail à 100 % dans une activité adaptée du 31 octobre 2022 au 19 février 2024. Dès le 20 février 2024, il a considéré qu'une activité adaptée était à nouveau exigible au taux de 100 %, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges inférieur à 5 kg, pas de position maintenue et contrainte du rachis lombaire (réclinaison, porte-à-faux, torsion axiale), pas de travail répété et position maintenue du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de travail en terrain irrégulier, limitation de la pratique des escaliers, pas de travail répété de vissage-serrage avec le bras droit, pas de travail sur des échelles, escabeaux ou échafaudages. Pour sa part, se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, le recourant soutient queson état de santé s'est péjoré à la suite du rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 22 février 2024 sur lequel repose la décision querellée. Il est d'avis que face à de nouveaux diagnostics dont notamment une détérioration clinique de l'épaule droite sous la forme d'une tendinopathie dégénérative touchant la coiffe des rotateurs et le long chef du biceps, associé à un syndrome de conflit sous-acromial et à une bursite sous-acromio-deltaïdienne ; une sarcoïdose ganglionnaire et un syndrome anxieux majeur l'OAI aurait dû compléter l'instruction médicale, afin d'évaluer l'impact de la détérioration de l'état de santé survenue sur les plans somatique et psychique sur la capacité résiduelle de travail.

La Cour de céans relève que le recourant ne conteste pas en tant telle l'aggravation de son état de santé reconnue par l'OAI sous la forme d'une omalgie droite sur lésion de la

coiffe des rotateurs et d'une fasciite plantaire bilatérale avec une incapacité de travail à 100 % dans une activité adaptée du 31 octobre 2022 au 19 février 2024. Il ne sera donc pas revenu sur cet aspect dans le cadre de la présente procédure. Aussi, seul est litigieux le fait de savoir si, comme le retient l'OAI, son état de santé s'est amélioré à compter du 20 février 2024, de manière à justifier l'appréciation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ressort des éléments au dossier que, si le Dr F. \_\_\_\_\_ atteste de diverses incapacités de travail de 80 %, ceci vaut pour l'activité habituelle du recourant, à savoir l'activité d'ouvrier dans la construction (cf. rapport de consultation du 12.11.2024). Ceci étant, cet élément ne prête pas à controverse, l'OAI ayant retenu une capacité de travail entière (100 %) dans une activité adaptée, tout en admettant que l'exercice de la profession de maçon n'était plus exigible depuis le dépôt de la première demande, nonobstant le fait que l'assuré ait continué à l'exercer (cf. avis médical du SMR du 20.06.2024). Par ailleurs, s'agissant du rapport médical du 4 février 2025 du Dr F. \_\_\_\_\_, il est inexact de mentionner que les diagnostics retenus ne figureraient pas dans le rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_. En effet, le diagnostic incapacitant retenu par ce dernier d'atteinte de la coiffe des rotateurs constitue une catégorie englobante, couvrant notamment les tendinopathies dégénératives ainsi que les ruptures tendineuses de la coiffe, telles que celles du supra-épineux et du sous-scapulaire, de même que les syndromes de conflit sous-acromial. Dans ces conditions, le diagnostic plus détaillé invoqué par le recourant ne saurait être considéré comme distinct, mais apparaît au contraire comme une simple précision d'un tableau clinique déjà pris en compte par le Dr E. \_\_\_\_\_. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier que ces précisions seraient de nature à modifier l'appréciation de la capacité de travail, évaluée sur la base d'une activité adaptée. Également dans son rapport du 4 février 2025, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 20 %, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il se contente de relever que le retour à une activité professionnelle est très réservé. Dans son courrier du 15 décembre 2025, portant réponses aux questions de l'avocat de son patient, ledit praticien ne se détermine toujours pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée ; il indique même expressément ne pas être en mesure de fournir une réponse sur ce point, pas plus d'ailleurs que sur le rendement exigible. À cela s'ajoute que le SMR s'est expressément déterminé en se fondant sur les examens d'imagerie, pour retenir qu'aucune lésion nouvelle n'était formellement objectivée à l'épaule droite, dont l'importance serait susceptible de justifier une aggravation clinique de l'atteinte dégénérative déjà connue de la coiffe des rotateurs. Partant, le grief tiré d'une prétendue omission de diagnostics doit être écarté.

Le recourant ne saurait davantage être suivi lorsqu'il se prévaut de l'arthro-IRM du 20 février 2025 (cf. rapport du 21.02.2025 de la Dre G. \_\_\_\_\_) pour soutenir l'existence d'une aggravation déterminante de son état de santé. Certes, cet examen mentionne l'apparition d'une rupture transfixiante de 5 mm du versant postérieur du supra-épineux par rapport à l'IRM du 19 décembre 2022. Cela étant, une telle constatation doit être replacée dans le contexte d'une atteinte dégénérative déjà connue de la coiffe des rotateurs par laquelle la Dre G. \_\_\_\_\_ relève une stabilité de la fissuration partielle profonde de la portion proximale. Or, comme l'a signalé le SMR, aucune lésion nouvelle d'une intensité propre à modifier l'appréciation clinique globale n'a été objectivée (cf. avis médical du 18.06.2025). La mise en évidence d'une rupture de faible étendue s'inscrit ainsi dans l'évolution attendue d'un processus dégénératif chronique et ne suffit pas, à elle seule, à établir une aggravation significative de l'état de santé. Au demeurant, le recourant

n'est pas en quoi cette évolution radiologique aurait une incidence concrète sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle demeure entière selon l'appréciation du SMR.

Par ailleurs, si la Dre H. \_\_\_\_\_ indique dans son rapport médical du 19 juin 2025 que l'assuré présente, sur le plan psychiatrique, un syndrome anxieux majeur en lien avec sa précarité économique comme facteur de comorbidité, force est de constater que cette praticienne n'est pas psychiatre. A cet égard, on rappellera que la jurisprudence exige en principe qu'un spécialiste en psychiatrie se prononce lorsqu'il s'agit d'examiner le volet psychique de l'état de santé (cf. ATF 130 V 352 cons. 2.2.2). Ceci étant, aucun élément au dossier, hormis l'avis de la médecin généraliste traitante, ne permet de retenir sous l'angle de la vraisemblance que le recourant souffrirait d'atteintes psychiques ayant un effet sur sa capacité de travail. Son appréciation ne peut dès lors, quoi qu'il en soit, pas avoir une pleine valeur probante. En outre, s'agissant des atteintes somatiques, l'appréciation du SMR du 11 juillet 2025 emporte conviction et peut être suivie. Appelé à se déterminer sur le rapport du 19 juin 2025 de la Dre H. \_\_\_\_\_, il a exposé de manière circonstanciée que celui-ci n'apportait aucun élément médical objectivement nouveau propre à modifier l'état de santé tel qu'antérieurement établi. S'agissant du diagnostic de sarcoïdose, le SMR a relevé qu'il avait été posé en novembre 2024 et présentait une évolution favorable sous traitement. En l'absence de signes cliniques d'activité de la maladie, respectivement de limitations fonctionnelles spécifiques en lien avec celle-ci, cette atteinte ne saurait être tenue pour incapacitante. La seule mention d'une asthénie ne suffit pas à renverser cette appréciation, faute d'objectivation et d'évaluation fonctionnelle probante. Quant à l'indication d'une intervention chirurgicale et à l'appréciation divergente du taux de rente par la médecin traitante, le SMR a retenu à juste titre qu'elles relevaient d'une appréciation différente d'une situation clinique demeurée inchangée, et non de la mise en évidence d'une aggravation objectivable ayant une incidence sur la capacité de travail. Dans ces conditions, rien ne permet de s'écarter de l'avis du SMR, dont la motivation est claire, complète et convaincante, de sorte que le grief du recourant doit être écarté. À noter que le courrier du 18 décembre 2025 de la Dre H. \_\_\_\_\_, en réponse aux questions de l'avocat de son patient, ne change rien à cette appréciation, celui-ci ne faisant état d'aucun élément qui aurait été ignoré par le SMR au moment de ses préavis médicaux. De même, le rapport médical du 17 septembre 2024 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, n'est pas davantage susceptible de jeter un doute, même faible, sur le bien-fondé des conclusions du SMR, ni sur celles du Dr E. \_\_\_\_\_, bien que son expertise ait été réalisée à la demande de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie et donc pas dans le cadre d'une procédure au sens de l'article 44 LPGA. En effet, le Dr I. \_\_\_\_\_ se limite à indiquer qu'en raison des diverses pathologies dont souffre son patient actuellement, il ne présente pas des conditions physiques pour exercer son activité professionnelle ni une activité professionnelle adaptée.

c) C'est dès lors à bon droit que l'intimé a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré entre le

## E. 31

octobre 2022 et le 19 février 2024. À compter du 20 février 2024, il pouvait en revanche être exigé de lui qu'il mette pleinement en valeur une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, avant l'échéance du délai de six mois suivant le dépôt de la nouvelle demande de prestations, le recourant

présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant du calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimé, le recourant ne le conteste pas ; par son grief, il tend en réalité à remettre en cause la capacité de travail de 100 % qui a été retenue dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce calcul portant le degré d'invalidité à 14 % ne prête, quoi qu'il en soit, pas flanc à la critique et, étant inférieur à 40 %, ne permet pas l'ouverture du droit à la rente (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

6. La question de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation ne fait pas l'objet de la décision litigieuse, laquelle porte sur le refus du droit à la rente du recourant. En effet, on rappellera qu'après s'être entretenu avec l'assuré qui estimait ne pas pouvoir reprendre d'activité professionnelle au vu de ses atteintes, l'OAI l'a, par communication du 14 octobre 2024, informé qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible. Il ressort des éléments au dossier que le recourant n'a pas sollicité de l'intimé qu'il rende une décision sujette à recours. Par conséquent, il ne saurait étendre l'objet du litige au-delà de l'objet de la contestation (cf. voir notamment arrêt de la Cour de droit public du 17.01.2014 [CDP.2013.110] cons. 2a, confirmé par arrêt du TF du 01.05.2014 [9C\_89/2014]).

7. Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'est pas utile de procéder à d'autres mesures d'instruction, soit particulièrement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. fbisLPGA en relation avec l'art. 69 al. 1bisLAI), qui n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGAA contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Met les frais de la procédure par 660 francs à charge du recourant, montant compensé par son avance.

3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 8 mai 2026

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