

NE_GERICHTE CDP.2025.321 vom 24. März 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.321

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.321 du 24 mars 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.321 del 24 marzo 2026

Erwägungen

E. 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 %, 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 %

45 %

47 %

42,5 %

46 %

40 %

45 %

37,5 %

44 %

35 %

43 %

32,5 %

42 %

E. 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 réf. cit. ; 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 réf. cit.).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit. ; arrêt du TF du 02.04.2015 [8C_862/2014] cons. 3.2). Les rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bis LAI) 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. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 cons. 5.1). 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 et l'article 72bis RAI 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).

e) Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 cons. 3.4, p. 291, 3.5, p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 cons. 4, p. 296). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 409, 145 V 215).

Pour des raisons de proportionnalité, on peut néanmoins renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaît ni nécessaire pour établir les faits, ni adéquat. Tel est le cas lorsque les médecins

spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que d'éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 cons. 7.1). De même, l'évaluation par le biais du catalogue d'indicateurs ne sera pas non plus nécessaire lorsque les documents médicaux existants laissent apparaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dépression légère, qu'on ne peut considérer comme chronique et qui n'est pas associée à une comorbidité (ATF 143 V 409 cons. 4.5.3 et les réf. cit.).

4.a) En l'espèce, le recourant présente une atteinte au nerf radial de la main droite opérée en 2023, une névralgie C7 d'origine indéterminée et des troubles psychiatriques (trouble délirant). L'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle ne fait l'objet d'aucune controverse. En revanche, le diagnostic lié à la symptomatologie de la main droite est discuté par le corps médical, ainsi que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. L'OAI a retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % du 1er mai 2024 au 21 octobre 2024 et de 100 % dès le 22 octobre 2024 en se fondant sur les avis du SMR, lequel a fait siennes les conclusions des expertises des Drs E. _____ (expertise du 20.04.2024), F. _____ (30.08.2024) et G. _____ (22.10.2024). Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas d'utilisation en force de la main droite, pas de mouvement de flexion-extension en force, pas d'activité en déviation latérale et flexion du poignet droit, de manière itérative. On relèvera que, à teneur du dossier, l'assureur perte de gain n'a pas suivi ■ il n'avait pas à le faire ■ la procédure des articles 44 LPGA et 72bis RAI. Ces documents médicaux n'ont dès lors pas la valeur d'une expertise au sens de l'article 44 LPGA et ont la même force probante que les constatations médicales du SMR.

b/aa) Sur le plan somatique, la Dre E. _____ a diagnostiqué des douleurs électrisantes à la main droite d'origine indéterminée et le Dr G. _____ une atteinte sensitive du nerf radial partant probablement de l'arcade de Frohse. Les orthopédistes ont reconnu une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 50 % (Dr E. _____), respectivement de 100 % (Dr G. _____). Le Dr D. _____ ne partage pas les conclusions diagnostiques du Dr G. _____ et discute en particulier du fait qu'il ne peut pas s'agir d'un syndrome de l'arcade de Frohse. Cette divergence exerce toutefois une influence exclusivement sur les choix thérapeutiques ■ le Dr G. _____ préconise la mise en œuvre d'une opération que le Dr D. _____ ne recommande pas ■ et non pas sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A ce sujet, le Dr D. _____ reconnaissait d'ailleurs en 2024 qu'une réadaptation à un taux de 100 % était envisageable (rapport du 15.03.2024) et n'a pas invalidé son appréciation ultérieurement. En particulier, comme l'a constaté le Dr H. _____, le Dr D. _____ ne remet pas en cause les symptômes présentés par le recourant, ni les limitations fonctionnelles qui ont servi à établir la capacité de travail à 100 % par le Dr G. _____. Le SMR pouvait ainsi valablement se référer aux conclusions des deux experts orthopédistes en ce qui concerne la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Les avis exprimés par la Dre I. _____ ne sont pas de nature à invalider les conclusions du SMR, puisque celle-ci se limite à faire valoir que l'activité de monteur en chauffage n'est plus exigible (rapports des 10.03.2025 et 28.05.2025), ce qui n'est pas contesté.

b/bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr F. _____ a fait état d'un trouble délirant en rémission. Il ne retient aucune incapacité de travail (rapport du 30.08.2024). La Dre

I. _____ (rapport du 28.05.2025) et les médecins du CNP (rapports des 07.10.2024 et 26.06.2025) soutiennent au contraire que le trouble délirant est totalement incapacitant, malgré une légère amélioration à la suite de la réintroduction d'un traitement neuroleptique.

L'expert-psychiatre n'a pas apprécié la capacité de travail à l'aune des indicateurs pertinents. On peut douter que l'OAI ait pu s'affranchir de cette étape, compte tenu de l'existence d'un trouble psychiatrique admis par deux spécialistes FMH en psychiatrie (trouble délirant) et de la divergence existante entre ceux-ci en ce qui concerne la capacité de travail. On ne saurait à cet égard nier toute valeur probante aux conclusions du CNP, à mesure que, à la lecture du rapport le plus récent des médecins de cet établissement et de celui du Dr F. _____, on constate que les symptômes présentés par l'assuré ne sont pas identiques. L'expert n'a pas relevé d'anxiété, alors que les psychiatres du CNP ont relaté des troubles délirants avec composante anxieuse sévère et des éléments paranoïaques (crises d'angoisse, ruminations anxieuses envahissantes). Les éléments paranoïaques ont été confirmés par l'épouse de l'assuré. Ces circonstances plaident éventuellement en faveur d'un trouble fluctuant qui justifie un examen plus précis en fonction des critères jurisprudentiels précités. Le SMR s'est limité à admettre la valeur probante de l'expertise psychiatrique, malgré son caractère lacunaire à ce sujet, sans réellement confronter l'avis déjà contradictoire émis par le CNP dans son rapport du 7 octobre 2024. La cause n'est dès lors pas en état d'être jugée.

c) Il s'ensuit qu'un doute à tout le moins faible subsiste sur la question des ressources du recourant pour faire face à ses symptômes psychiques et qu'une évaluation par un spécialiste en psychiatrie est nécessaire pour trancher le litige. On relèvera encore qu'en présence de pathologies psychiques et somatiques, comme en l'espèce, une évaluation consensuelle est en principe nécessaire, laquelle fait également défaut ici, les experts ayant été sollicités à des périodes différentes par l'assureur perte de gain. Les rapports de synthèse du SMR ne permettent pas de corriger cette lacune. Pour ce motif, une expertise bidisciplinaire doit être réalisée, quand bien même les constatations faites sur le plan somatique ne prêtaient en soi pas le flanc à la critique.

Vu l'issue du litige, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur les autres griefs du recourant, ni de mettre en œuvre les mesures d'instruction sollicitées.

5.a) Ils'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. 1bisLAI).

c) Le recourant a élu domicile en l'étude d'un avocat, mais n'est pas représenté par celui-ci, à teneur du dossier. Cela n'empêche toutefois pas l'octroi de dépens pour les frais occasionnés (art. 61 let. g LPGA, 73 LPA). Le recourant ne prétend toutefois pas avoir engagé des frais pour la défense de sa cause, de sorte qu'il est statué sans dépens.

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 600 francs et les débours par 60 francs.

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

5. Statue sans dépens.

Neuchâtel, le 24 mars 2026

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