

NE_GERICHTE CDP.2025.7 vom 28. November 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.7

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.7 du 28 novembre 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.7 del 28 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 129 V 354 cons. 1), le nouveau droit est applicable en l'espèce dans la mesure où une rente complète d'invalidité a été octroyée du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2022, tout droit à une rente ayant été refusé à compter du 1^{er} janvier 2023 (cf. Circulaire DT DC AI ch. 1009).

E. 3

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 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 (arrêt du TF du 25.05.2021 [9C_758/2020] cons. 3.2). 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'occurrence, le courrier du 15 janvier 2025 de K._____, infirmière à domicile, indiquant notamment être intervenue du 31 juillet 2023 au 28 avril 2024 et du 15 juin 2024 au 13 octobre 2024 pour faire des pansements en lien avec une récurrence des ulcères de Martorell sera pris en considération dans la mesure où il a trait à la situation médicale prévalant lors de la décision entreprise, quand bien même il a été rendu postérieurement à celle-ci.

E. 4

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 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (art. 28b al. 2 LAI). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est la suivante (art. 28b al. 4 LAI) :

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 %

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'article 16 LPGA (art. 28a al. 1 LAI). Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 28a al. 1 LAI 2 e phrase). L'article 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) La révision de la rente d'invalidité est régie par l'article 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 LPGA. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente – réduction ou suppression – suppose une modification des circonstances (ATF 130 V 343 cons. 3.5 à 3.5.4 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres 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 modifiée 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). 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 131 V 164 cons.2.2 ; arrêt du TF du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3), 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 et du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3 et les réf. cit.). 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^{re} 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^e phrase). c/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 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 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4 et les réf. cit. ; arrêts du TF du 02.03.2017 [8C_160/2016] cons. 4.1 et du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2). 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 (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). c /bb) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351). 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 médicales 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 134 V 231 cons.

5.1, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit. ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2). Si les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'article 44 LPGa et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 cons. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences posées à une expertise médicale telles que définies par la jurisprudence (ATF 137 V 210 cons. 1.2.1, 135 V 254 cons. 3.3.2). Quant aux rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI (qui reprend le contenu de l'ancien art. 59 al. 2 bis LAI), ils 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). 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, en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur la fiabilité et la pertinence des rapports établis par les médecins internes à l'assureur social, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 142 V 58 cons. 5.1, 135 V 465 cons. 4). Quant aux 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 ; arrêt du TF du 29.09.2022 [8C_13/2022] cons. 3.1.2).

E. 5

a) En l'espèce, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juin au 31 décembre 2022 mais reproche à l'OAI d'avoir nié à tort son droit à une rente dès le 1^{er} janvier 2023 au motif que sa capacité de travail se serait améliorée à partir du 9 septembre 2022 et serait passée à 100 % dans toute activité. 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. La décision de l'OAI du 10 décembre 2024 se fonde sur les rapports de synthèse du Dr J. _____, du SMR, des 17 et 26 janvier 2024, qui concluent que l'incapacité de travail attestée dès le 18 mai 2021 au 8 septembre 2022 était recevable en raison d'ulcères de Martorell des membres inférieurs d'évolution favorable puisque le spécialiste en chirurgie plastique indiquait que dès le 9 septembre 2022, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %, ce qui était confirmé par le médecin traitant dans son rapport du 23 décembre 2022. Le Dr J. _____ estimait que la capacité de travail médico-théorique était de 100 % dans toute activité correspondant aux aptitudes (pas de port de charges lourdes, pas de marche prolongée, pas de station debout prolongée), motivations et compétences de l'assuré depuis le 9 septembre 2022. Si d'un point de vue formel, le médecin du SMR a tenu compte des pièces pertinentes du dossier médical de l'assuré antérieures à son propre avis, force est toutefois de constater qu'au vu du courrier du 15 janvier 2025 établi par K. _____, infirmière à domicile, il existe un doute sur le fait de savoir si l'ensemble des problèmes de santé y sont documentés. Il ressort en effet de ce courrier qu'en raison d'une récurrence des ulcères de Martorell, l'infirmière est intervenue du 31 juillet 2023 au 28 avril 2024 pour effectuer des pansements de la jambe gauche à la fréquence de trois fois par semaine et, du 15 juin 2024 au 13 octobre 2024, pour effectuer des pansements sur la jambe droite à la fréquence de deux à trois fois par semaine. Il

apparaît ainsi vraisemblable que l'amélioration constatée par les Drs E. _____ et C. _____ n'ait été que temporaire. On relèvera par ailleurs que si ce dernier médecin a estimé que l'état de santé de son patient s'était amélioré, il a continué à attester une incapacité de travail totale. Dans la mesure où il a été retenu par le Dr J. _____ que les ulcères de Martorell des membres inférieurs avaient entraîné une incapacité de travail totale du 18 mai 2021 au 8 septembre 2022, la question d'une éventuelle récurrence doit faire l'objet d'un examen circonstancié, ce d'autant plus que la Dre H. _____ a mentionné ce diagnostic dans son rapport médical du 10 novembre 2023 qui concluait à une incapacité de travail totale. La Cour de céans ne dispose au demeurant 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 LPG. 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 investigués.

E. 6

Ce qui précède conduit à l'admission du recours. Vu l'issue de la cause, les frais seront supportés par l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a en outre pas lieu à une allocation de dépens en faveur du recourant qui n'est pas représenté par un mandataire professionnel et qui ne fait pas valoir des frais pour la défense de sa cause (art. 61 let. g LPG). L'admission du recours rend la demande d'assistance judiciaire sans objet.

E. 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 %

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'article 16 LPGA (art. 28a al. 1 LAI). Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 28a al. 1 LAI 2e phrase). L'article 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) La révision de la rente d'invalidité est régie par l'article 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 LPGA. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente ■ réduction ou suppression ■ suppose une modification des circonstances (ATF 130 V 343 cons. 3.5 à 3.5.4 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres 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 modifiée 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). 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 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3), 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 et du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3 et les réf. cit.). 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 (1re 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 (2e phrase).

c/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 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 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4 et les réf. cit. ; arrêts du TF du 02.03.2017 [8C_160/2016] cons. 4.1 et du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2).

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 (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

c/bb) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351). 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 médicales 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 134 V 231 cons. 5.1, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit. ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2).

Si les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'article 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 cons. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences posées à une expertise médicale telles que définies par la jurisprudence (ATF 137 V 210 cons. 1.2.1, 135 V 254 cons. 3.3.2). Quant aux rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI (qui reprend le contenu de l'ancien art. 59 al. 2bis LAI), ils 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). 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, en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur la fiabilité et la pertinence des rapports établis par les médecins internes à l'assureur social, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 142 V 58 cons. 5.1, 135 V 465 cons. 4).

Quant aux 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 ; arrêt du TF du 29.09.2022 [8C_13/2022] cons. 3.1.2).

5.a) En l'espèce, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente entière du 1er juin au 31 décembre 2022 mais reproche à l'OAI d'avoir nié à tort son droit à une rente dès le 1er janvier 2023 au motif que sa capacité de travail se serait améliorée à partir du 9 septembre 2022 et serait passée à 100 % dans toute activité. 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.

La décision de l'OAI du 10 décembre 2024 se fonde sur les rapports de synthèse du Dr J. _____, du SMR, des 17 et 26 janvier 2024, qui concluent que l'incapacité de travail attestée dès le 18 mai 2021 au 8 septembre 2022 était recevable en raison d'ulcères de Martorell des membres inférieurs d'évolution favorable puisque le spécialiste en chirurgie plastique indiquait que dès le 9 septembre 2022, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %, ce qui était confirmé par le médecin traitant dans son rapport du 23 décembre 2022. Le Dr J. _____ estimait que la capacité de travail médico-théorique était de 100 % dans toute activité correspondant aux aptitudes (pas de port de charges lourdes, pas de marche prolongée, pas de station debout prolongée), motivations et compétences de l'assuré depuis le 9 septembre 2022. Si d'un point de vue formel, la décision du SMR a tenu compte des pièces pertinentes du dossier médical de l'assuré antérieures à son propre avis, force est toutefois de constater qu'au vu du courrier du 15 janvier 2025 établi par K. _____, infirmière à domicile, il existe un doute sur le fait de savoir si l'ensemble des problèmes de santé y sont documentés. Il ressort en effet de ce courrier qu'en raison d'une récurrence des ulcères de Martorell, l'infirmière est intervenue du 31 juillet 2023 au 28 avril 2024 pour effectuer des pansements de la jambe gauche à la fréquence de trois fois par semaine et, du 15 juin 2024 au 13 octobre 2024, pour effectuer

des pansements sur la jambe droite à la fréquence de deux à trois fois par semaine. Il apparaît ainsi vraisemblable que l'amélioration constatée par les Drs E. _____ et C. _____ n'était que temporaire. On relèvera par ailleurs que si ce dernier médecin a estimé que l'état de santé de son patient s'était amélioré, il a continué à attester une incapacité de travail totale. Dans la mesure où il a été retenu par le Dr J. _____ que les ulcères de Martorell des membres inférieurs avaient entraîné une incapacité de travail totale du 18 mai 2021 au 8 septembre 2022, la question d'une éventuelle récurrence doit faire l'objet d'un examen circonstancié, ce d'autant plus que la Dre H. _____ a mentionné ce diagnostic dans son rapport médical du 10 novembre 2023 qui concluait à une incapacité de travail totale. La Cour de céans ne dispose au demeurant 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 investigués.

6. Ce qui précède conduit à l'admission du recours. Vu l'issue de la cause, les frais seront supportés par l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a en outre pas lieu à une allocation de dépens en faveur du recourant qui n'est pas représenté par un mandataire professionnel et qui ne fait pas valoir des frais pour la défense de sa cause (art. 61 let. g LPGA). 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 du 10 décembre 2024 et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

3. Met à la charge de l'OAI un émolument de décision de 600 francs et des débours par 60 francs.

4. N'alloue pas de dépens.

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

Neuchâtel, le 28 novembre 2025

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