

NE_GERICHTE CDP.2014.306 vom 9. Juli 2015

NE Tribunal cantonal, 2015-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2014.306

FR: NE_GERICHTE CDP.2014.306 du 9 juillet 2015

IT: NE_GERICHTE CDP.2014.306 del 9 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Garanti par l'article 29 al. 2 Cst, le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui touchent à sa situation juridique (ATF 135 II 286 cons. 5.1). Il englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 132 II 485 cons. 3.2). En tant que garantie constitutionnelle de nature formelle, sa violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès au fond (ATF 135 I 187 cons. 2.2). Le droit d'être entendu comprend également le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat (ATF 135 II 286 cons. 5.1). Les parties doivent en effet pouvoir consulter le dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir leurs arguments dans une procédure. Pour que cette consultation soit utile, le dossier doit être complet (ATF 129 I 85 cons. 4.1) et doit être tenu correctement par l'autorité, qui doit consigner tous les actes d'instruction menés dans le cadre de la procédure et qui peuvent avoir une influence sur la décision (ATF 130 II 473 cons. 4.1; arrêt du TF du 09.08.2010 [8C_322/2010] cons. 3). Partant, les moyens de preuve doivent être disponibles et traçables (ATF 129 I 85 cons. 4.1; arrêt du TF du 10.06.2013 [6B_123/2013] cons. 1.1). Selon la jurisprudence toutefois, la violation du droit d'être entendu peut être réparée durant la procédure de recours si la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 137 I 195 cons. 2.3.2, 132 V 387 cons. 5.1). Une telle réparation dépend cependant de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu et doit rester l'exception (ATF 126 I 68 cons. 2). Elle peut également se justifier en présence d'un vice grave lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de la partie lésée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 cons. 2.3.2).

b) En l'espèce, il ressort du dossier que le mandataire du recourant a, par courrier du 15 octobre 2014, demandé le dossier officiel et complet de la cause en vue de l'examen de l'opportunité d'un éventuel recours. Par courriers des 21 octobre 2014, l'OAI lui a transmis le CD-ROM contenant le dossier AI de l'assuré en précisant que s'il avait besoin de consulter des dossiers de tiers dont il était fait état dans ses documents, il lui appartenait de s'adresser aux institutions concernées pour les obtenir. Il ne ressort pas du dossier que le

mandataire du recourant se soit par la suite approché de ces institutions pour les obtenir. La violation du droit d'être entendu n'est en l'occurrence pas manifeste dans la mesure où la consultation des dossiers "tiers" n'a pas réellement été refusée et étaient disponibles. Quoiqu'il en soit, une éventuelle violation serait réparée dans le cadre de la procédure de recours, l'objet du litige relevant des faits et du droit que l'Autorité de céans revoit avec un plein pouvoir d'examen. Le recourant a par ailleurs eu tout loisir de consulter le dossier entier et de s'exprimer en conséquence devant la Cour de céans, devant laquelle le dossier complet a été produit, comme il en a été informé. La lettre de l'OAI à la Cour de droit public, transmise au recourant, précisait en effet que le dossier produit comportait notamment les dossiers des assurances accidents et chômage. Au demeurant, il ne soutient pas qu'il n'a pas été en mesure de distinguer la portée de la décision et de l'attaquer en connaissance de cause. Enfin, le renvoi constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt du recourant à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable.

E. 3

a) Aux termes de l'article 28 al. 2 LAI, une invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, une invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, une invalidité de 60 % au moins à trois-quarts de rente et une invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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 recours, a besoin de renseignements 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 ou 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 125 V 256 cons. 4, arrêt du TF du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2). 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 que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, 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). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc ; arrêt du TF du 2.04.2014 [9C_94/2014] cons. 4.1). On ajoutera que les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie, en application de l'article 44 LPG, auprès d'un spécialiste externe ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent cependant être pris en considération. Mais, en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute,

même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 135 V 465 cons. 4). c) En vertu de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, soit augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision du droit à la rente au sens de l'article 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 cons. 6.1 p. 546 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 cons. 3.5) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 cons. 3b). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5).

E. 4

Au vu des griefs soulevés par le recourant, la suppression du droit à une demi-rente du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013 n'est pas réellement litigieuse, le revenu d'invalidé pris en compte pour la comparaison des revenus, dont le montant et le calcul n'est au demeurant pas contesté, étant celui effectivement réalisé. La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle du 22 décembre 2000, par laquelle l'OAI a maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité en faveur du recourant, suite à l'expertise du Dr A. Il faut donc comparer l'état de santé du recourant en date du 22 décembre 2000 avec son état de santé au moment de la décision litigieuse, afin de déterminer s'il s'est amélioré dans une mesure justifiant la diminution de la rente. Entre le rapport d'expertise du Dr A. du 2 juin 1999, son complément du 13 mars 2000 et le rapport du Dr C. du 16 août 2013 faisant état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, sont apparus des troubles urologiques, qui ressortent d'un rapport du 7 novembre 2006 du Dr B. Ce dernier a mentionné le diagnostic de possibles séquelles neurologiques vésicales et fait état d'une pollakiurie avec des quantités assez faibles. Il a en revanche indiqué avoir obtenu une excellente débitmétrie, permettant d'exclure un problème de dysnergie vésico-sphinctérienne en faveur d'une vessie trop active et trop réactive. Il lui a donc prescrit une médication dont l'éventuel bénéfice serait réévalué et, en cas de non-réponse, un examen urodynamique serait indiqué. Entre-temps, en 2006, les Drs F. et G., consultés pour des lombalgies chroniques, avaient constaté une altération de la trame osseuse L4-L5, un remaniement du corps vertébral L5-S1 et une arthrose articulaire postérieure L5-S1. Ils ont indiqué que la symptomatologie douloureuse s'était légèrement améliorée suite à un traitement conservateur (Irfen, Dalfalgan, Mydocalm) et, qu'en date du 25 juillet, la persistance de la lombalgie avait diminué en intensité. Ils ont expliqué que les douleurs résultaient du remaniement post-traumatique et de l'arthrose articulaire postérieure. Des exercices de tonification musculaires au long cours ainsi qu'une hygiène du dos rigoureuse ont vivement été recommandés à l'assuré (rapport du 31.07.2006). Dans ses rapports des 28 mars et 12 juin 2014, le médecin du SMR n'a pas considéré que l'assuré présentait une péjoration de son état de santé impliquant une diminution de la capacité de travail. Au contraire, il a retenu une amélioration de celle-ci à un taux de 60 % depuis le 9 janvier 2012

dans une activité adaptée, motif pris qu'il avait effectivement travaillé à ce taux du 9 janvier 2012 au 18 février 2013, sans aucun indice d'un engagement au-dessus de ses forces. Même si ce médecin ne s'exprime pas sur les conséquences des troubles mictionnels sur la capacité de travail de l'assuré, son appréciation n'est pas critiquable. Du point de vue médical, dans la mesure où aucun rapport, émanant du Dr B. ou d'un autre urologue, n'a succédé au rapport du 7 novembre 2006 de ce médecin, on peut retenir que le traitement proposé a été bénéfique et qu'à cet égard l'état de santé du recourant s'est amélioré. Tel est également le cas du point de vue orthopédique et rhumatologique, puisqu'aucun rapport postérieur à celui des Drs F. et G., du 31 juillet 2006, ne figure au dossier, ce qui permet de retenir que le traitement proposé a également été efficace et que la situation s'est améliorée. L'aptitude effective du recourant à travailler dans sa dernière activité à un taux de 60 % et son inscription au chômage au même taux confirment l'avis du médecin du SMR. On précisera que même si, dans le cadre de son dernier emploi, 10 % du taux n'était affecté qu'à de la représentation, celle-ci n'en constituait pas moins une activité rétribuée. L'activité globale était par ailleurs adaptée à l'état de santé du recourant puisque l'attestation employeur ne fait état d'aucune absence pour cause de maladie et les relevés mensuels des heures auprès de la société D. SA, peu lisibles, pourraient éventuellement laisser deviner tout au plus 8 jours d'absence pour ce motif sur toute la durée d'engagement. Une aggravation de l'état de l'assuré paraît par ailleurs peu probable, lui-même ayant indiqué, le 25 juin 2013, dans le questionnaire de l'OAI, que son état de santé était toujours le même. Enfin, l'appréciation du Dr E. est compatible avec celles du Dr A. des 2 juin 1999 et 13 mars 2000 selon lesquelles une capacité de travail dans une activité adaptée, donnant la possibilité de changer régulièrement de positions, pourrait atteindre 80 à 100 %, malgré les quelques réserves, non motivées, émises par l'expert ensuite quant à un reclassement professionnel impliquant une tension musculaire, voire même psychologique. Pour tous ces motifs, l'exigibilité de 60 % dans une activité adaptée retenue par le médecin du SMR dès le 1^{er} mai 2013 n'est pas critiquable. Il n'existe donc aucun doute sur la fiabilité et la pertinence des rapports de ce médecin ainsi que sur la situation médicale du recourant, si bien qu'il n'y pas lieu d'ordonner d'investigations complémentaires telle une expertise. La comparaison des revenus, dont les montants retenus et les calculs ne sont pas contestés, aboutissant à une invalidité économique de 9 % pour la période du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013 et de 41 % dès le 1^{er} mai 2013, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé le droit à une demi-rente du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013, puis remplacé le droit à une demi-rente par un quart de rente dès le 1^{er} mai 2013. On précisera que, dans la mesure où il a toujours exercé une activité lucrative entre 50 % et 60 % au moins, le recourant est capable de mettre immédiatement à profit sa capacité résiduelle de travail de 60 % sur un marché équilibré de l'emploi, si bien que des mesures d'ordre professionnel, au sens de la jurisprudence applicable en cas de réduction ou de suppression du droit à la rente d'un assuré âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (arrêt du TF du 02.12.2014 [9C_355/2014] cons. 6.1 et les références), ne sont pas nécessaires.

E. 5

a) Lorsqu'un versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des articles 31 LPGA et 77 RAI et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indue de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 let. b RAI ; ATF 119 V 431 cons. 2 et cons. 4a; arrêt du TF du 04.01.2012 [9C_678/2011] cons. 5.1). D'après l'article 31 al. 1

LPGA , l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière d'assurance-invalidité, l'article 77 al. 1 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 cons. 2a, arrêt du TF du 8.10.2014 [9C_261/2014] cons. 2.2). En l'espèce, le versement indu des prestations du 1 er février 2012 au 30 avril 2013 résulte d'une violation de l'obligation de renseigner du recourant au sujet du changement de son taux de travail et partant, de son salaire. Sa bonne foi est exclue dans la mesure où la décision du 28 janvier 2008 rappelait que toute modification de la situation personnelle ou économique susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations devait être immédiatement annoncée à l'office, étant précisé que l'obligation de renseigner portait notamment sur "les changements de salaire" . Cette modification de la prestation ayant un effet rétroactif entraînant une obligation de restituer, la restitution de ces prestations est donc, sur le principe, justifiée. Cela étant, en application de l' article 88bis al. 2 let. a RAI , la diminution de la rente faisant suite à une révision prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Cela signifie que la diminution de la rente allouée, passant d'une demie à un quart de rente, prend effet au 1 er novembre 2014. En revanche, les prestations versées jusque-là, soit du 1 er mai 2013 au 31 octobre 2014 ne doivent pas être restituées. b) Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2 1 re phrase LPGA). Cette question doit être examinée d'office. Nonobstant la terminologie légale , il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption (arrêt du TF du 05.11.2013 [2C_180/2013] cons. 5.2 et les références). Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution. Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (arrêt du TF du 17.06.2014 [8C_695/2013] cons. 2.2 et les références). Si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption ne peut commencer à courir qu'avec le versement effectif de la prestation, la créance en restitution de rentes mensuelles versées à tort n'étant pas sujette à péremption aussi longtemps que la prestation périodique n'a pas encore été versée (arrêt du TF du 9.11.2012 [9C_473/2012] cons. 3 et les

références). c) En l'espèce, l'office intimé a eu connaissance des faits fondant l'obligation de restituer les prestations versées du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013, à savoir que le recourant avait considérablement augmenté ses revenus en 2012, lors de l'impression de l'extrait de son compte individuel, le 27 mai 2013 (projet de décision du 17.06.2014, p. 3 [p. 204] et extrait du compte individuel [p. 165]). Il a par ailleurs su que le recourant avait occupé pendant plus d'une année un poste à 60 % et s'était inscrit au chômage au même taux, à réception du dossier de l'assurance-chômage, le 23 août 2013. Aussi, en ne rendant formellement que le 6 octobre 2014 la décision de restitution pour les prestations versées en trop du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013, l'intimé a agi tardivement.

E. 6

octobre 2014 sont annulées et la décision de suppression et réduction de rente du 24 septembre 2014 confirmée. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis partiellement à la charge du recourant et de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI). Le solde de son avance de frais sera restitué au recourant, lequel a par ailleurs droit à des dépens partiels à hauteur de 800 francs (art. 61 let. g LPGA).

E. 50

% au moins à une demi-rente, une invalidité de 60 % au moins à trois-quarts de rente et une invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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 recours, a besoin de renseignements 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 ou 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 125 V 256cons. 4, arrêt du TF du 19.08.2009 [8C_862/2008]cons. 4.2).

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 que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, 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 450cons. 11.1.3, 125 V 351cons. 3a). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc; arrêt du TF du 2.04.2014 [9C_94/2014]cons. 4.1). On ajoutera que les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie, en application de l'article 44 LPGA, auprès d'un

spécialiste externe ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent cependant être pris en considération. Mais, en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 135 V 465 cons. 4).

c) En vertu de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, soit augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision du droit à la rente au sens de l'article 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 cons. 6.1 p. 546 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 cons. 3.5) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 cons. 3b). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5).

4. Au vu des griefs soulevés par le recourant, la suppression du droit à une demi-rente du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013 n'est pas réellement litigieuse, le revenu d'invalidité pris en compte pour la comparaison des revenus, dont le montant et le calcul n'est au demeurant pas contesté, étant celui effectivement réalisé.

La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle du 22 décembre 2000, par laquelle l'OAI a maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité en faveur du recourant, suite à l'expertise du Dr A. Il faut donc comparer l'état de santé du recourant en date du 22 décembre 2000 avec son état de santé au moment de la décision litigieuse, afin de déterminer s'il s'est amélioré dans une mesure justifiant la diminution de la rente.

Entre le rapport d'expertise du Dr A. du 2 juin 1999, son complément du 13 mars 2000 et le rapport du Dr C. du 16 août 2013 faisant état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, sont apparus des troubles urologiques, qui ressortent d'un rapport du 7 novembre 2006 du Dr B. Ce dernier a mentionné le diagnostic de possibles séquelles neurologiques vésicales et fait état d'une pollakiurie avec des quantités assez faibles. Il a en revanche indiqué avoir obtenu une excellente débitmétrie, permettant d'exclure un problème de dysnergie vésico-sphinctérienne en faveur d'une vessie trop active et trop réactive. Il lui a donc prescrit une médication dont l'éventuel bénéfice serait réévalué et, en cas de non-réponse, un examen urodynamique serait indiqué.

Entre-temps, en 2006, les Drs F. et G., consultés pour des lombalgies chroniques, avaient constaté une altération de la trame osseuse L4-L5, un remaniement du corps vertébral L5-S1 et une arthrose articulaire postérieure L5-S1. Ils ont indiqué que la symptomatologie douloureuse s'était légèrement améliorée suite à un traitement conservateur (Irfen, Dalfalgan, Mydocalm) et, qu'en date du 25 juillet, la persistance de la lombalgie avait diminué en intensité. Ils ont expliqué que les douleurs résultaient du remaniement post-traumatique et de l'arthrose articulaire postérieure. Des exercices de tonification

musculaires au long cours ainsi qu'une hygiène du dos rigoureuse ont vivement été recommandés à l'assuré (rapport du 31.07.2006).

Dans ses rapports des 28 mars et 12 juin 2014, le médecin du SMR n'a pas considéré que l'assuré présentait une péjoration de son état de santé impliquant une diminution de la capacité de travail. Au contraire, il a retenu une amélioration de celle-ci à un taux de 60 % depuis le 9 janvier 2012 dans une activité adaptée, motif pris qu'il avait effectivement travaillé à ce taux du 9 janvier 2012 au 18 février 2013, sans aucun indice d'un engagement au-dessus de ses forces. Même si ce médecin ne s'exprime pas sur les conséquences des troubles mictionnels sur la capacité de travail de l'assuré, son appréciation n'est pas critiquable. Du point de vue médical, dans la mesure où aucun rapport, émanant du Dr B. ou d'un autre urologue, n'a succédé au rapport du 7 novembre 2006 de ce médecin, on peut retenir que le traitement proposé a été bénéfique et qu'à cet égard l'état de santé du recourant s'est amélioré. Tel est également le cas du point de vue orthopédique et rhumatologique, puisqu'aucun rapport postérieur à celui des Drs F. et G., du 31 juillet 2006, ne figure au dossier, ce qui permet de retenir que le traitement proposé a également été efficace et que la situation s'est améliorée. L'aptitude effective du recourant à travailler dans sa dernière activité à un taux de 60 % et son inscription au chômage au même taux confirment l'avis du médecin du SMR. On précisera que même si, dans le cadre de son dernier emploi, 10 % du taux n'était affecté qu'à de la représentation, celle-ci n'en constituait pas moins une activité rétribuée. L'activité globale était par ailleurs adaptée à l'état de santé du recourant puisque l'attestation employeur ne fait état d'aucune absence pour cause de maladie et les relevés mensuels des heures auprès de la société D. SA, peu lisibles, pourraient éventuellement laisser deviner tout au plus 8 jours d'absence pour ce motif sur toute la durée d'engagement. Une aggravation de l'état de l'assuré paraît par ailleurs peu probable, lui-même ayant indiqué, le 25 juin 2013, dans le questionnaire de l'OAI, que son état de santé était toujours le même. Enfin, l'appréciation du Dr E. est compatible avec celles du Dr A. des 2 juin 1999 et 13 mars 2000 selon lesquelles une capacité de travail dans une activité adaptée, donnant la possibilité de changer régulièrement de positions, pourrait atteindre 80 à 100 %, malgré les quelques réserves, non motivées, émises par l'expert ensuite quant à un reclassement professionnel impliquant une tension musculaire, voire même psychologique. Pour tous ces motifs, l'exigibilité de 60 % dans une activité adaptée retenue par le médecin du SMR dès le 1er mai 2013 n'est pas critiquable. Il n'existe donc aucun doute sur la fiabilité et la pertinence des rapports de ce médecin ainsi que sur la situation médicale du recourant, si bien qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'investigations complémentaires telle une expertise.

La comparaison des revenus, dont les montants retenus et les calculs ne sont pas contestés, aboutissant à une invalidité économique de 9 % pour la période du 1er février 2012 au 30 avril 2013 et de 41 % dès le 1er mai 2013, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé le droit à une demi-rente du 1er février 2012 au 30 avril 2013, puis remplacé le droit à une demi-rente par un quart de rente dès le 1er mai 2013.

On précisera que, dans la mesure où il a toujours exercé une activité lucrative entre 50 % et 60 % au moins, le recourant est capable de mettre immédiatement à profit sa capacité résiduelle de travail de 60 % sur un marché équilibré de l'emploi, si bien que des mesures d'ordre professionnel, au sens de la jurisprudence applicable en cas de réduction ou de suppression du droit à la rente d'un assuré âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (arrêt du TF du 02.12.2014 [9C_355/2014] cons. 6.1 et les références), ne sont pas nécessaires.

5.a) Lorsqu'un versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des articles 31 LPGA et 77 RAI et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indue de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 let. b RAI; ATF 119 V 431 cons. 2 et cons. 4a; arrêt du TF du 04.01.2012 [9C_678/2011] cons. 5.1).

D'après l'article 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière d'assurance-invalidité, l'article 77 al. 1 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 cons. 2a, arrêt du TF du 8.10.2014 [9C_261/2014] cons. 2.2).

En l'espèce, le versement indu des prestations du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2013 résulte d'une violation de l'obligation de renseigner du recourant au sujet du changement de son taux de travail et partant, de son salaire. Sa bonne foi est exclue dans la mesure où la décision du 28 janvier 2008 rappelait que toute modification de la situation personnelle ou économique susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations devait être immédiatement annoncée à l'office, étant précisé que l'obligation de renseigner portait notamment sur "les changements de salaire". Cette modification de la prestation ayant un effet rétroactif entraînant une obligation de restituer, la restitution de ces prestations est donc, sur le principe, justifiée. Cela étant, en application de l'article 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution de la rente faisant suite à une révision prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Cela signifie que la diminution de la rente allouée, passant d'une demie à un quart de rente, prend effet au 1^{er} novembre 2014. En revanche, les prestations versées jusque-là, soit du 1^{er} mai 2013 au 31 octobre 2014 ne doivent pas être restituées.

b) Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2 1^{re} phrase LPGA). Cette question doit être examinée d'office. Nonobstant la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption (arrêt du TF du 05.11.2013 [2C_180/2013] cons. 5.2 et les références). Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution. Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait

preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (arrêt du TF du 17.06.2014 [8C_695/2013] cons. 2.2 et les références). Si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption ne peut commencer à courir qu'avec le versement effectif de la prestation, la créance en restitution de rentes mensuelles versées à tort n'étant pas sujette à péremption aussi longtemps que la prestation périodique n'a pas encore été versée (arrêt du TF du 9.11.2012 [9C_473/2012] cons. 3 et les références).

c) En l'espèce, l'office intimé a eu connaissance des faits fondant l'obligation de restituer les prestations versées du 1er février 2012 au 30 avril 2013, à savoir que le recourant avait considérablement augmenté ses revenus en 2012, lors de l'impression de l'extrait de son compte individuel, le 27 mai 2013 (projet de décision du 17.06.2014, p. 3 [p. 204] et extrait du compte individuel [p. 165]). Il a par ailleurs su que le recourant avait occupé pendant plus d'une année un poste à 60 % et s'était inscrit au chômage au même taux, à réception du dossier de l'assurance-chômage, le 23 août 2013. Aussi, en ne rendant formellement que le 6 octobre 2014 la décision de restitution pour les prestations versées en trop du 1er février 2012 au 30 avril 2013, l'intimé a agi tardivement.

6. Le recours doit être partiellement admis en ce sens que les décisions de restitution du 24 septembre 2014 et du 6 octobre 2014 sont annulées et la décision de suppression et réduction de rente du 24 septembre 2014 confirmée. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis partiellement à la charge du recourant et de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI). Le solde de son avance de frais sera restitué au recourant, lequel a par ailleurs droit à des dépens partiels à hauteur de 800 francs (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet partiellement le recours en ce sens que les décisions de restitution des 24 septembre 2014 et 6 octobre 2014 sont annulées.

2. Rejette le recours pour le surplus.

3. Met à la charge du recourant les frais de procédure à hauteur de 220 francs, montants déduits de l'avance de frais de 440 francs, le solde lui étant restitué.

4. Met à la charge de l'OAI les frais de procédure à hauteur de 220 francs.

5. Alloue au recourant une indemnité de dépens réduite de 800 francs, tous honoraires, frais et TVA compris, à charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 9 juillet 2015

1 Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

2 Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

3 Le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé. Le droit s'éteint une année après que le cotisant a eu connaissance de ses paiements trop élevés, mais au plus

tard cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées.

1L'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

2Toute personne ou institution participant à la mise en oeuvre des assurances sociales a l'obligation d'informer l'assureur si elle apprend que les circonstances déterminantes pour l'octroi de prestations se sont modifiées.

L'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

1Nouvelle teneur selon le ch. I du R du 16 nov. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2012 (RO20115679).

11

2Lorsqu'il s'avère qu'une prestation doit être diminuée ou supprimée à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, cette modification ne prend effet qu'à partir du mois qui suit la nouvelle décision. Pour les rentes, les allocations pour impotent et les contributions d'assistance, l'art. 88bis, al. 2, est applicable.²

3Pour les créances en restitution non remises et irrécouvrables, l'art. 79bisRAVS s'applique par analogie.³

1Abrogé par le ch. I de l'O du 28 sept. 2007, avec effet au 1erjanv. 2008

(RO20075155).²Nouvelle teneur selon le ch. I du R du 16 nov. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2012 (RO20115679).³Introduit par le ch. I de l'O du 29 nov. 1976 (RO19762650). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023721).

1L'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt:²

- a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée;
- b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue;
- c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert.³

2La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet:⁴

- a.⁵au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision;
- b.⁶rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la

violation de l'obligation de renseigner.

1Introduit par le ch. I de l'ACF du 15 janv. 1968 (RO196843). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 29 nov. 1976, en vigueur depuis le 1erjanv. 1977 (RO19762650).2Nouvelle teneur selon le ch. I du R du 16 nov. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2012 (RO20115679).3Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1992, en vigueur depuis le 1erjuil. 1992 (RO19921251).4Nouvelle teneur selon le ch. I du R du 16 nov. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2012 (RO20115679).5Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 7 juil. 1982, en vigueur depuis le 1erjanv. 1983 (RO19821284).6Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 19 sept. 2014, en vigueur depuis le 1erjanv. 2015 (RO20143177).

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