

NE_GERICHTE CDP.2020.236 vom 6. Juli 2021

NE Tribunal cantonal, 2021-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2020.236

FR: NE_GERICHTE CDP.2020.236 du 6 juillet 2021

IT: NE_GERICHTE CDP.2020.236 del 6 luglio 2021

Erwägungen

E. 10

et 17 janvier 2020 et a été confiée aux Drs J. _____, médecin praticien, K. _____, spécialiste en neurologie FMH, et L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Dans leur rapport du 9 mars 2020, les experts ont retenu des diagnostics de migraines chroniques sans aura (avec facteur cataménial et possible composante de céphalées sur abus d'antalgiques) et de syndrome du côlon irritable. Considérant la tristesse et le découragement décrits par l'assurée comme une réaction normale à une maladie chronique, ils ont précisé ne pas retenir de diagnostic sur le plan psychiatrique. A titre de limitations fonctionnelles, ils ont essentiellement admis un absentéisme lié au caractère en partie imprévisible de survenue des épisodes migraineux. Malgré un symptôme subjectif de fatigue chez l'expertisée (non objectivé à l'examen par l'échelle de somnolence d'Epworth), les experts ont nié une majoration des symptômes psychiques et ont estimé que l'assurée, dont les ressources étaient conservées et exploitables, présentait une atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie. De manière consensuelle, les experts ont retenu une capacité de travail de 50 % depuis le 18 septembre 2015 dans l'activité exercée, en précisant que la situation devait être réévaluée dans les (douze à) dix-huit mois, après poursuite d'un suivi neurologique rapproché (tous les deux à trois mois) et proche du domicile, avec propositions thérapeutiques d'adaptation du traitement de fond (tel que détaillé dans l'expertise neurologique), un sevrage médicamenteux en milieu hospitalier devant en outre être impérativement envisagé. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts ont préconisé une pièce de travail calme et des horaires réguliers, en ajoutant que ces mesures ne permettraient pas d'augmenter la capacité de travail de l'assurée (qui resterait identique à celle retenue dans l'activité exercée).

Un troisième rapport de consultation du Prof. F. _____, daté du 25 septembre 2019, a été annexé au rapport d'expertise du 9 mars 2020. Dans ce document, le Prof. F. _____ a fait état d'une persistance des migraines chroniques sans aura, sans changement du caractère des céphalées, mais avec une augmentation de fréquence (pratiquement quotidienne). Quant au traitement de fond, il a proposé un essai avec du Sibélium et, en cas d'échec, une demande à l'assurance-maladie pour le remboursement d'un traitement anti-CGRP.

Considérant que le rapport d'expertise du 9 mars 2020 permettait de retenir l'absence d'effet incapacitant durable supplémentaire des migraines chroniques, depuis la décision du 6 novembre 2017, et l'absence d'autre atteinte à la santé avec effet incapacitant, le SMR a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité exercée et dans une activité adaptée, inchangée depuis septembre 2014. Faute de concordance des avis spécialisés concernant le traitement, le SMR a estimé qu'un traitement n'était pas exigible et qu'en l'absence de perspective de véritable amélioration de la situation, il n'y avait pas de motif

médical pour prévoir une révision rapprochée. Se ralliant aux conclusions du SMR, l'OAI a informé son assurée, par communication du 18 mars 2020, puis par décision du 26 mai 2020, qu'à défaut de péjoration de son état de santé et compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, elle continuerait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, sans modification.

B.X. _____ interjette recours auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre cette décision dont elle demande l'annulation, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 23 février 2018, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle requiert en outre l'assistance judiciaire gratuite et la désignation de son mandataire en qualité d'avocat d'office. En substance, elle fait valoir sur le plan professionnel que l'activité qu'elle exerçait à 50 % auprès de l'entreprise A. _____, lorsque l'OAI lui a octroyé une demi-rente, revêtait une forme exceptionnelle d'emploi adapté et que la perte de cet emploi constitue une modification sensible des conséquences de son état de santé sur sa capacité de gain, propre à influencer son degré d'invalidité. Sur le plan personnel, elle allègue ne plus avoir de vie sociale en raison de l'aggravation de son état de santé et avoir besoin d'aide pour faire ses courses, effectuer ses paiements et entretenir son ménage. Pièces à l'appui, elle indique n'avoir pas été en mesure de recevoir des ouvriers pour l'exécution de travaux dans son appartement. Sur le plan médical, se fondant notamment sur l'appréciation de son médecin traitant, le Dr E. _____, sur l'avis du SMR, ainsi que sur une liste manuscrite des professionnels consultés et des traitements entrepris entre 1986 et 2019, elle invoque qu'aucun traitement n'est exigible, respectivement que certains traitements sont susceptibles de présenter un danger pour sa santé. Contrairement aux conclusions des experts du CEMed, elle soutient qu'une adaptation de son traitement médicamenteux ne peut pas résoudre son état migraineux, que son incapacité de travail est totale dans toute activité depuis le 23 février 2018, qu'il ne se justifie pas d'attendre encore dix-huit mois pour réévaluer la situation et que son droit à une rente entière d'invalidité doit être reconnu.

C. Sans formuler d'observations, l'OAI conclut au rejet du recours.

C O N S I D E R A N T

en droit

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

2.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 où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. 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 28.07.2008 [9C_449/2007] cons. 2.2 et les références citées).

b) En l'espèce, les correspondances échangées entre la recourante et M. _____ du 21 octobre 2019 au 15 février 2020 n'ont été produites qu'au stade du recours, mais sont antérieures à la décision du 26 mai 2020. La liste manuscrite des professionnels consultés et traitements entrepris, qui n'est pas datée, est établie chronologiquement et porte sur les

années 1986 à 2019. Ces documents peuvent donc être pris en compte dans la présente procédure. Les courriers de A. _____ du 22 juin 2020 et du Dr E. _____ du 26 juin 2020, produits à l'appui du recours, sont en revanche postérieurs à la décision querellée. Néanmoins, dans la mesure où ils discutent la décision rendue et se prononcent sur l'état de fait existant lorsque l'OAI a statué, ils peuvent également être pris en considération.

3.a) En vertu de l'article 17 al. 1 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, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée 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 144 I 103 cons. 2.1, 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 à 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 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 cons. 2.1, 141 V 9 cons. 2.3). La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par 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 (ATF 133 V 108 cons. 5; cf. également arrêt du TF du 04.02.2021 [8C_145/2020] cons. 4.1).

b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 du médecin 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 134 V 231 cons. 5.1, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c et les références citées; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C_453/2017] cons. 4.2). En ce qui concerne

les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; arrêts du TF du 27.09.2010 [4A_412/2010] cons. 3.1 et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2).

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 références citées; 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.

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 193 cons. 2). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, de principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 cons. 5a; arrêt du TF du 11.07.2008 [8C_746/2007] cons. 5.1).

d) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle

sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente (arrêt du TF du 22.09.2010 [9C_1066/2009] cons. 4.1 et les références citées).

e) Conformément à l'article 7 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (al. 1). L'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit notamment de traitements médicaux au sens de l'article 25 LAMal (al. 2 let. d). Selon l'article 7a LAI, est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé.

4.a) En l'espèce, pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue, il y a lieu de comparer les circonstances existant au moment de la décision contestée avec celles prises en compte lors du prononcé du 6 novembre 2017, dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente.

b) La décision du 6 novembre 2017, qui a été rendue à la suite de la demande de prestations du

E. 12

décembre 2014, repose sur les conclusions de l'expertise neurologique du Dr D. _____, confirmées par le SMR dans son avis du 7 juin 2017.

En mai 2017, la recourante présentait, selon le Dr D. _____, des migraines sans aura, non adéquatement traitées. Dans son anamnèse, cet expert a décrit l'existence depuis une trentaine d'années de phénomènes migraineux, attribués à un accident, à l'âge de 17 ans, avec un polytraumatisme et un traumatisme cranio-cérébral (TCC), alors que l'assurée était passagère d'un vélomoteur. Il a évoqué des céphalées spécifiquement du côté droit, sans trouble visuel d'accompagnement, mais avec une phono-photophobie, ainsi que des nausées. Outre un facteur cataménial important, il a mentionné les parfums, la lumière, ainsi que des mouvements comme potentiels déclencheurs de crises. Sur la base des dires de l'assurée, le Dr D. _____ a fait état de 2 à 3 jours complètement libres de céphalées par semaine, de crises réellement fortes interférant avec les activités entre 2 et 3 fois par semaine durant quelques heures et de migraines cataméniales. Sur le plan professionnel, cet expert a rapporté qu'après un travail en tant que graphiste, un licenciement en raison d'absentéisme et du chômage l'exercice par l'assurée d'une activité à 50 % comme poseuse de sol, «avec son ami», exercée à raison de 2½ jours complets de travail par semaine, avec certaines fluctuations selon l'intensité des migraines. Quant au souhait de l'intéressée, il a indiqué «une incapacité de travail à 50 %, et retravailler comme graphiste le reste du temps». Niant une atteinte organique neurologique ou neuropsychologique déficitaire, le Dr D. _____ a retenu un tableau clinique uniquement en rapport avec les céphalées. Dans ce contexte, soit compte tenu de la survenue de 2 à 3 crises migraineuses sévères par semaine, il a conclu à une incapacité de travail correspondant à un taux de 50 % en l'absence de traitement et à une capacité de travail potentielle de 100 % ou proche de 100 % avec un traitement adéquat, en précisant que cette incapacité de travail, due à l'absentéisme lié aux crises migraineuses les plus sévères, n'était pas permanente. Quant au traitement possible, le Dr D. _____ a préconisé un essai de médication de type

triptans et un traitement de fond, avec des bêtabloquants comme premier choix.

Parallèlement à la reconnaissance d'un droit à une demi-rente d'invalidité, fondé sur une incapacité de travail et par conséquent de gain de 50 % dans toute activité lucrative, l'OAI a formellement mis en demeure son assurée de se soumettre à un traitement médical (traitement adéquat des crises migraineuses et/ou traitement de fond). Cette solution, avec laquelle la recourante s'est déclarée d'accord, a mené à la décision du 6 novembre 2017, qui est entrée en force.

c) La décision ici querellée a été prise dans le cadre de la procédure de révision introduite d'office par l'OAI le 23 février 2018 (et non suite à une demande de révision de l'assurée comme allégué dans le recours). Au terme de son instruction, en se fondant notamment sur le rapport des experts du CEMed du 9 mars 2020, l'intimé a considéré que l'état de santé de son assurée n'avait pas connu de péjoration et que celle-ci présentait toujours une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative. Le présent litige porte ainsi sur le fait de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a maintenu la demi-rente d'invalidité accordée le 6 novembre 2017 ou si, comme le soutient la recourante, sa rente doit être augmentée.

Au moment où la procédure de révision a été ouverte, l'assurée a fait part, par le biais du questionnaire retourné à l'OAI, d'une aggravation de ses crises de migraines, d'une part, et de la perte de son emploi auprès de A. _____, d'autre part.

Si l'existence de migraines n'est pas remise en question et est retenue dans tous les avis recueillis par l'intimé, avec quelques nuances dans la formulation du diagnostic (migraines chroniques invalidantes [Dr E. _____, rapport reçu par l'OAI le 23.03.2018], migraines chroniques sans aura à composante cataméniale [Prof. F. _____, rapports de consultation des 16.03.2018 et 25.09.2019], migraines chroniques sans aura [rapport d'expertise du 09.03.2020]), la difficulté consiste à déterminer si cette atteinte à la santé, qui n'est pas facilement objectivable, s'est ou non péjorée. Mis à part des acouphènes, évoqués brièvement par le Dr E. _____ dans son courrier au SMR du 4 octobre 2018 et un syndrome du côlon irritable, mentionné par les experts du CEMed dans leur rapport du 9 mars 2020, le dossier ne fait pas état de l'apparition d'autres atteintes susceptibles d'aggraver l'état de santé de l'assurée. C'est donc essentiellement l'évolution et les répercussions du tableau migraineux qu'il s'agit ici d'examiner.

Le rapport d'expertise du 9 mars 2020, auquel l'OAI s'est notamment référé, a été établi sur la base d'examens cliniques et d'une pleine connaissance du dossier médical de la recourante. Les médecins du CEMed ont tenu compte de l'anamnèse et des plaintes subjectives de l'expertisée et leurs conclusions, prises dans le cadre d'une évaluation consensuelle, sont claires. Toutefois, un examen plus approfondi du rapport d'expertise amène à constater que ses conclusions ne sont pas étayées de façon suffisamment convaincante et précise pour évaluer l'ampleur de l'atteinte migraineuse et expliquer la capacité de travail résiduelle de 50 % retenue. La fréquence des migraines, certes approximative et fondée sur les dires de l'assurée, n'est pas décrite de façon concordante par les trois experts. Alors que l'expert psychiatre et le médecin praticien font état, dans leurs rapports respectifs (rapport du Dr L. _____ et rapport du Dr J. _____), d'un jour par semaine, voire un jour toutes les deux semaines sans migraines, l'expert neurologue indique une céphalée quasiment quotidienne et des intervalles libres de toute douleur durant maximum 24 heures, environ deux jours par semaine (rapport du Dr

K. _____). En outre, ni la première hypothèse, qui dépeint des migraines plus importantes (6 jours sur 7, voire 13 jours sur 14), ni la seconde hypothèse, qui est minoritaire au sein des experts mais correspond aux constatations les plus récentes du Dr E. _____ («X. _____ [...] est dans un état invalide environ 5 jours par semaine, en raison de ses migraines»), ne permettent de justifier l'exercice d'une activité professionnelle à 50 %, soit à raison de 2½ jours par semaine, de la part de la recourante. Au surplus, indépendamment du nombre exact de jours sans migraines (0, 1 ou 2 par semaine), la non-prévisibilité de la survenue des épisodes migraineux et l'absentéisme irrégulier et aléatoire qui en découle, pourtant admis à titre de limitations fonctionnelles par les experts, ne paraissent pas avoir été pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail exigible auxquels ces derniers ont procédé. Aucune variabilité résultant de ces limitations n'a été évoquée à l'appui du taux retenu. Bien plus, les experts, en préconisant une activité adaptée impliquant notamment des horaires réguliers, semblent en avoir fait totalement abstraction.

Après avoir conclu à la présence de ressources conservées et exploitables, le rapport d'expertise du 9 mars 2020 fait état, sous l'angle du contrôle de cohérence, d'une atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie. Les trois experts décrivent un quotidien solitaire conditionné par les migraines (l'assurée vit seule, passe souvent toute la journée au lit, évite de prendre les transports publics, s'adonne à ses activités lorsque son état le lui permet) et une vie sociale limitée (son ancien compagnon [principal soutien], sa mère et quelques amis), ayant plutôt tendance à s'appauvrir. Compte tenu de la difficulté à établir en l'occurrence un tableau clinique de manière objective, ces éléments, cohérents et considérés comme dépourvus d'exagération (à titre consensuel comme dans leurs rapports respectifs, les experts relèvent expressément que l'assurée ne majore pas ses symptômes), constituent également des indices dans le sens d'une aggravation des migraines et de leurs répercussions sur les aptitudes de l'assurée en général. Or, malgré une description des journées dégradée par rapport à celle qui était évoquée en 2017 par l'expert D. _____, lequel indiquait un réveil à 6 heures et l'exercice d'une activité professionnelle 2½ jours par semaine, cette tendance ne se retrouve pas dans les conclusions des experts du CEMed, qui retiennent une exigibilité inchangée pour ce qui est de la capacité de travail.

A cet égard, il y a lieu de relever que la situation professionnelle de la recourante s'est effectivement modifiée, depuis l'expertise du Dr D. _____ du 30 mai 2017 et la décision initiale de l'OAI du 6 novembre 2017. Alors qu'à l'époque le rythme de vie de l'intéressée était déjà fortement influencé par les épisodes migraineux, celle-ci affirmait travailler à raison de 2½ jours de travail par semaine comme poseuse de sol, selon un horaire certes modulé en fonction des jours de migraines mais à un taux correspondant à un 50 %. A la différence de l'expert D. _____, qui a confirmé la capacité de travail de 50 % alors exercée, tout en estimant que celle-ci pouvait être augmentée par le biais d'un traitement, les Drs J. _____, L. _____ et K. _____ ne pouvaient se prévaloir d'un emploi en cours et devaient motiver de manière plus détaillée les raisons pour lesquelles la capacité résiduelle de travail de l'assurée pouvait être estimée à 50 %. En particulier, du fait que l'imprévisibilité et la durée variable des crises migraineuses empêchent une exploitation régulière de la capacité résiduelle de travail, selon un horaire prédéfini, il importait de préciser selon quels paramètres l'absentéisme lié aux migraines avait été évalué (nombre d'épisodes migraineux reconnus comme invalidants, jours de présence au travail exigibles, baisse de rendement moyenne, etc.). Faute d'indications dans ce sens, le

raisonnement suivi ne trouve pas un fondement suffisant pour pouvoir être validé.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que le rapport d'expertise du 9 mars 2020, certes établi conformément aux exigences jurisprudentielles, n'apporte pas tous les éléments médicaux nécessaires pour statuer sur le degré requis de la vraisemblance prépondérante sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante depuis la décision du 6 novembre 2017 et pour confronter les conclusions des experts aux avis divergents des médecins traitants.

d) Par ailleurs, au-delà de l'estimation du taux d'activité médicalement exigible et conformément à la jurisprudence précitée (cf. cons. 3d), se pose en outre la question de savoir si la recourante peut encore exploiter économiquement son éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché du travail, point que l'intimé n'a pas abordé. En l'occurrence, l'engagement de l'assurée par son ami pour un emploi en tant que poseuse de sol, avec un horaire flexible et modulable en fonction des épisodes migraineux de l'intéressée, constituait de toute évidence un statut privilégié. Au vu de la compréhension particulière exigée de l'employeur, quant à l'imprévisibilité de l'horaire et la masse de travail irrégulière susceptible d'être accomplie, un examen de l'employabilité de la recourante dans une activité salariée traditionnelle devrait être entrepris.

e) Enfin, on relèvera encore que sur le plan thérapeutique, les différents avis recueillis attestent de multiples essais, qui n'ont toutefois pas apporté d'amélioration significative. Par avis du 27 août 2018, le SMR a considéré que l'assurée s'était, d'un point de vue médical, soumise au traitement exigé lors de la mise en demeure du 15 juin 2017, de sorte qu'aucun manquement ne peut à cet égard être formellement reproché à la recourante. Cela étant, tant les experts du CEMed que le Prof. F. _____ suggèrent d'autres pistes thérapeutiques, non encore exploitées. Le point de savoir si le suivi d'un nouveau traitement médical est susceptible d'améliorer la capacité de travail et les possibilités de gain de l'assurée et peut à ce titre être exigé de sa part - ce que le SMR a écarté le 16 mars 2020 faute de concordance des avis spécialisés - mérite certainement d'être approfondi et revu, à la lumière de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cons. 3e) et compte tenu des éventuels nouveaux éléments thérapeutiques intervenus depuis la décision ici querellée. Quoi qu'il en soit, toute diminution des prestations de l'assurée, liée au suivi et/ou au résultat d'un traitement, ne peut pas échapper à l'effet que pour l'avenir et excède par conséquent le cadre de la présente procédure de révision.

5. Pour toutes ces raisons, il y a lieu d'admettre qu'en l'état, le dossier ne permet à la Cour de céans ni d'exclure une modification notable des circonstances ni de confirmer qu'il y a motif à réviser la décision du 6 novembre 2017. Le recours doit donc être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Au vu de l'issue du litige, les frais seront supportés par l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). Obtenant gain de cause et plaidant avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à des dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Le montant des frais et dépens doit être défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais), en fonction notamment du temps nécessaire à la cause (art. 58 al. LTFrais, applicable par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Le mandataire de la

recourante n'ayant pas déposé d'état de ses honoraires et frais, la Cour de céans fixera en conséquence les dépens sur la base du dossier (art. 64 al. 2LTfrais, applicable par renvoi de l'art. 67LTfrais). L'activité déployée par le mandataire peut dans la présente cause être évaluée à environ 8 heures. Eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 280 francs de l'heure (soit en l'espèce CHF 2'240), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 52LTfrais, soit CHF 224) et de la TVA (au taux de 7,7 %, soit CHF 189.70), l'indemnité de dépens est ainsi fixée à 2'653.70 francs, débours et TVA compris. En outre, le sort de la cause et l'octroi de dépens en découlant ont pour conséquence de rendre la requête d'assistance judiciaire sans objet.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.
2. Annule la décision attaquée et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
3. Met à la charge de l'OAI un émolument de décision de 400 francs et des débours par 40 francs.
4. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'653.70 francs à la charge de l'intimé.
5. Déclare la requête d'assistance judiciaire de la recourante sans objet.

Neuchâtel, le 6 juillet 2021

1 L'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA61) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA).

2 L'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier:

- a. de mesures d'intervention précoce (art. 7d);
- b. de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a);
- c. de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b);
- d. de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal62;
- e. 63 de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de renteau sens de l'art. 8a, al. 2 (mesures de nouvelle réadaptation).

60 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215).

61 RS830.1

62 RS832.10

63 Introduite par le ch. I de la LF du 18 mars 2011 (6^e révision AI, 1^{er} volet), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20115659; FF20101647).

Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé.

64 Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215).

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.

1 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:

a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou

b. atteint 100 %.

2 De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

19 Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 1 de la LF du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2022 (RO2021705; FF20172363).

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