

NE_GERICHTE CDP.2021.232 vom 6. Februar 2023

NE Tribunal cantonal, 2023-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2021.232

FR: NE_GERICHTE CDP.2021.232 du 6 février 2023

IT: NE_GERICHTE CDP.2021.232 del 6 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

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

E. 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 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 références citées). 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). b/aa) L'IRM lombo-sacrée du 1^{er} juin 2021 se réfère à l'état de santé tel qu'il se présentait avant le prononcé de l'arrêt attaqué. Il peut ainsi en être tenu compte. b/bb) Le courrier du 26 août 2021 du Dr E. _____ contient un compte-rendu d'une consultation du même jour, soit postérieurement à la décision attaquée. Il fait pour partie référence à une situation qui existait déjà au moment de la décision attaquée. Dans cette mesure, il peut être pris en considération. b/cc) Les arrêts de travail de la Dre A. _____ concernent tous une période postérieure à la décision attaquée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. b/dd) La prescription de physiothérapie du 6 octobre 2021 peut être prise en considération dans la mesure où elle est fondée sur des diagnostics déjà présents au moment de la décision attaquée. b/ee) Le rapport médical du 7 septembre 2022 du Dr F. _____ mentionne une première consultation le 21 octobre 2021 et se réfère à un état de santé psychiatrique tel qu'il se présente après le prononcé de la décision attaquée. Il ne peut ainsi pas être tenu compte de ce document dans le cadre de la présente procédure. b/ff) Le rapport du 15 août 2022 du Dr G. _____ mentionne un premier examen le 29 mars 2022 et présente les constatations du médecin faites à cette date et ultérieurement. Il ne peut pas être tenu compte de ce document dans le cadre de la présente procédure.

E. 3

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 droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 4

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 LPGGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGGA, 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 LPGGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente AI, un taux d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente AI et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

E. 5

kilos du port de charges, mentionnée par la Dre A. _____ dans son certificat médical du 21 mai 2019 et répété dans son courrier du 18 novembre 2019. Il semble par ailleurs que, contrairement à ce qu'elle soutient, ce médecin traitant généraliste soit la seule à énoncer une telle limitation fonctionnelle, qui n'est en particulier reprise ni par la Dre D. _____, spécialiste en maladies rhumatismales, ni par le neurologue, le Dr C. _____, dans son rapport du 17 mars 2020. Il convient de rappeler que le SMR a dûment retenu pour ses déterminations les limitations fonctionnelles définies par ce neurologue. Le grief de la recourante doit être écarté.

9. Dans le cadre de la décision attaquée, l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et a retenu que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait été active à 60 %, la part restante de 40 % étant consacrée aux activités ménagères. Pour ce faire, il s'est fondé sur les déclarations faites par l'intéressée en réponse au questionnaire sur le statut de la personne assurée, rempli le 12 septembre 2018. L'assurée y a mentionné que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à temps partiel à 60 %, en expliquant que «c'est le taux d'occupation dont j'ai besoin, étant divorcée et ayant encore ma fille à charge» et que «60 % est idéal pour subvenir à mes besoins, étant divorcée et ayant ma fille à charge, ainsi je garde un peu de temps pour elle». Dans son recours, l'intéressée fait valoir que la situation a évolué et que partant, elle devrait, en bonne santé, travailler à un taux supérieur, ajoutant que «le cours ordinaire des choses de la vie et surtout les besoins financiers de chacun, ne lui permettraient pas de ne poursuivre "que" partiellement une activité à 60 %».

La recourante ne conteste pas qu'au moment où elle a rempli le questionnaire sur le statut de la personne assurée, en septembre 2018, elle aurait exercé une activité à temps partiel à 60 % sans atteinte à la santé. Il peut être relevé qu'à cette époque, la recourante était déjà divorcée depuis plusieurs mois et sa fille à charge, née en 2001, avait 17 ans, soit un âge auquel les enfants devenus adolescents sont largement autonomes et ne constituent pas un empêchement à l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. La recourante fait toutefois grief à la décision attaquée de ne pas avoir tenu compte de l'évolution de sa situation pour retenir qu'au moment de ce prononcé, elle devrait travailler à un taux

supérieur. La Cour de céans observe que la recourante évoque de manière toute générale «le cours ordinaire des choses de la vie et surtout les besoins financiers de chacun», mais ne précise pas en quoi ces généralités trouveraient à s'appliquer à sa personne et en particulier en quoi ses besoins financiers, ses envies personnelles ou ses aspirations professionnelles auraient évolué par rapport à septembre 2018, et ceci alors même que la décision attaquée écarte cet argument qui avait déjà été évoqué dans le cadre de ses objections du 23 juillet 2020, dans une formulation identique à celle de son recours. La recourante n'invoque aucun motif particulier et propre à sa personne qui permettrait de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au mois de juin 2021, sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle aurait connu une évolution telle qu'elle aurait alors travaillé à un taux supérieur à 60 % sans atteinte à la santé. Son grief doit être rejeté.

10. La recourante s'interroge «quant à des mesures d'ordre professionnel sollicitées par tous les praticiens, sauf ceux du SMR dont l'appréciation est erronée». Ce grief est peu explicite.

a) Dans la mesure où la référence faite à une «limite de 20 % [qui] n'est pas absolue» semble indiquer que la recourante invoque une violation de l'article 17 LAI, il faut examiner l'éventuelle application de cette disposition. L'article 17 LAI (Reclassement) prévoit que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue (al. 1) ; la rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 cons. 5.3). Si ce seuil n'est pas absolu mais s'entend comme un ordre de grandeur, la jurisprudence a néanmoins précisé qu'un taux d'invalidité de 15 % était insuffisant pour prétendre à un reclassement (arrêt du TF du 07.04.2016 [9C_783/2015] cons. 4.7). Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité lucrative ; il suit de là que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans cette part d'activité et non résulter du degré d'invalidité globale (arrêt du TF du 18.09.2015 [9C_177/2015] cons. 4.2). En l'espèce, si l'invalidité globale qui ressort de la décision attaquée est de 14,48 %, l'invalidité dans la part active de 60 % est de 24,14 %. Ce taux est suffisant pour ouvrir le droit à un reclassement. Le grief est bien fondé.

b/aa) Le grief peut aussi être compris comme une critique de la décision attaquée en ce qu'elle n'examine pas la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel préalablement à la suppression de la rente. La jurisprudence considère en effet qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le moment décisif pour l'examen de l'âge de référence de 55 ans est celui du prononcé de la décision de l'office AI (ATF 148 V 321). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsqu'il est statué sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 cons. 5), ne signifie pas que la

personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office AI doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt du TF du 25.03.2022 [9C_389/2021] cons. 7.2 et les références citées). Des exceptions au principe selon lequel il ne peut être exigé de la personne assurée qu'elle se réadapte par elle-même ont été admises par exemple lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social. Il incombe à l'office AI de démontrer que, contrairement au principe de la non-exigibilité de la réadaptation par soi-même, la personne assurée est en mesure d'exploiter sa capacité de travail médico-théorique par elle-même (ATF 145 V 209 cons. 5.1, arrêt du TF du 22.11.2022 [8C_348/2022] cons. 5.1).

b/bb) En l'espèce, il ne ressort pas du dossier que l'OAI aurait examiné, préalablement à sa décision du 4 juin 2021, si l'assurée avait besoin de mesures de réadaptation ni si elle disposait de ressources permettant de faire exception au principe de la non-exigibilité de la réadaptation par soi-même. La seule mention y relative figurant tant dans le projet de décision du 29 avril 2020 que dans la décision attaquée du 4 juin 2021 est celle selon laquelle «sur demande écrite et motivée de votre part, nous restons à votre disposition pour la mise en place d'éventuelles mesures d'ordre professionnel». Bien que l'assurée ait évoqué dans ses objections la question des mesures d'ordre professionnel, du reste dans la même teneur que celle reprise dans son recours, l'OAI n'a pas examiné ce point. La justification à ce propos, figurant dans les notes de l'OAI en date du 27.07.2020, consiste à relever que «dans le projet, nous proposons les MOP à l'assurée. Ce point n'est pas à revoir». Le texte figurant tant dans le projet de décision du 29 avril 2020 que dans la décision attaquée du 4 juin 2021 outre qu'il n'est pas une proposition de MOP mais la seule indication de la possibilité de solliciter des mesures d'ordre professionnel ne permet pas de considérer que l'OAI aurait examiné le besoin de mesures de réadaptation. Par ailleurs, toute constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même (exceptionnelle) fait défaut.

La cause doit dès lors être renvoyée à l'OAI pour qu'il vérifie l'octroi de mesures d'ordre professionnel à l'assurée. Il y a ainsi lieu d'annuler la décision attaquée en tant qu'elle porte sur la suppression du droit à trois quarts de rente d'invalidité au 31 janvier 2020, sans avoir au préalable vérifié la nécessité d'accorder des mesures d'ordre professionnel.

11.a) Les considérants qui précèdent amènent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision de l'OAI dans la mesure où elle supprime le droit à trois quarts de rente d'invalidité au 31 janvier 2020.

b) Vu l'issue du litige, les frais de la procédure sont mis à charge de l'OAI (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI, art. 47 LPJA).

c) Obtenant gain de cause et plaidant avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Me H. _____ a déposé un état des honoraires et des frais au 8 mars 2022 faisant valoir une activité de 7

heures et 54 minutes. Compte tenu de son activité ultérieure, l'activité retenue peut être fixée à 8 heures et 6 minutes. Cela paraît correspondre à ce qu'exigeait le mandat en question. Eu égard au tarif de 280 francs de l'heure invoqué par le mandataire, qui correspond du reste au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans, les honoraires peuvent ainsi être fixés à 2'268 francs (CHF 280 x 8,1), auxquels s'ajoutent les débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63LTFrais ; CHF 226.80) et la TVA au taux de 7,7 % (CHF 192.10), pour aboutir à une indemnité de dépens de 2'686.90 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision de l'intimé du 4 juin 2021 dans la mesure où elle supprime le droit à trois quarts de rente d'invalidité au 31 janvier 2020, et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

3. Met à la charge de l'intimé les frais et débours de la présente procédure, par 440 francs.

4. Ordonne la restitution à la recourante de son avance de frais.

5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'686.90 francs, à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 6 février 2023

E. 6

Aux termes 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 propres 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 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 à une révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 cons. 2.3 et les références citées). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Le point de savoir si un tel changement 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). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (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 145 V 209 cons. 5.3 et 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 05.01.2021 [9C_244/2020] cons. 2.2), 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 88 a 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 références citées). 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).

E. 7

a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées). c) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], *Expertises en médecine des assurances*, 3 e éd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio , *Commentaire LAI*, ad art. 57 n. 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (125 V 351 cons.

3b/dd et les références citées). Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2 bis LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2 bis LAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales. L'article 49 al. 2 RAI ajoute que les SMR peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurées. Ils consignent alors les résultats de ces examens par écrit, avec copie à l'assuré. Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'article 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'article 44 LPG et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 cons. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt du TF du 06.07.2009 [9C_204/2009] cons. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 cons. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 cons. 4.6).

E. 8

a) L'OAI a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 23 février 2018 de sorte qu'à l'échéance du délai d'une année, soit au 23 février 2019, la requérante présentait une incapacité de travail et donc de gain totale. Compte tenu d'une part active de 60 %, il lui a ainsi reconnu le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} février 2019. L'OAI a aussi relevé que par la suite, dans un contexte d'amélioration de son état de santé, et bien que sa capacité de travail dans son activité habituelle reste nulle, le SMR lui reconnaît une pleine capacité de travail dès le 31 octobre 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle qu'une activité excluant une position debout prolongée et permettant les changements de position assis/debout. L'incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au 30 octobre 2019 n'est pas contestée. Est par contre litigieuse la capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 octobre 2019. Il s'agit ainsi d'examiner si les éléments sur lesquels repose la motivation de l'OAI permettent d'établir que les conditions d'une

révision au sens de l'article 17 LPGA , soit un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, sont réalisées. b) L'OAI s'est fondé en particulier sur le rapport du SMR du 1^{er} avril 2020. Celui-ci énumère les documents médicaux versés au dossier, les résume et en opère la synthèse pour se prononcer ensuite sur la capacité de travail dans l'activité usuelle, puis sur la capacité de travail dans une activité adaptée, en énumérant les limitations fonctionnelles telles qu'elles ressortent des documents médicaux pertinents. Ce rapport contient une appréciation complète et convaincante de la situation médicale de l'assurée, de sorte qu'il remplit les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports ultérieurs du SMR prennent en considération l'évolution du dossier et expliquent de manière convaincante les raisons pour lesquelles les pièces versées au dossier ne modifient pas son appréciation concernant l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte qu'ils remplissent aussi les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. c) La recourante cite une jurisprudence (arrêt du TF du 13.11.2018 [8C_584/2018] cons. 4.1.1.2) selon laquelle en principe, une évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail établie par un médecin spécialiste peut être invalidée à l'aide d'une autre évaluation médicale spécialisée seulement. Faisant valoir que les auteurs des rapports du SMR ne disposent pas des spécialisations de la Dre D._____ (rhumatologie) et du Dr C._____ (neurologie), elle leur fait grief de s'écarter des appréciations de ces praticiens alors qu'ils ne sont pas au bénéfice de la spécialisation idoine. La Cour de céans relève que dans son rapport du 6 août 2020, la Dre D._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante mais se limite à rapporter les propos de cette dernière à ce sujet (« elle estime que ses douleurs sont plus ou moins gérables » ; « elle estime qu'elle aurait une capacité de travail de l'ordre de 40 % dans une activité adaptée où elle pourrait alterner les positions, par exemple à l'accueil ou à la réception d'un cabinet dentaire ou médical »), tout en faisant part de son appréciation selon laquelle sa patiente « même dans une activité adaptée, [...] présente clairement un rendement réduit ». Appelé à se prononcer sur ce rapport, le SMR n'a pas procédé à une évaluation médicale propre de l'état de santé de la recourante mais s'est limité à l'apprécier dans le contexte des autres documents au dossier, parvenant à la conclusion que « l'appréciation de la Dre D._____ pour un rendement réduit dans une activité adaptée est une appréciation médicale différente d'une même situation que celle évaluée par d'autres spécialistes neurochirurgiens et neurologue sur lesquelles s'est fondé le SMR pour établir ses déterminations ». Ce faisant, le SMR est resté dans le cadre de ses prérogatives consistant notamment à opérer la synthèse des renseignements médicaux au dossier et à porter une appréciation sur la situation médicale. S'agissant du Dr C._____, il relève que « une réinsertion professionnelle devrait être envisagée au plus vite chez cette patiente volontaire et dynamique. Un travail nécessitant des efforts importants ou des mouvements répétitifs avec une contrainte sur le rachis doit être évité. La position debout prolongée est contre-indiquée. Idéalement, la patiente devrait pouvoir changer de position et passer de la position assise à debout et inversement ». Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, se bornant à énumérer les limitations fonctionnelles. Cela étant, le grief de la recourante doit être écarté. d) La recourante demande une instruction complémentaire en faisant valoir que les rapports médicaux figurant au dossier sont contradictoires, que ceux des spécialistes ont force probante à l'inverse de l'avis du SMR et que les différents rapports médicaux remettent valablement en cause l'appréciation du SMR. La Cour de céans relève tout d'abord que le grief de la recourante s'épuise en une simple affirmation générale et dénuée de tout élément pouvant

l'étayer. Elle ne mentionne pas quels seraient les rapports visés ni en quoi leurs contenus seraient contradictoires. Elle ne cite pas quels rapports remettraient en cause l'appréciation du SMR ni en quoi consisterait cette remise en cause. L'examen du dossier ne permet pas non plus de déceler ce qui pourrait fonder ce grief. Ensuite, il faut rappeler que les prises de position du SMR bénéficient en l'espèce d'une pleine valeur probante (cf. cons. 7b ci-dessus). Le grief doit être écarté. e) La recourante fait valoir que la capacité de travail totale dans une activité adaptée dès fin octobre 2019, retenue par le SMR, est erronée. Elle ne développe toutefois pas son grief et n'apporte en particulier aucun argument susceptible de mettre en doute la valeur probante des rapports SMR portant sur la synthèse du dossier ou l'appréciation de ce service sur cette question de la capacité de travail dès fin octobre 2019. Il peut être rappelé que, dans son avis du 1^{er} avril 2020, le SMR a retenu cette capacité de travail en se fondant sur les évaluations du Prof. B. _____, lequel concluait que suite à l'opération du 17 septembre 2019, une activité adaptée aux douleurs pouvait être reprise dès le 31 octobre 2019, et du Dr C. _____, lequel n'a évoqué aucune incapacité de travail découlant des diagnostics posés (en particulier des lombalgies chroniques récidivantes et une probable radiculopathie sensitive L5 gauche et possiblement S1), insistant au contraire sur le fait qu'« une réinsertion professionnelle devrait être envisagée au plus vite chez cette patiente volontaire et dynamique ». Le grief de la recourante doit être écarté. f) La recourante soutient que l'avis du SMR est incohérent puisqu'il ne tient pas compte des limitations de charges dans les limitations fonctionnelles admises, limitations de charges qui seraient pourtant attestées par tous les autres praticiens. Il semble que la recourante fasse ainsi référence à la limitation à 5 kilos du port de charges, mentionnée par la Dre A. _____ dans son certificat médical du 21 mai 2019 et répété dans son courrier du 18 novembre 2019. Il semble par ailleurs que, contrairement à ce qu'elle soutient, ce médecin traitant généraliste soit la seule à énoncer une telle limitation fonctionnelle, qui n'est en particulier reprise ni par la Dre D. _____, spécialiste en maladies rhumatismales, ni par le neurologue, le Dr C. _____, dans son rapport du 17 mars 2020. Il convient de rappeler que le SMR a dûment retenu pour ses déterminations les limitations fonctionnelles définies par ce neurologue. Le grief de la recourante doit être écarté.

E. 9

Dans le cadre de la décision attaquée, l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et a retenu que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait été active à 60 %, la part restante de 40 % étant consacrée aux activités ménagères. Pour ce faire, il s'est fondé sur les déclarations faites par l'intéressée en réponse au questionnaire sur le statut de la personne assurée, rempli le 12 septembre 2018. L'assurée y a mentionné que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à temps partiel à 60 %, en expliquant que « c'est le taux d'occupation dont j'ai besoin, étant divorcée et ayant encore ma fille à charge » et que « 60 % est idéal pour subvenir à mes besoins, étant divorcée et ayant ma fille à charge, ainsi je garde un peu de temps pour elle ». Dans son recours, l'intéressée fait valoir que la situation a évolué et que partant, elle devrait, en bonne santé, travailler à un taux supérieur, ajoutant que « le cours ordinaire des choses de la vie et surtout les besoins financiers de chacun, ne lui permettraient pas de ne poursuivre "que" partiellement une activité à 60 % ». La recourante ne conteste pas qu'au moment où elle a rempli le questionnaire sur le statut de la personne assurée, en septembre 2018, elle aurait exercé une activité à temps partiel à 60 % sans atteinte à la santé. Il peut être relevé qu'à cette époque, la recourante était déjà divorcée depuis plusieurs mois et sa fille à charge, née en 2001, avait 17 ans, soit un âge auquel les enfants devenus adolescents sont largement autonomes et ne constituent pas un

empêchement à l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. La recourante fait toutefois grief à la décision attaquée de ne pas avoir tenu compte de l'évolution de sa situation pour retenir qu'au moment de ce prononcé, elle devrait travailler à un taux supérieur. La Cour de céans observe que la recourante évoque de manière toute générale « le cours ordinaire des choses de la vie et surtout les besoins financiers de chacun », mais ne précise pas en quoi ces généralités trouveraient à s'appliquer à sa personne et en particulier en quoi ses besoins financiers, ses envies personnelles ou ses aspirations professionnelles auraient évolué par rapport à septembre 2018, et ceci alors même que la décision attaquée écarte cet argument qui avait déjà été évoqué dans le cadre de ses objections du 23 juillet 2020, dans une formulation identique à celle de son recours. La recourante n'invoque aucun motif particulier et propre à sa personne qui permettrait de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au mois de juin 2021, sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle aurait connu une évolution telle qu'elle aurait alors travaillé à un taux supérieur à 60 % sans atteinte à la santé. Son grief doit être rejeté.

E. 10

La recourante s'interroge « quant à des mesures d'ordre professionnel sollicitées par tous les praticiens, sauf ceux du SMR dont l'appréciation est erronée ». Ce grief est peu explicite. a) Dans la mesure où la référence faite à une « limite de 20 % [qui] n'est pas absolue » semble indiquer que la recourante invoque une violation de l'article 17 LAI, il faut examiner l'éventuelle application de cette disposition. L'article 17 LAI (Reclassement) prévoit que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue (al. 1) ; la rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 cons. 5.3). Si ce seuil n'est pas absolu mais s'entend comme un ordre de grandeur, la jurisprudence a néanmoins précisé qu'un taux d'invalidité de 15 % était insuffisant pour prétendre à un reclassement (arrêt du TF du 07.04.2016 [9C_783/2015] cons. 4.7). Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité lucrative ; il suit de là que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans cette part d'activité et non résulter du degré d'invalidité globale (arrêt du TF du 18.09.2015 [9C_177/2015] cons. 4.2). En l'espèce, si l'invalidité globale qui ressort de la décision attaquée est de 14,48 %, l'invalidité dans la part active de 60 % est de 24,14 %. Ce taux est suffisant pour ouvrir le droit à un reclassement. Le grief est bien fondé. b/aa) Le grief peut aussi être compris comme une critique de la décision attaquée en ce qu'elle n'examine pas la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel préalablement à la suppression de la rente. La jurisprudence considère en effet qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le moment décisif pour l'examen de l'âge de référence de 55 ans est celui du prononcé de la décision de l'office AI (ATF 148 V 321). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsqu'il

est statué sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 cons. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office AI doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt du TF du 25.03.2022 [9C_389/2021] cons. 7.2 et les références citées). Des exceptions au principe selon lequel il ne peut être exigé de la personne assurée qu'elle se réadapte par elle-même ont été admises par exemple lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social. Il incombe à l'office AI de démontrer que, contrairement au principe de la non-exigibilité de la réadaptation par soi-même, la personne assurée est en mesure d'exploiter sa capacité de travail médico-théorique par elle-même (ATF 145 V 209 cons. 5.1, arrêt du TF du 22.11.2022 [8C_348/2022] cons. 5.1). b/bb) En l'espèce, il ne ressort pas du dossier que l'OAI aurait examiné, préalablement à sa décision du 4 juin 2021, si l'assurée avait besoin de mesures de réadaptation ni si elle disposait de ressources permettant de faire exception au principe de la non-exigibilité de la réadaptation par soi-même. La seule mention y relative – figurant tant dans le projet de décision du 29 avril 2020 que dans la décision attaquée du 4 juin 2021 – est celle selon laquelle « sur demande écrite et motivée de votre part, nous restons à votre disposition pour la mise en place d'éventuelles mesures d'ordre professionnel ». Bien que l'assurée ait évoqué dans ses objections la question des mesures d'ordre professionnel, du reste dans la même teneur que celle reprise dans son recours, l'OAI n'a pas examiné ce point. La justification à ce propos, figurant dans les notes de l'OAI en date du 27.07.2020, consiste à relever que « dans le projet, nous proposons les MOP à l'assurée. Ce point n'est pas à revoir ». Le texte figurant tant dans le projet de décision du 29 avril 2020 que dans la décision attaquée du 4 juin 2021 – outre qu'il n'est pas une proposition de MOP mais la seule indication de la possibilité de solliciter des mesures d'ordre professionnel – ne permet pas de considérer que l'OAI aurait examiné le besoin de mesures de réadaptation. Par ailleurs, toute constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même (exceptionnelle) fait défaut. La cause doit dès lors être renvoyée à l'OAI pour qu'il vérifie l'octroi de mesures d'ordre professionnel à l'assurée. Il y a ainsi lieu d'annuler la décision attaquée en tant qu'elle porte sur la suppression du droit à trois quarts de rente d'invalidité au 31 janvier 2020, sans avoir au préalable vérifié la nécessité d'accorder des mesures d'ordre professionnel.

E. 11

a) Les considérants qui précèdent amènent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision de l'OAI dans la mesure où elle supprime le droit à trois quarts de rente d'invalidité au 31 janvier 2020. b) Vu l'issue du litige, les frais de la procédure sont mis à charge de l'OAI (art. 61 let. f bis LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI, art. 47 LPJA). c) Obtenant gain de cause et plaidant avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Me H. _____ a déposé un état des honoraires et des frais au 8 mars 2022 faisant valoir une activité de 7 heures et 54 minutes. Compte tenu de son activité ultérieure, l'activité retenue peut être fixée à 8 heures et 6 minutes. Cela paraît correspondre à ce qu'exigeait le mandat en question. Eu égard au

tarif de 280 francs de l'heure invoqué par le mandataire, qui correspond du reste au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans, les honoraires peuvent ainsi être fixés à 2'268 francs (CHF 280 x 8,1), auxquels s'ajoutent les débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrai s ; CHF 226.80) et la TVA au taux de 7,7 % (CHF 192.10), pour aboutir à une indemnité de dépens de 2'686.90 francs.

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