

NE_GERICHTE CDP.2022.138 vom 12. September 2022

NE Tribunal cantonal, 2022-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2022.138

FR: NE_GERICHTE CDP.2022.138 du 12 septembre 2022

IT: NE_GERICHTE CDP.2022.138 del 12 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

LAI). Dès janvier 2021, elle est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps complet. Le degré d'invalidité de 14 % obtenu par comparaison des revenus (revenu sans invalidité de CHF 58'065 ; revenu d'invalidité de CHF 49'954.99, correspondant au salaire réalisé en 2018 par une femme, niveau de compétence 1 selon l'ESS 2018 [CHF 4'371], après indexation à l'évolution des salaires jusqu'en 2021, prise en compte d'une durée hebdomadaire de 41,7 heures et d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles) n'est ni critiqué, ni critiquable dans son résultat, de sorte qu'il peut être repris.

La modification du droit à la rente intervient 3 mois après l'amélioration constatée (art. 88a RAI), soit dès le 1er mai 2021. La décision du 14 février 2022, en tant qu'elle supprime le droit à une rente d'invalidité dès cette date, est conforme au droit.

CDP.2022.138

5.a) Aux termes de l'article 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Aussi bien l'assurance-militaire (art. 20 LAM) et l'assurance-accidents (art. 26 LAA) que l'assurance-vieillesse et survivants (art. 43bis LAVS) et l'assurance-invalidité (art. 42 LAI) prévoient pour les assurés qui en remplissent les conditions le droit à une allocation pour impotent. D'après l'article 66 al. 3 LPGA, l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents ont cependant la priorité sur l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité. L'article 42 al. 6 LAI permet néanmoins au Conseil fédéral de régler la prise en charge par l'assurance-invalidité d'une contribution proportionnelle lorsque l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident. Faisant usage de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté l'article 39k RAI. Selon l'article 39k al. 1 RAI, lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité peut prétendre par la suite à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents, la caisse de compensation doit verser l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations, car, dans ce cas de figure précis, l'assurance-invalidité aurait dû poursuivre le versement de l'allocation pour impotent s'il n'y avait pas eu d'accident (cf. également les art. 66quateral. 1 RAVS et 38 al. 5 OLAA). Selon l'article 39k al. 2 RAI, lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents voit le montant de cette prestation être augmenté pour une cause étrangère à un accident, la caisse de compensation doit verser à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations le montant de l'allocation pour impotent que l'assurance-invalidité aurait dû allouer à l'assuré s'il n'avait pas été victime d'un accident

(cf. également l'art. 66quateral. 2 RAVS ; sur l'ensemble de la question, également Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1150, p. 314 et n. 2302, p. 619, Valterio, Commentaire de la LAI, 2018, n. 90 ad art. 42, p. 626-627).

b) En l'espèce, il ressort de l'enquête ménagère que les empêchements allégués par l'assurée sont exclusivement d'ordre somatique et liés aux séquelles des deux accidents. L'enquêteur avait connaissance de l'existence d'un trouble dépressif qui figure dans le rapport d'enquête (ch. 1.3 «Autres indications [par exemple cause de l'impotence, tiers responsable]») et l'assurée n'a pas prétendu que cette atteinte constituait un obstacle à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Au regard de la règle de priorité définie à l'article 66 al. 3 LPGA, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et les accidents excluait le droit à une allocation d'impotence de l'assurance-invalidité. Le contexte légal et jurisprudentiel actuel n'autorise aucune intervention, même sous une forme provisoire, de la part des organes de l'assurance-invalidité, les hypothèses visées à l'article 39k RAI n'entrant pas en ligne de compte. Il s'ensuit que le refus du droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité peut être confirmé, sans qu'il soit nécessaire d'examiner concrètement si la recourante a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne, d'une surveillance personnelle ou d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

6. Au vu de ce qui précède les recours doivent être rejetés et les décisions des 14 février 2022 et 29 mars 2022 confirmées. Vu l'issue des litiges, les frais des deux procédures doivent être mis à la charge de la recourante (art. 61 let. f bis LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). Cette dernière, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Joint les procédures CDP.2022.71 et CDP.2022.138.

2. Rejette les recours.

3. Met à la charge de la recourante les frais et débours des présentes procédures par 880 francs, montants compensés par ses avances de frais.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 12 septembre 2022

1 Sous réserve de surindemnisation, les rentes et les indemnités en capital des différentes assurances sociales sont cumulées.

2 Les rentes et indemnités en capital sont, selon les dispositions de la loi spéciale concernée et dans l'ordre suivant, versées par:

a. l'AVS ou l'AI;

b. l'assurance militaire ou l'assurance-accidents;

c. la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)54.

3 Les allocations pour impotents sont, selon les dispositions de la loi spéciale concernée et dans l'ordre suivant, versées exclusivement par:

a. l'assurance militaire ou l'assurance-accidents;

b. l'AVS ou l'AI.

54RS831.40

E. 2

a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er 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 129 V 354 cons. 1), un éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur de cette modification s'examine en fonction de la LPGA et de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et à compter de ce moment-là, selon les normes de la LPGA et de la LAI et des dispositions d'exécution dans leur teneur au 1er janvier 2022 (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1). Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à compter du 1er mai 2021, singulièrement sur la capacité de travail résiduelle de celle-ci dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles . Sous réserve d'une indication expresse contraire, les dispositions citées ci-dessous sont par conséquent celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) Conformément à l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 LPGA). Pour avoir droit à une rente, l'assuré doit être invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en liaison avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2e phrase LPGA ; ATF 141 V 281 cons. 3.7.1 ; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 cons. 4.5.2, 141 V 281 cons. 2.2 et 3.2). Selon la jurisprudence récente, tant les

syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques – y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 cons. 4.5.1 s.) – doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l' ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 cons. 6 et 7, p. 426 ss et les références). La question déterminante est celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 cons. 4.4, p. 414). Pour des raisons de proportionnalité, on peut néanmoins renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaît ni nécessaire pour établir les faits, ni adéquat. Tel est le cas lorsque les médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que d'éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 cons. 7.1). De même, l'évaluation par le biais du catalogue d'indicateurs ne sera pas non plus nécessaire lorsque les documents médicaux existants laissent apparaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dépression légère, qu'on ne peut considérer comme chronique et qui n'est pas associée à une comorbidité (ATF 143 V 409 cons. 4.5.3 et les références citées). Il a par ailleurs été récemment jugé que la seule mention, même par un médecin-psychiatre, d'un diagnostic, d'une médication ainsi que d'une incapacité de travail dépourvue de toute motivation et sans indice concret laissant transparaître l'existence de limitations fonctionnelles liées à une symptomatologie psychique dans un contexte médical prédominé par des affections de nature somatique, ne suffit pas à justifier la mise en œuvre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (arrêts du TF du 13.08.2018 [8C_341/2018] cons. 6.2, du 16.01.2018 [9C_580/2017] cons. 3.1, du 12.03.2018 [9C_14/2018] cons. 2.1, du 25.08.2017 [9C_95/2017] cons. 5 ; arrêt du TAF du 03.04.2019 [C-2507/2016] cons. 11.3). Le point de départ de l'évaluation prévue par les ATF 143 V 409 , 143 V 418 et 141 V 281 est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail. À ce stade, l'autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (arrêt du TF du 16.03.2020 [9C_618/2019] cons. 8.1.1 et les références). d) 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 132 V 93 cons. 4 et les références). Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien 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 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 (ATF 134 V 231 cons. 5.1, 125 V 351 cons. 3a). Selon une jurisprudence constante, 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 différents 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. Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes 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). Ces considérations valent également en ce qui concerne les appréciations émises par le médecin de la CNA.

E. 3

Selon la jurisprudence, l'article 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente limitée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'article 88a RAI (ATF 131 V 164 cons. 2.2, 125 V 413 cons. 2d ; arrêts du TF du 16.02.2017 [9C_595/2016] cons. 2, du 12.01.2018 [9C_647/2017] cons. 3 et du 24.10.2018 [9C_545/2018] cons. 2). 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 selon l'article 17 LPGa (arrêt du TF du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3). Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un 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. 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.

E. 4

a/aa) En l'espèce, la décision litigieuse est fondée sur les avis du SMR des 6 mai, 27 octobre 2020, ainsi que des 16 février, 4 mai et 8 octobre 2021, selon lesquels la recourante a présenté, sur le plan somatique, une incapacité totale de travail du 7 février 2017 au 10 mars 2020, en raison principalement de la fracture du radius droit avec atteinte articulaire et bascule postérieure et probable SDRC de la main droite. La recourante remet en cause les conclusions du médecin du SMR, en faisant valoir qu'elle ne peut pas utiliser son membre supérieur droit et est partiellement dans l'impossibilité de solliciter son membre supérieur gauche. D'un point de vue purement somatique, le Dr D. _____ s'est largement appuyé sur les conclusions que le Dr C. _____ a prises à l'issue de son examen final du 10 mars 2020. L'activité adaptée a été définie comme suit : pas de travaux réalisés en force à l'aide des membres supérieurs, pas d'activité occasionnant des vibrations ou des chocs au niveau des poignets et des mains, pas d'activité nécessitant l'utilisation répétée ou en force de la pince pollici-digitale, pas de port de charge lourde ou répétée à l'aide des membres supérieurs, utiliser le membre supérieur droit et/ou la main gauche uniquement pour la réalisation de tâches légères et non répétitives. Dans son arrêt du 14 octobre 2021, au terme d'une analyse approfondie de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, la Cour de céans a admis la valeur probante du rapport du Dr C. _____. Il n'y a pas de raison – et la recourante n'en invoque d'ailleurs aucune – justifiant de s'écarter de cette appréciation. Les rapports médicaux rédigés postérieurement au bilan final du Dr C. _____ ne font pas état d'un trouble qui aurait été ignoré par le médecin d'arrondissement de la CNA. On rappellera que la Cour de droit public avait déjà signalé, sur la base des constatations des médecins de la CRR et du Dr C. _____, que des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assurée. À titre de facteurs contextuels, les spécialistes de la CRR avaient ainsi notamment mentionné ce qui suit : catastrophisation élevée au questionnaire PCS ; auto-évaluation très élevée du handicap avec un score au questionnaire DASH de 97/100 ; cotation très élevée de l'interférence entre la douleur et le travail au questionnaire BPI avec une EVA à 10/10 ; auto-évaluation extrêmement basse de ses capacités fonctionnelles au questionnaire PACT avec un score de 0 à la sortie du séjour, ce qui laisserait penser que la patiente était grabataire ; sentiment qu'il y aurait eu une erreur médicale. De son côté, après avoir fait état des limitations subjectives rapportées par l'assurée, le médecin de la CNA a relevé avoir objectivé, à l'instar de ce qui avait été observé lors des séjours à la CRR, plusieurs signes de non-organicité en cours d'examen, qui lui permettaient très raisonnablement de conclure que des éléments indépendants des seules atteintes organiques objectives subies au niveau de l'extrémité distale du radius droit et du ligament collatéral ulnaire du pouce gauche. On peut donc tenir pour établi que la recourante a présenté une incapacité totale de travail en raison des séquelles des accidents du 7 février 2017 et 22 janvier 2018 jusqu'à ce que la situation soit considérée comme stabilisée par le Dr C. _____, soit le 10 mars 2020. Dès cette date, une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées doit lui être reconnue d'un point de vue somatique. a/bb) Sur le plan psychiatrique, le SMR a suivi l'évolution du trouble en requérant l'avis du Dr E. _____. Celui-ci a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndromes somatiques incapacitant depuis janvier 2020, dans le prolongement d'un SDRC de type I de la main droite. Dans un nouveau rapport du 21 janvier 2021, il a relevé que l'état psychique était tributaire de l'état physique. Il a retenu une capacité de travail sur le

plan psychique de 50 % dans l'activité habituelle et indiqué que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail « dépendra surtout de la fonctionnalité de son membre supérieur droit ». Sur la base de ce dernier rapport, le Dr D. _____ a déduit que la capacité de travail dans l'activité adaptée dépendait de la situation somatique et non plus psychique. Il a par conséquent conclu à une incapacité de travail dès le 7 février 2017 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, incapacitant depuis janvier 2020, venant dans le prolongement d'un SDRC de type I de la main droite suite à une fracture du radius droit. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, suite à la stabilisation des atteintes physiques en mars 2020, puis une amélioration de l'état de santé sur le plan psychique à tout le moins dès le 21 janvier 2021, il a retenu une capacité de travail de 100 % dès cette date. Dans un nouveau rapport du 12 avril 2021 déposé par la recourante lors de la procédure de préavis, le Dr E. _____ a relevé que sa patiente présentait une symptomatologie dépressive avec tristesse, des pleurs fréquents durant les entretiens, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de mémoire, des troubles du sommeil, une absence de plaisir, une absence d'intérêt et de motivation, une mésestime de soi et l'impression d'être un fardeau pour sa famille. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et qu'aucune activité n'était exigible actuellement. Le SMR a reconnu une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques dès janvier 2020 en se fondant sur l'évaluation du psychiatre traitant. Dans le rapport du 21 janvier 2021, celui-ci laissait certes entendre que la situation s'était améliorée d'un point de vue psychiatrique, de sorte que le SMR était légitimé à reconnaître une amélioration de l'état de santé dès cette date. Quatre mois plus tard, le Dr E. _____ considérait toutefois qu'aucune activité n'était exigible. Même si le psychiatre n'indique aucun élément pertinent permettant de justifier une nouvelle aggravation, le SMR devait examiner cette question lorsqu'il a été invité à se déterminer sur ce rapport, déposé par l'assurée dans le cadre de la procédure de préavis. Or, dans ses avis de mai et octobre 2021, le Dr D. _____ passe sous silence cette nouvelle appréciation en se contentant de se référer à celle du 21 janvier 2021. Au regard des incertitudes relatives à l'évolution de l'atteinte psychique et plus particulièrement du caractère durable de l'amélioration constatée dès janvier 2021, on peut se demander si l'OAI n'aurait pas dû procéder à un examen du caractère invalidant de ces atteintes à l'aune des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. Un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (expertise psychiatrique) et nouvelle décision n'apparaît toutefois pas nécessaire. En effet, les médecins de la CRR et le Dr C. _____ ont évoqué des circonstances relevant sans nul doute de l'exagération des symptômes (catastrophisation élevée, auto-évaluation très élevée du handicap, cotation très élevée de l'interférence entre la douleur et le travail, auto-évaluation extrêmement basse des capacités fonctionnelles). Les manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie sont ici patentes et apparaissent au premier plan. Elles sont suffisantes pour nier l'existence du caractère incapacitant des diagnostics psychiatriques à tout le moins dès janvier 2021, de sorte que l'on peut se dispenser de poursuivre plus avant l'analyse du caractère incapacitant des troubles psychiques à l'aune des indicateurs (cons. 2c ci-dessus). b) Compte tenu d'une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 7 février 2017, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2018, soit à l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). Dès janvier 2021, elle est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps complet. Le degré d'invalidité de 14 % obtenu par comparaison des revenus (revenu sans invalidité de CHF 58'065 ; revenu

d'invalidité de CHF 49'954.99, correspondant au salaire réalisé en 2018 par une femme, niveau de compétence 1 selon l'ESS 2018 [CHF 4'371], après indexation à l'évolution des salaires jusqu'en 2021, prise en compte d'une durée hebdomadaire de 41,7 heures et d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles) n'est ni critiqué, ni critiquable dans son résultat, de sorte qu'il peut être repris. La modification du droit à la rente intervient 3 mois après l'amélioration constatée (art. 88a RAI), soit dès le 1^{er} mai 2021. La décision du 14 février 2022, en tant qu'elle supprime le droit à une rente d'invalidité dès cette date, est conforme au droit. CDP.2022.138

E. 5

a) Aux termes de l'article 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Aussi bien l'assurance-militaire (art. 20 LAM) et l'assurance-accidents (art. 26 LAA) que l'assurance-vieillesse et survivants (art. 43bis LAVS) et l'assurance-invalidité (art. 42 LAI) prévoient pour les assurés qui en remplissent les conditions le droit à une allocation pour impotent. D'après l'article 66 al. 3 LPGA, l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents ont cependant la priorité sur l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité. L'article 42 al. 6 LAI permet néanmoins au Conseil fédéral de régler la prise en charge par l'assurance-invalidité d'une contribution proportionnelle lorsque l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident. Faisant usage de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté l'article 39k RAI. Selon l'article 39k al. 1 RAI, lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité peut prétendre par la suite à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents, la caisse de compensation doit verser l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations, car, dans ce cas de figure précis, l'assurance-invalidité aurait dû poursuivre le versement de l'allocation pour impotent s'il n'y avait pas eu d'accident (cf. également les art. 66 quater al. 1 RAVS et 38 al. 5 OLAA). Selon l'article 39k al. 2 RAI, lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents voit le montant de cette prestation être augmenté pour une cause étrangère à un accident, la caisse de compensation doit verser à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations le montant de l'allocation pour impotent que l'assurance-invalidité aurait dû allouer à l'assuré s'il n'avait pas été victime d'un accident (cf. également l'art. 66 quater al. 2 RAVS ; sur l'ensemble de la question, également Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1150, p. 314 et n. 2302, p. 619, Valterio, Commentaire de la LAI, 2018, n. 90 ad art. 42, p. 626-627). b) En l'espèce, il ressort de l'enquête ménagère que les empêchements allégués par l'assurée sont exclusivement d'ordre somatique et liés aux séquelles des deux accidents. L'enquêteur avait connaissance de l'existence d'un trouble dépressif qui figure dans le rapport d'enquête (ch. 1.3 « Autres indications [par exemple cause de l'impotence, tiers responsable] ») et l'assurée n'a pas prétendu que cette atteinte constituait un obstacle à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Au regard de la règle de priorité définie à l'article 66 al. 3 LPGA, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et les accidents excluait le droit à une allocation d'impotence de l'assurance-invalidité. Le contexte légal et jurisprudentiel actuel n'autorise aucune intervention, même sous une forme provisoire, de la part des organes de l'assurance-invalidité, les hypothèses visées à l'article 39k RAI n'entrant pas en ligne de compte. Il s'ensuit que le refus du droit à une allocation pour impotent de

l'assurance-invalidité peut être confirmé, sans qu'il soit nécessaire d'examiner concrètement si la recourante a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne, d'une surveillance personnelle ou d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie .

E. 6

Au vu de ce qui précède les recours doivent être rejetés et les décisions des 14 février 2022 et 29 mars 2022 confirmées. Vu l'issue des litiges, les frais des deux procédures doivent être mis à la charge de la recourante (art. 61 let. f bis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Cette dernière, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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