

## **NE\_GERICHTE CDP.2012.173 vom 2. August 2012**

NE Tribunal cantonal, 2012-08-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2012.173](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2012.173)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2012.173 du 2 août 2012

IT: NE\_GERICHTE CDP.2012.173 del 2 agosto 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

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

#### **E. 2**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de supprimer toute prestation à partir du 1er juillet 2012. a) 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 130 V 343 p. 349 cons. 3.5, 126 V 75 cons. 1b). 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 ; arrêt du TF du 20.07.2009 [9C\_985/2008] cons. 4). b) Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. 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 (ATF 112 V 371 p. 372 cons. 2b; arrêt du TF du 27.04.2006 [I 60/05] cons. 2.1 et les références citées).

#### **E. 3**

a) Selon l'article 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notamment sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. D'après la jurisprudence, cette procédure est un préalable impératif avant tout refus de prestations en application de l'article 21 al. 4 LPG A (SVR 2005 IV no 30, p. 113; ATF 122 V 218). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le

dommage susceptible d'être causé à l'assurance ( Kieser , ATSG-Kommentar, n. 75 ad art. 21). La réalisation de cette condition n'est pas soumise à une règle de preuve stricte mais doit être établie selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Son examen revient à déterminer si la mesure envisagée ou ordonnée (dont la réduction ou le refus sont en cause) est propre à entraîner une diminution importante du dommage assuré (cf. arrêt du TF du 13.03.2007 [I 824/06] cons. 3.2). b) Entrée en vigueur le 1er janvier 2008, la modification de la LAI du

## **E. 6**

octobre 2006 (5ème révision AI) a introduit des règles précisant les obligations de l'assuré, notamment celle de collaborer à la mise en œuvre de différentes mesures (art. 7 al. 2 LAI; par exemple suivre un traitement médical, art. 7 al. 2 let. d LAI) et les sanctions entraînées par le manquement à ces devoirs. Ainsi, l'article 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'article 21 al. 4 LPGAsi l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'article 7 de la présente loi ou à l'article 43 al. 2 LPGA. Aux conditions fixées à l'article 7b al. 2 LAI, disposition qui n'entre pas en ligne de compte dans le cas particulier, les prestations peuvent par ailleurs être réduites ou refusées, en dérogation à l'article 21 al. 4 LPGA, sans mise en demeure et sans délai de réflexion. La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier du degré de la faute et de la situation financière de l'assuré (art. 7b al. 3 LAI).

4.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 (ATF125 V 256cons. 4, 115 V 133cons. 2, 114 V 310cons. 3c, 105 V 156cons. 1; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06]cons. 2.3).

b) 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF135 V 465; arrêts du TF des 30.11.2010 [8C\_149/2010]cons. 5, 13.09.2010 [8C\_85/2010]cons. 6.1 et la référence citée).

5.a) En l'occurrence, lors de l'octroi de la rente d'invalidité, le 11 novembre 2008, le recourant présentait des rachialgies chroniques sur ostéoporose non traitée et des troubles dégénératifs rachidiens étagés modérés, une rhizarthrose de la main gauche, une obésité, un trouble de panique, une dysthymie et un status après fracture tassement traumatique de L1. A dire de spécialistes (rapport du Centre d'expertise médicale à Genève du 27.02.2008), seules les rachialgies étaient invalidantes et entraînaient une incapacité totale de travail dans toute activité. L'ostéopénie a été mise en évidence à la suite d'un examen de densitométrie osseuse, effectuée le 26 mai 2005, faisant état d'un T-score de -1,7 DS (perte osseuse de 17 % alors que la norme pour l'âge est de 3 %, cf. rapport du 27.02.2008 précité). Le Dr B., du Centre d'expertise médicale, le Dr K., et le Dr T., spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation-médecine du sport, ont en particulier relevé ce qui suit en ce qui concerne l'ostéopénie :

" Il s'agit par définition d'une ostéoporose, puisqu'il y a une fracture associée dans un contexte de trauma mineur. Il ne fait pas non plus oublier que la présence des troubles dégénératifs entraînent une surestimation de la densité osseuse et que dans ce contexte, la perte minérale est probablement encore plus importante en réalité. ( )

Malheureusement cette ostéopénie n'a quasiment jamais été prise en compte ni traitée adéquatement auparavant. Il va sans dire qu'une ostéoporose peut entraîner des douleurs ostéoporotiques, et il est difficile de dire exactement à quel point cette pathologie participe dans les douleurs rachidiennes alléguées par X. L'ostéoporose peut, autant dans les cas de micro-tassements au niveau dorsal, expliquer une grande partie voire la totalité des plaintes décrites. D'ailleurs, l'absence de réponse aux antalgiques est tout à fait concevable dans le cas de micro-fractures chroniques. Dans tous les cas, il est indispensable d'introduire rapidement un traitement adéquat avec calcium, vitamine D et Biphosphonates afin de faire remonter la densité osseuse et d'effectuer une nouvelle minéralométrie de départ. Le pronostic est favorable vu que cette pathologie est traitable. On peut s'attendre à une amélioration des douleurs après un à deux ans. Du point de vue professionnel, aucune activité n'est exigible tant que ce traitement n'est pas instauré et que la densité osseuse s'améliore. Par contre, après introduction du traitement de l'ostéoporose et amélioration de la densité osseuse (délai de un à deux ans), une activité légère ne sollicitant pas le rachis est tout à fait exigible."

b) Au cours de la procédure de révision litigieuse, il a été établi que le recourant a dans un premier temps suivi son traitement contre l'ostéoporose, dont le caractère raisonnablement exigible n'est pas remis en cause. Depuis la décision du 11 novembre 2008, il a subi un premier examen de densitométrie osseuse le 29 septembre 2009, lequel a révélé une perte osseuse de 14 % (T-score de -1,4 DS). Un deuxième examen, qui a eu lieu le 3 octobre 2011, a mis en évidence une perte osseuse de 17 % (T-score de 1,6). Le Dr N., du service de radiologie de l'hôpital S., a reconnu que les valeurs densitométriques se sont améliorées en 2009, tout en signalant qu'elles restaient en-dessous de la norme pour l'âge (perte normale pour l'âge = 5 %). Il a par ailleurs constaté une péjoration de la situation en 2011, avec une perte osseuse de 17 % (perte normale pour l'âge = 6 %). Sur la base de ces éléments, il a diagnostiqué une ostéopénie sévère à prédominance vertébrale, en péjoration lors du dernier examen du 3 octobre 2011.

c/aa) Sur le plan médical, un tel constat ne constitue pas un changement des circonstances propre à influencer le droit à la rente, au sens de l'article 17 LPGA, dans la mesure où la situation est superposable à celle de 2008 (perte osseuse de 17 % dans les deux cas). Dans

ses observations, l'OAI reconnaît d'ailleurs implicitement que l'évolution de l'état de santé de l'assuré jusqu'au moment de la décision litigieuse ne permettait pas de conclure à l'existence d'un motif de révision. Il relève néanmoins que la péjoration de la situation constatée en 2011 était vraisemblablement due à l'interruption du traitement contre l'ostéoporose et que le recourant a été rendu attentif par courrier du 4 août 2008 au risque d'une suppression de la rente en cas d'interruption du traitement. Devant la Cour de céans, l'OAI motive ainsi la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant en raison d'une violation de l'obligation de collaborer, au sens de l'article 21 al. 4 LPGA (cons. 3 ci-dessus). Il convient donc d'examiner si les conditions de cette disposition étaient réalisées en l'espèce.

bb) Il ressort effectivement du dossier que le recourant a interrompu son traitement contre l'ostéoporose dans le courant de l'année 2009 (au plus tôt en juillet 2009, à mesure que le Dr D. a attesté la compliance au traitement en juin 2009), pour le reprendre en novembre 2011. Selon le médecin-conseil du SMR, cette interruption est à l'origine de la "minime péjoration" décrite par le radiologue en octobre 2011. Or, lors de l'octroi de la rente d'invalidité en 2008, l'intimé a, en se référant à l'article 21 al. 4 LPGA, indiqué de manière suffisamment explicite au recourant qu'il devait se soumettre à un traitement contre l'ostéoporose, ainsi que les effets négatifs sur son droit à la rente d'invalidité en cas de violation de cette obligation. Une suppression de la rente en application de l'article 21 al. 4 LPGA pourrait dès lors entrer en ligne de compte (cons. 3 ci-dessus).

Une telle sanction suppose toutefois un lien de causalité entre le comportement reproché (ici : l'interruption du traitement) et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (cons. 3a). A cet égard, les médecins du Centre d'expertise à Genève ont déclaré que l'ostéoporose était en grande partie voire totalement responsable des douleurs décrites (et donc à l'origine de l'incapacité de travail), mais que cette affection était traitable et qu'après introduction du traitement, on pouvait s'attendre à une amélioration de la densité osseuse dans un délai de un à deux ans et, partant, exiger la reprise d'une activité légère ne sollicitant pas le rachis. Ils n'ont toutefois pas précisé à partir de quel seuil densitométrique la reprise d'une activité lucrative serait à nouveau exigible. Ils n'ont pas davantage indiqué à quel taux cette reprise devrait, le cas échéant, avoir lieu. A cet égard, il faut certes admettre qu'après plus d'une année de traitement, l'examen de densité osseuse effectué en septembre 2009 a révélé une amélioration de la situation (perte osseuse de 14 %, contre 17 % en 2008). Le Dr N. a néanmoins signalé que les valeurs densitométriques restaient en-dessous de la norme pour l'âge et en a conclu que l'ostéopénie persistait. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur le caractère exigible de la reprise d'une activité à ce moment-là. En définitive, seul le médecin du SMR, dans son examen d'avril 2010, a considéré que la reprise d'une activité adaptée était exigible à plein temps. Toutefois, sa conclusion ne repose pas sur ses observations personnelles, mais sur une analyse des documents médicaux versés au dossier, plus particulièrement sur la prédiction des médecins du Centre d'expertise ["Par contre, l'ostéoporose de l'assuré s'étant améliorée ( ), la capacité de travail est devenue complète dans une activité adaptée, comme le prédisait d'ailleurs en 2008 les experts du Centre d'expertises médicales ( )"]. Le point litigieux n'a ainsi pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le médecin du SMR n'a par exemple pas tenu compte des plaintes (persistance des douleurs lombaires) que l'assuré a exprimées au cours de l'examen. Insuffisamment étayée et fondée sur une simple prédiction médicale, laquelle manque au demeurant de précision, la conclusion du médecin du SMR relative à l'exigibilité de la

reprise d'une activité lucrative n'emporte dès lors pas l'adhésion de la Cour de céans (cons. 4b ci-dessous).

En l'état du dossier, il n'est dès lors pas démontré, au degré de vraisemblance prépondérante, que malgré le traitement mis en œuvre, la densité osseuse était suffisante pour exiger la reprise du travail. Partant, un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance n'est pas encore établi. Dans ces circonstances, un complément d'instruction s'avère nécessaire. Dans la mesure où il s'agit d'élucider une question nécessaire non réglée (ATF137 V 210 cons. 4.4.1.4), il incombera à l'office d'y procéder, par le moyen qu'il jugera idoine. Il appartiendra à l'OAI de déterminer si le comportement du recourant était de nature à entraîner un dommage à l'assurance-invalidité, justifiant la suppression de la rente en application de l'article 21 al. 4 LPGA, plus particulièrement d'établir concrètement, en s'adressant par exemple au Centre d'expertise à Genève, dans quelle mesure le recourant était capable de travailler lorsqu'il a interrompu son traitement (perte osseuse de 14%).

d) A cela s'ajoute que le recourant a repris le traitement prescrit avant le prononcé de la décision litigieuse, ce que l'intimé a omis de prendre en considération, en violation du droit. A supposer que son comportement a entraîné un dommage à l'assurance, ce que l'instruction complémentaire devra établir, une suppression définitive, comme l'a fait l'intimé, n'apparaît en effet pas conforme à l'article 21 al. 4 LPGA. La suppression de la rente n'est à cet égard envisageable tant que l'assuré persiste dans son refus de collaborer. Suite à la réintroduction du traitement en novembre 2011, on doit admettre que les conditions mises à la suppression de la rente d'invalidité, au sens de cette disposition, ont cessé, de sorte que seule une sanction temporaire serait, le cas échéant, envisageable. Enfin, avant de prononcer une telle sanction, l'OAI devra encore établir qu'elle est conforme à l'article 7b al. 3 LAI.

6.a) Lademande de restitution de l'effet suspensif, en tant qu'elle porte sur la présente procédure de recours, est sans objet. On relèvera au passage que le retrait de l'effet suspensif décidé par l'OAI couvre également la période d'instruction complémentaire jusqu'à la notification de la nouvelle décision, dans la mesure où il n'y a pas lieu de retenir ici une ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF129 V 370 et 106 V 18; cf. également arrêt du TF du 11.11.2010 [8C\_451/2010] cons. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33, p. 96, ainsi que arrêt du TF du 12.05.2011 [9C\_94/2011] cons. 5.3).

b) Compte tenu de l'issue du litige, il est inutile d'examiner les autres griefs du recourant. Il n'y a pas lieu non plus de procéder à un second échange d'écritures comme le demande le recourant dans son courrier du 24 juillet 2012.

7. Les considérations qui précèdent conduisent à admettre le recours, à annuler la décision du 21 mai 2012 et à renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de l'intimé. Le recourant a par ailleurs droit à une indemnité de dépens dans la mesure fixée par le tribunal; son montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

Me F. n'ayant pas déposé un état des honoraires et des frais (art. 55 al. 1 de l'arrêté temporaire du Conseil d'Etat, du 22.12.2010, fixant les tarifs des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative), la Cour de céans fixera les dépens sur la base du dossier (art. 55 al. 2 de l'arrêté). L'activité déployée par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours complémentaire, précédée de la prise

de connaissance du dossier et probablement d'un entretien avec le client, ne peut avoir excédé quelque 5 heures. Eu égard au tarif usuel, de l'ordre de 250 francs de l'heure, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 54 de l'arrêté) et de la TVA de 8 %, l'indemnité de dépens sera fixée au montant de 1'485 francs tout compris.

Par ces motifs, LA Cour de DROIT PUBLIC

1. Admet le recours.

2. Annule la décision de l'OAI du 21 mai 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

3. Met les frais de 440 francs à la charge de l'intimé et ordonne la restitution de son avance au recourant.

4. Alloue au recourant une indemnité de dépens de 1'485 francs, à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 2 août 2012

1 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.

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.

1 Si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.

2 Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré ne sont réduites ou refusées que si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit.

3 Dans la mesure où des assurances sociales ayant le caractère d'assurance de perte de gain ne prévoient aucune prestation en espèces pour les proches, les prestations en espèces ne peuvent être réduites en vertu de l'al. 1 que de moitié. Pour l'autre moitié, la réduction prévue à l'al. 2 est réservée.

4 Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

5 Si l'assuré subit une mesure ou une peine privative de liberté, le paiement des prestations pour perte de gain peut être partiellement ou totalement suspendu à l'exception des prestations destinées à l'entretien des proches visées à l'al. 3.

1 Rectifié par la Commission de rédaction de l'Ass. féd. (art. 33 LREC; RO19741051).

## **E. 7**

Les considérations qui précèdent conduisent à admettre le recours, à annuler la décision du 21 mai 2012 et à renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants . Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de l'intimé. Le recourant a par ailleurs droit à une indemnité de dépens dans la mesure fixée par le tribunal; son montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Me F. n'ayant pas déposé un état des honoraires et des frais (art. 55 al. 1 de l'arrêté temporaire du Conseil d'Etat, du 22.12.2010, fixant les tarifs des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative), la Cour de céans fixera les dépens sur la base du dossier (art. 55 al. 2 de l'arrêté). L'activité déployée par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours complémentaire, précédée de la prise de connaissance du dossier et probablement d'un entretien avec le client, ne peut avoir excédé quelque 5 heures. Eu égard au tarif usuel, de l'ordre de 250 francs de l'heure, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 54 de l'arrêté) et de la TVA de 8 %, l'indemnité de dépens sera fixée au montant de 1'485 francs tout compris.

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