

NE_GERICHTE CDP.2015.240 vom 30. November 2016

NE Tribunal cantonal, 2016-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.240

FR: NE_GERICHTE CDP.2015.240 du 30 novembre 2016

IT: NE_GERICHTE CDP.2015.240 del 30 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité. 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 d'invalidité de 60 % au moins à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). L'article 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 a al. 1 LAI). A teneur de cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'article 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique ; art. 28 a al. 2 LAI). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'article 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon son incapacité à accomplir ses travaux habituels pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées et le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte ; art. 28 a al. 3 LAI). b) Le choix de l'une des trois méthodes d'évaluation de l'invalidité dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il ne s'agit en revanche pas, malgré la teneur de l'article 8 al. 3 LPGA, de chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré (ATF 133 V 504 cons. 3.3 ; 133 V 477 cons. 6.3). Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, eu égard à sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. A cet égard, il faut prendre en compte la nécessité financière de retravailler ou d'étendre son activité, d'éventuelles tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, ainsi que l'âge, les aptitudes professionnelles, la formation, les affinités et les talents personnels de l'assuré. En pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la

reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 cons. 3.3, 125 V 146 cons. 2c, 117 V 194 cons. 3b et les références ; arrêt du TF du 02.06.2010 [9C_22/2010] cons. 4). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde en effet sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui apparaissent les plus probables (ATF 141 V 15 cons. 3.1 ; 137 V 334 cons. 3.2 ; 126 V 353 cons. 5b, 125 V 193 cons. 2 et les références).

E. 3

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, comme en l'espèce (art. 87 al. 3 RAI) – ou après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps, ce qui revient à nier (implicitement) le droit à celle-ci pour la période subséquente – elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'article 17 LPGA . Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 cons. 2, p. 66 et les arrêts cités). La révision du droit à la rente au sens de l'article 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 cons. 3b, p. 199), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 cons. 6.1 et 7.1). 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 en effet 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). 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).

E. 4

En l'espèce, une première demande de prestations AI, déposée le 10 mars 2005, avait débouché sur un refus de rente, après que l'Office AI a fait procéder à une expertise psychiatrique auprès du Dr B. Ce dernier avait posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés de type "dépendance contrôlée" ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il a en revanche nié toute répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré (rapport d'expertise du 25.08.2005). Après avoir requis l'avis du SMR qui a fait siennes les conclusions de l'expert,

l'Office AI a prononcé un refus de prestation par décision du 9 mars 2006, confirmée sur opposition le 5 février 2007. A cette situation doit être comparée celle qui a prévalu au moment de la décision relative à la nouvelle demande formulée le 26 octobre 2012. A l'appui de celle-ci, le recourant qui s'est soumis à une tutelle volontaire depuis le 21 août 2012 a indiqué, par l'entremise de son tuteur, avoir subi un accident de vélo lui ayant causé des lésions irréversibles au cerveau. Il apparaît en effet à la lecture du dossier qu'en raison de cet accident de la route, après avoir effectué deux séjours hospitaliers au Centre hospitalier de Bienne, puis à l'Hôpital de l'Ile, il a été pris en charge du 31 août au 30 novembre 2012 à la Clinique I. en vue de sa réhabilitation, puis a séjourné au Centre J. jusqu'au 20 novembre 2013. Les pièces médicales font état d'un traumatisme crânien grave avec hématome sous dural et contusion cérébrale gauche. Une incapacité de travail entière dès le 27 juin 2012 a été attestée par les médecins de la Clinique I. qui, tout en émettant un pronostic très réservé, ont estimé que le patient pourrait réintégrer un logement autonome et un travail dans un cadre protégé à un taux entre 40 et 60 % dans les 6 mois dès leur évaluation, soit dès juillet 2013 (rapport du 15.11.2012). Quant aux praticiens du Centre J., ils ont relevé une persistance des troubles de l'équilibre, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité importante, tout en observant une certaine capacité d'adaptation et d'organisation. Ils ont noté que l'assuré était capable de gérer ses soins, sous supervision, et de faire les tâches ménagères, bien que cela demeure difficile en raison des difficultés cognitives et sensorielles et de son anxiété. Ils ont estimé la capacité de travail dans des tâches simples et répétitives de 30 % avec un rendement de 20 % (rapport du 28 janvier 2014 du Dr E. et de F.). Dans son avis médical du 11 février 2014, le Dr G., médecin au SMR, a repris les conclusions du rapport du Centre J. Elle en a conclu que : "L'évaluation fonctionnelle, psychomotrice et cognitive note une amélioration globale permettant une autonomie dans la vie quotidienne sous couvert d'une surveillance infirmière pour la distribution et la prise des traitements, une curatelle et un suivi des éducateurs. Par contre les limitations fonctionnelles cognitives, sensorielles et physiques ne permettent raisonnablement pas actuellement une reprise d'activité en économie libre, le rendement étant à évaluer à 20% maximum pour une capacité de travail de 30% par semaine. Aussi le SMR propose de suivre les conclusions de l'évaluation du Dr E. [...] et de F. [...] et de retenir une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 27 juin 2012." Cette appréciation claire et motivée de la part du SMR qui établit de manière évidente une péjoration de l'état de santé du recourant entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité aurait dû conduire l'Office AI à octroyer au recourant une rente entière non limitée dans le temps. Or cet office a fait procéder à une enquête économique sur le ménage, après avoir estimé dans une note du 12 février 2014 que : "Comme [l'assuré] est inactif de très longue date et notamment à celle (sic) de son accident [de la route], la méthode d'évaluation de l'invalidité est la méthode spécifique." Il convient dès lors d'examiner, en application du principe valable en assurances sociales selon lequel le juge applique le droit d'office (art. 43 LPJA ; Schaer , Juridiction administrative neuchâteloise, p. 176, ad art. 43 al. 1), indépendamment de ce qu'invoquent les parties, si c'est à juste titre que l'Office AI a dorénavant recouru à la méthode spécifique en lieu et place de la méthode de comparaison des revenus précédemment appliquée. Cela revient à examiner s'il existe un motif de révision pouvant conduire à un changement de méthode de calcul de l'invalidité.

E. 5

a) Suite à la première demande de prestations du 10 mars 2005, l'Office AI a appliqué la méthode générale de comparaison des revenus pour établir le taux d'invalidité et arriver au

prononcé d'un refus de rente. Il a retenu que les atteintes à la santé n'étaient pas invalidantes au sens de l'AI et précisé qu'il était sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non, attendu que des éléments tels que l'âge, une formation insuffisante ou encore la situation économique étaient des facteurs étrangers à l'invalidité. Bien qu'il n'y ait pas lieu de revenir sur cette décision qui est entrée en force, on relèvera que l'application de la méthode générale de comparaison des revenus a été retenue à juste titre. L'assuré a commencé à travailler dès 15 ans en usine ; il n'a pas achevé de formation professionnelle, deux apprentissages dans la vente et la coiffure ayant été abandonnés. Jusqu'en 2002, il a occupé divers emplois comme serrurier, serveur, plongeur ou maçon mais les a à chaque fois abandonnés en raison de sa dépendance à la drogue ou de séjours en prison. A sa sortie de prison en 2005, il a été placé à la Fondation K., et a déposé peu après sa première demande de prestations AI. Ainsi, bien qu'il n'ait jamais exercé d'activité lucrative à temps complet, rien n'indique qu'il ait choisi ce mode de vie afin de s'adonner à la tenue de son ménage ou de vaquer à d'autres activités habituelles qui auraient pu conduire à appliquer une autre méthode que celle, générale, de comparaison des revenus. Comme l'avait retenu à juste titre l'intimé, la marginalisation dans laquelle il a peu à peu glissé était un facteur étranger à l'invalidité, de sorte qu'il était juste de ne pas en tenir compte. b) Dans sa nouvelle demande de prestations du 26 octobre 2012, il a indiqué être en incapacité de travail totale en raison de lésions cérébrales suite à un accident de vélo survenu le 27 juin 2012 et précisé ne pas avoir travaillé depuis 5 à 6 ans. L'Office AI fait cependant fausse route lorsqu'il en déduit qu'il convient de faire application désormais de la méthode spécifique vu l'inactivité de très longue date de l'assuré et son accident. S'il semble effectivement ressortir du dossier que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2005, époque où il est sorti de prison et où il a été admis à la Fondation K., rien ne permet d'en conclure qu'il a choisi à ce moment-là de changer de mode de vie, en renonçant définitivement à exercer une activité lucrative pour se consacrer à son ménage ou à d'autres activités habituelles. L'assuré étant marginalisé de longue date, son inactivité professionnelle depuis 2005 ne peut être comprise que comme une évolution regrettable, mais somme toute assez prévisible, de sa situation (cf. également l'arrêt du TF du 12.02.2016 [9C_690/2015] cons. 5.1). L'accident de vélo dont il a été victime ne justifiait pas davantage qu'on puisse dorénavant le considérer comme personne inactive au sens de l'AI. Si l'accent a été mis, durant sa réhabilitation effectuée tant à la Clinique I. qu'au Centre J., sur une autonomisation de l'assuré dans la tenue de son ménage, c'est parce qu'il n'avait pas de perspectives d'être réinséré dans le monde du travail, sa capacité résiduelle de travail ayant été estimée, dans des tâches simples et répétitives, à 30 % avec un rendement de 20 %. Peu importe par ailleurs que l'assuré, par l'entremise de son tuteur, n'ait pas contesté dans le mémoire de recours, ni auparavant, que l'Office AI applique la méthode spécifique. On relèvera à cet égard que, dans l'enquête ménagère du 31 juillet 2014, le recourant a indiqué que, sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi son train de vie comme c'était le cas avant son accident, soit avec des petits "boulots" temporaires, et qu'il n'avait pas d'autres projets particuliers. Il n'a donc jamais affirmé souhaiter changer de mode de vie et s'adonner dorénavant à la tenue de son ménage ou à d'autres activités habituelles. Pour toutes ces raisons, l'inactivité professionnelle du recourant ne pouvait donner lieu à une révision de la méthode d'évaluation de l'invalidité, telle qu'opérée par l'Office AI. Ainsi, compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'Office AI, l'évaluation de l'invalidité

par la méthode générale de comparaison des revenus aboutit à un taux de 100 % en fonction de son dernier salaire effectif (ATF 137 V 334 cons. 5.5.3). Il s'ensuit que le recours doit être admis.

E. 6

Le recours se révèle bien fondé. La rente entière allouée à partir du 1^{er} juin 2013 – le début de la rente n'ayant à juste titre pas été contesté – doit l'être pour une durée indéterminée. Vu l'issue de la cause, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de l'intimé. Le recourant a droit à une indemnité de dépens dans la mesure fixée par le tribunal; ce montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire n'ayant à ce jour pas déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par ce mandataire devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 5 heures. Eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de l'ordre de 250 francs l'heure, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais) et de la TVA au taux de 8 %, l'indemnité de dépens doit être fixée à 1'485 francs. Compte tenu de l'allocation de dépens, la demande d'assistance judiciaire est sans objet.

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