

NE_GERICHTE TA.2009.22 vom 20. August 2009

NE Tribunal cantonal, 2009-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2009.22

FR: NE_GERICHTE TA.2009.22 du 20 août 2009

IT: NE_GERICHTE TA.2009.22 del 20 agosto 2009

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) 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 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, psychique ou mentale. 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). En vertu de l'article 7 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements 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 ou 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 125 V 256 cons.4, 115 V 133 cons.2, 114 V 310 cons.3c , 105 V 156 cons.1 ; ATF du 29.06.2007 [I 312/06] cons.2.3). Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Ainsi, les considérations médicales émises par un spécialiste, et contraires à l'expertise d'un confrère, ne peuvent pas sans autre être écartées (ATFA du 05.10.2001 [I 236/01] cons.1 et les références; ATA du 14.03.2001 [TA.2000.335] cons.2c, du 13.10.2004 [TA.2002.380] cons.3c). 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 cons.11.1.3, 125 V 351 cons.3a, 122 V 157 cons.1c; ATF du 08.01.2008 [9C 168/2007] cons.4.2 ; RAMA 1996 no U 256, p.215 cons.4 et les références). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 cons.3b/cc et les références; ATF du 12.06.2007 [4A 45/2007] cons.5.1 in fine). c) Par ailleurs, selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions querellées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 433 cons.1.2, 129 V 1 cons.1.2), les faits survenus postérieurement doivent toutefois 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 (ATF 99 V 98, p.102 ; ATFA non publié du 18.07.2005 [I 321/04] cons.5.1). Cas échéant, un avis médical peut être pris en compte en procédure de recours quand bien même il a été rendu postérieurement à la décision attaquée (ATF du 01.02.2008 [9C _ 260/2007] cons.3.3 et les références; ATA du 23.10.2008 [TA.2006.348] cons.5d et du 08.08.2008 [TA.2006.77] cons.2d).

E. 3

a) En l'espèce, le recourant ne soutient pas que l'expertise du Dr B. était dépourvue de valeur probante au moment où elle a été effectuée. Il prétend en revanche que ses conclusions ne sont plus d'actualité, son état de santé physique s'étant modifié de façon à influencer son droit à la rente. Il ne peut être suivi. En effet, entre le 16 mai 2001 et le 21 mars 2007, F. a subi trois examens du rachis lombaire par imagerie médicale (rapports du Dr P. du 16.05.2001 [CT-Scan] du 11.03.2003 [IRM] et du 21.03.2007 [IRM]). Les conclusions de ces examens n'apportent pas d'éléments en faveur d'une aggravation manifeste de la santé de l'intéressé depuis 2001, ainsi que l'a constaté la Doctoresse M. du SMR (avis du 25.06.2008). Le recourant est atteint d'une hernie protrusive médiane et paramédiane bilatérale L4-L5, avec discopathie; de hernie intra-spongieuse des plateaux vertébraux correspondants; de discopathie débutante L3-L4 et L5-S1 et d'arthropathie postérieure prédominant en L3-L4. Par ailleurs, dans son rapport du 23 mai 2003, le Dr G. relevait déjà l'existence de lombosciatalgies droites au niveau L4-L5, d'une petite hernie discale paramédiane droite et d'arthrose étagée, tout en indiquant que lesdites lombalgies chroniques étaient inchangées. Le 26 avril 2004, le même médecin écrivait au mandataire du recourant que la lésion dégénérative étagée au niveau L3 à S1 de son patient ainsi qu'une petite hernie discale paramédiane droite L4-L5 ne pouvaient pas expliquer la symptomatologie étant donné qu'il n'y a pas d'irritation de racines. Le Dr G. a exprimé alors l'avis que la pathologie de F. était essentiellement psychiatrique. Dans son rapport du 30 mars 2007, le médecin prénommé n'a pas mentionné non plus d'aggravation, s'exprimant comme suit : "Ce patient souffre de lombosciatalgies bilatérales depuis longue date. Actuellement, il souffre toujours de ses lombalgies de façon chronique. Il a présenté un recours auprès de l'AI. Je me permets d'actualiser son dossier vu la persistance de la symptomatologie. Une IRM a été faite en mars 2007. Cette dernière montre en L4-L5 une

hernie discale de type protrusive médiane et paramédiane bilatérale. Comme traitement, il prend des anti-inflammatoires". Enfin, la lettre du Dr G. à l'avocate du recourant du 5 janvier 2009 ne dit rien qui parlerait en faveur d'une situation différente de celle constatée et prise en compte par l'expert B. Le médecin traitant y relève seulement que F. "présente un problème ostéo-articulaire avec des lombosciatalgies bilatérales existantes depuis mars 2002, raison pour laquelle l'office AI avait demandé une expertise au Dr B. en 2002, qui avait conclu à l'incapacité d'exercer une activité professionnelle lourde sur les chantiers. Depuis cette date, le patient a toujours été en incapacité de travail à 100 % dans sa profession de base". Mentionnant ensuite que, selon la Doctoresse R., l'état psychique du patient restait dépressif avec un trouble du sommeil persistant, une humeur basse, un sentiment de désarroi et une anxiété persistante et progressive, le Dr G. exprime l'avis que la capacité de travail de son patient "est au maximum de 50 % concernant ces deux affections". Par conséquent, il apparaît que la situation du recourant, du point de vue somatique, n'a guère évolué depuis que le rapport d'expertise du Dr B. a été établi. Ce rapport conserve dès lors sa pleine valeur probante. b) Le rapport d'expertise du Dr S., du 10 décembre 2004, procède d'un examen complet de la documentation médicale au dossier et d'entretiens avec le recourant. Il prend en compte une anamnèse complète (familiale, personnelle et socio-professionnelle) et relève les plaintes de l'assuré ainsi que les constatations cliniques de l'expert. Ce dernier a examiné en détail les critères selon la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'épisode dépressif ainsi que les critères jurisprudentiels d'observation dans les troubles somatoformes. Ce rapport indique clairement des diagnostics et répond aux questions posées à l'expert par l'administration. Il remplit ainsi toutes les conditions jurisprudentielles pour que puisse lui être reconnue pleine valeur probante. Contrairement à ce que soutient implicitement le recourant, l'expert n'a nullement négligé l'interaction entre les troubles physiques et les troubles psychiques dont il est atteint. Le Dr S. a en effet expressément indiqué qu'il retenait le diagnostic de dysthymie "pour désigner la légère composante réactionnelle et associée à son problème somatique, mais qui n'est en aucun cas une pathologie à part de valeur invalidante". En outre, le Dr S. a considéré ce qui suit : "Force est de constater que F. ne souffre pas en permanence d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. Il se montre certes affligé et alourdi par sa situation, mais il dispose d'une capacité de concentration considérable, d'une capacité d'adaptation certaine et ne présente aucune autre psychopathologie véritable. Il est par contre, et là nous rejoignons les observations de la psychiatre traitante, très fixé sur une vision de lui-même en tant qu'invalidé et incapable de faire quoi que ce soit. Tout en affichant verbalement qu'il accepterait tout ce qu'on lui propose, il dit à de multiples reprises ses limitations et impossibilités. De ce fait, nous ne pouvons nous défaire de l'impression que ce qui est mentionné comme surcharge psychogène correspond à une détermination à peine voilée d'obtenir une rente. Ceci ne veut pas dire en soi névrose de rente ou simulation, mais, à l'instar des constatations des experts rhumatologiques, une sorte d'exagération de symptômes aussi sur le plan psychiatrique." (rapport, p.19) Dans son rapport du 19 décembre 2008, la Doctoresse R. ne relève aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr S. Au contraire, cette spécialiste relève : "Rappelons que F. souffre de lombosciatalgies bilatérales et d'un trouble anti-dépressif à caractère chronique. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement psychotrope depuis nombreuses années (sic). Son état psychique est caractérisé par la présence d'un trouble du sommeil persistant, une baisse d'humeur, un sentiment de désarroi ainsi que une anxiété manifeste et progressive. L'intensité de ces symptômes fait qu'il soit passablement

limite dans la gestion de sa vie quotidienne." Ces éléments ne sauraient battre en brèche la valeur probante du rapport de l'expert précité. c) Il découle de ce qui précède qu'il n'existe, pour la Cour de céans, pas de raisons suffisantes de s'éloigner des conclusions des experts. Le fait que les médecins traitants ne partagent pas le point de vue de l'expert ne suffit pas. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 cons.4, p.175), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (ATF non publié du 23.05.2007 [I 533/06] cons.5.3 et les références). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il n'y a dès lors pas de raison d'ordonner une expertise pluridisciplinaire comme le demande le recourant. Cela étant, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

E. 4

Il reste à examiner si, comme le soutient le recourant, l'OAI a violé le principe de célérité en l'occurrence. a) L'article 29 al.1 Cst.féd. dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'article 6 § 1 CEDH – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue (RCC 1978, p.325) – cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 124 I 139 cons.2c, p.142). La LPGA et la LAI ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 124 I 139 cons.2c, p.142, 119 Ib 311 cons.3b et les références, p.325). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 cons.2b et c, p.158). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 cons.5.3, p.333, 129 V 411 cons.1.3 et les références, p.417). En revanche, le point de savoir si ce retard est de nature à entraîner le paiement de dommages et intérêts n'a pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure (ATF du 11.05.2007 [I 946/05] cons.5 et les références). b) En l'espèce, la première demande de prestations du recourant a été déposée le 22 août 2001. Elle était prématurée au regard du droit applicable à l'époque, puisque l'assuré n'était en incapacité de travail que depuis le 13 août précédent et que le délai de carence était donc loin d'être échu.

Après avoir soumis le requérant à une expertise rhumatologique, l'OAI a rendu une première décision de refus de rente le 9 août 2002, laquelle est entrée en force faute d'avoir été attaquée. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel ont été prises en charge par l'assurance-invalidité, en particulier en vertu d'une décision de l'OAI du 5 février 2003. Le 6 mars suivant déjà, l'assuré a derechef formulé une demande de rente entière, à laquelle l'administration a opposé un refus d'entrer en matière le 2 juin 2003. L'assuré ayant formé opposition contre ce prononcé et une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral étant intervenue (ATF 130 V 64), l'OAI a repris l'instruction du cas, de fait, le 15 avril 2004 et, formellement, le 17 août 2004, en prenant une décision (sur opposition) dans ce sens. Aussitôt, il a mis en œuvre une expertise psychiatrique dont le rapport (du 10.12.2004) a été déposé le 14 décembre 2004. Une nouvelle décision refusant à F. le droit à la rente a été prise par l'administration le 31 janvier 2005. L'opposition contre cette décision, formée le 2 mars 2005 et complétée le 14 mars suivant par l'assuré, n'a suscité un nouvel acte d'instruction de l'OAI, sous la forme d'une demande d'appréciation médicale au SMR, qu'en date du 23 avril 2008. La décision sur opposition, dont est recours, a été rendue finalement le 5 décembre 2008. De son côté, le recourant a relancé l'administration, en vain, les 30 août 2005, 7 novembre, 29 décembre 2006 et 12 novembre 2007. Entre la seconde demande de rente, du 6 mars 2003, et la décision entreprise devant la Cour de céans, il s'est donc écoulé 5 années et 9 mois. L'OAI a statué une première fois sur cette demande le 31 janvier 2005, c'est-à-dire dans un délai d'environ 23 mois qui, au regard des décisions (de refus d'entrer en matière et sur opposition) prononcées dans l'intervalle, n'a manifestement pas violé le principe de célérité. Entre ce refus de rente et la décision sur opposition du

E. 5

Au vu du considérant qui précède, malgré le fait que le recourant succombe, il y a lieu de lui allouer une indemnité de dépens et de mettre les frais à la charge de l'intimé.

E. 29

décembre 2006 et 12 novembre 2007.

Entre la seconde demande de rente, du 6 mars 2003, et la décision entreprise devant la Cour de céans, il s'est donc écoulé 5 années et 9 mois. L'OAI a statué une première fois sur cette demande le 31 janvier 2005, c'est-à-dire dans un délai d'environ 23 mois qui, au regard des décisions (de refus d'entrer en matière et sur opposition) prononcées dans l'intervalle, n'a manifestement pas violé le principe de célérité. Entre ce refus de rente et la décision sur opposition du 5 décembre 2008, il s'est à nouveau écoulé plus de 3 années et 10 mois. Rien ne justifiait ce dernier laps de temps pendant lequel, à part recueillir deux communications des médecins traitants du recourant, l'OAI n'a rien fait d'autre que de consulter le SMR. Aussi convient-il, selon la jurisprudence (v. par exemple l'ATF du 11.05.2007 susmentionné), d'admettre que l'intimé a violé le principe de célérité.

5. Au vu du considérant qui précède, malgré le fait que le recourant succombe, il y a lieu de lui allouer une indemnité de dépens et de mettre les frais à la charge de l'intimé.

Par ces motifs, LA Cour des assurances sociales

1. Rejette le recours au sens des considérants.

2. Met à la charge de l'intimé un émolument de décision de 300 francs et les débours forfaitaires par 60 francs.

3.Ordonne la restitution de son avance de frais au recourant.

4.Alloue au recourant une indemnité de dépens de 1'000 francs à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 20 août 2009

1Toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

2Les parties ont le droit d'être entendues.

3Toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

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