Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 712/03

Arrêt du 22 mars 2004
IIIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Lustenberger et Kernen. Greffière : Mme Gehring

Parties
P._____, 1944, recourant,

contre

Office AI du canton de Neuchâtel, Espacité 4-5,
2302 La Chaux-de-Fonds, intimé

Instance précédente
Tribunal administratif du canton de Neuchâtel, Neuchâtel

(Jugement du 6 octobre 2003)

Faits:
A.
A.a P._____, dessinateur technique de formation et surveillant de chantier, né en 1944, a présenté le 19 mars 1998 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, après que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) l'eut déclaré inapte à tous travaux au contact de poussières de bois et de produits de peinture. Par décision du 24 octobre 2000, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (l'office) lui a accordé des mesures professionnelles, soit un reclassement sous la forme d'un cours informatique du 23 octobre 2000 au 31 janvier 2001.
A.b Les 24 et 26 juillet 2002, P._____ a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, motivée par une aggravation de son état de santé, et requis que l'office se prononce sur la demande du 19 mars 1998. Le 12 septembre 2002, l'office l'a informé qu'une décision définitive ne pourrait intervenir sur la première demande de prestations qu'au terme de l'instruction de la seconde. Le 23 janvier 2003, l'office a confié à la Clinique X._____ de réadaptation le mandat de procéder à une expertise sur la personne de l'assuré. Le 1er février 2003, celui-ci a requis une nouvelle fois l'office de statuer sur la demande du 19 mars 1998.
B.
Le 22 avril 2003, l'intéressé a saisi le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel d'un recours pour déni de justice, en faisant grief à l'office de ne pas avoir encore statué sur sa demande et de ne pas lui avoir notifié la décision du 24 octobre 2000.

Par jugement du 6 octobre 2003, l'instance cantonale a rejeté le recours.
C.
P._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il conclut,

sous suite de frais, à titre principal, à ce qu'il soit constaté que le reclassement n'a pas atteint son objectif et à ce qu'il soit statué sur la demande de prestations du 19 mars 1998; à titre subsidiaire, il conclut à ce que le dossier soit renvoyé à l'instance cantonale pour statuer sur le fond de la demande. En outre, il demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle. Pour l'essentiel, il reprend les griefs développés devant les premiers juges.

L'office et l'Office fédéral des assurances sociales renoncent à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. Au plan matériel, la législation applicable en cas de changement de règles de droit demeure celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en l'absence de dispositions transitoires contraires, les nouvelles règles de procédure doivent être appliquées dès leur entrée en vigueur (ATF 129 V 115 consid. 2.2, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).

En l'espèce, les dispositions de procédure contenues dans la LPGA et dans les lois spéciales, entrées en vigueur au 1er janvier 2003, sont applicables.
2.
2.1 Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA sont applicables à l'AI (art. 1a à 70), à moins que la loi n'y déroge expressément. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA).
2.2 Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Dans ce cas, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêts non publiés K. et J. du 23 octobre 2003, [I 328/03], consid. 4.2 et [K 55/03], consid. 2.4; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56). En procédure fédérale subséquente (art. 62 al. 1 LPGA), l'objet du litige est également limité au refus de statuer ou au retard à statuer de l'assureur, à l'exclusion des droits ou obligations du droit de fond (arrêt J. précité consid. 1.3).
2.3 En l'occurrence, il s'agit d'examiner si c'est à juste titre que les premiers juges ont considéré que le recourant ne pouvait se plaindre d'un déni de justice dans le traitement par l'office de la demande du 19 mars 1998.

En revanche, il ne peut être entré en matière sur ses conclusions, en tant qu'elles portent sur les droits matériels auxquels il prétend ensuite de cette demande; sur ce point le recours est irrecevable.
3.
3.1 L'art 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. Kieser,

opus cité, ch. 10, 13 et 14 ad art. 56).

3.2 Les premiers juges ont considéré qu'il ne pouvait être fait reproche à l'office d'attendre les conclusions des experts de la Clinique X._____ de réadaptation pour statuer définitivement sur la demande du 19 mars 1998. Les raisons pour lesquelles l'instruction de la demande n'était pas terminée n'étaient ainsi pas imputables à l'office et l'absence de décision n'était pas constitutive d'un refus de statuer ou d'un retard à statuer.

Selon le recourant, l'office avait été informé de l'échec des mesures professionnelles le 25 avril 2001; dès lors, il lui aurait appartenu de le constater et de statuer sur son droit à une rente d'invalidité. La demande du 24 juillet 2002 étant motivée par une autre atteinte à la santé, il n'y avait pas lieu d'attendre les conclusions des experts mandatés dans la seconde procédure pour statuer sur la première demande.
3.3
3.3.1 En raison des allergies qu'il présentait dans son activité, le recourant a déposé le 19 mars 1998 une demande de prestations, tendant à un reclassement dans une nouvelle profession. Suite à la décision d'inaptitude prononcée le 28 avril 1998 par la CNA et à la cessation en date du 30 avril suivant des rapports de travail du recourant, celui-ci a bénéficié d'indemnités pour changement d'occupation versées par l'assurance-accidents jusqu'à la fin du mois d'août 2002 et des prestations de l'assurance-chômage du 1er août 1998 au 31 juillet 2000. Selon le rapport d'expertise établi le 19 janvier 1999 par les médecins de la Policlinique médicale universitaire de Y._____, sa capacité de travail était totale dans différentes activités adaptées, telles le dessin technique, la gérance d'immeubles ou les activités de bureau. Les experts préconisaient le soutien à la recherche d'un emploi et la prise en charge d'éventuels compléments de formation, en précisant que la prise en charge de la réorientation par l'assurance-chômage apparaissait plus appropriée. Dans ce cadre, le recourant a bénéficié d'un cours Autocad 14 et d'un stage pratique, ainsi que d'un placement dans un emploi du 8 février au 31 juillet 2000. A l'issue des mesures
de l'assurance-chômage, l'office a repris le dossier et mis le recourant au bénéfice d'un cours informatique du 23 octobre 2000 au 31 janvier 2001, selon communication du 24 octobre 2000 avec suite d'indemnités journalières dès le 1er août 2000, selon décisions des 9 novembre 2000 et 16 janvier 2001, ainsi que de prestations au centre de bilan des compétences et de préparation à la validation des acquis.
3.3.2 A l'examen de ces éléments, ainsi que des pièces et des notes d'entretiens avec l'assuré figurant au dossier, il ne ressortait pas à fin avril 2001 que l'absence d'activité lucrative pût être mise sur le compte d'une atteinte à la santé justifiant que l'office statuât sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité. Certes, celui-ci ne pouvait plus travailler en qualité de surveillant de chantier; cependant les experts lui reconnaissaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant d'éventuels compléments de formation. Le recourant avait suivi différents cours et perfectionnements; les comptes-rendus d'entretiens ne faisaient pas état de l'échec de ces formations ou que le recourant eût été entravé en raison de la difficulté des cours ou d'une atteinte à la santé. L'absence d'activité lucrative pouvait être mise sur le compte du marché de l'emploi, sans qu'il puisse être fait reproche à l'office de ne pas avoir examiné à ce moment-là le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à d'autres mesures professionnelles, qui plus est alors que le recourant ne s'était pas manifesté concrètement à l'époque dans ce sens.
3.3.3 Les 24 et 26 juillet 2002, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité et requis l'office de statuer sur la demande du 19 mars 1998. A cet égard, il a fait état de l'augmentation croissante depuis l'apparition de la maladie des facteurs allergènes auxquels il était sensible, de troubles de l'équilibre depuis deux ans et de nombreux problèmes d'arthrose. L'instruction menée par l'office au plan médical n'a pas permis d'établir avec certitude quel était l'état de santé du recourant et la répercussion sur sa capacité de travail pendant la période, contemporaine et postérieure aux mesures de réadaptation, précédant la seconde demande. Au vu de ces éléments il ne peut être fait reproche à l'office d'attendre les conclusions de l'expertise confiée à la Clinique X._____ de réadaptation pour statuer sur la demande du 19 mars 1998. En effet, il appartient à l'office d'examiner si l'absence d'activité lucrative au terme des mesures de réadaptation relève d'une cause pour laquelle il intervient ou ne relève pas de l'assurance-invalidité.
3.3.4 En dernier lieu, le recourant fait grief à l'office de ne pas lui avoir notifié sa décision du 24 octobre 2000 et de ne pas avoir constaté que les mesures de reclassement avaient échoué. Sur ces points, le recours est irrecevable : le recourant ayant suivi la mesure de reclassement et bénéficié des indemnités journalière corrélatives, le litige sur cet objet est dénué pour lui de tout intérêt actuel digne de protection. L'issue des mesures de

reclassement, en tant qu'élément ou complexe de faits résultant de l'appréciation des preuves, ne peut en soi faire l'objet d'une décision en constatation (arrêt non publié S. du 18 février 2003, [U 287/02]); elle relève de l'examen du droit à la prestation à venir.
3.4 Cela étant, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.
4.
Le recourant sollicite pour la présente instance l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. Dans la mesure où elle vise aussi la dispense de payer des frais de procédure, cette requête est sans objet au regard de l'art. 134 OJ.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal administratif du canton de Neuchâtel et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 22 mars 2004
Au nom du Tribunal fédéral des assurances
La Présidente de la IIIe Chambre: La Greffière: