

# VS\_GERICHTE S1 13 171 vom 29. April 2014

VS Kantonsgericht, 2014-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 13 171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_13_171)

FR: VS\_GERICHTE S1 13 171 du 29 avril 2014

IT: VS\_GERICHTE S1 13 171 del 29 aprile 2014

## Regeste

S1 13 171 JUGEMENT DU 29 AVRIL 2014 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean- Pierre Zufferey, juges ; Garance Klay, greffière en la cause X\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître A\_\_\_\_\_ contre Office cantonal AI du Valais, intimé (demande de révision)

## Erwägungen

### E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Formé le 18 octobre 2013, le présent recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81bis LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 L'office AI étant entré en matière sur la demande de révision du 1er octobre 2012, il y a lieu d'examiner l'affaire au fond. Le litige a ainsi pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente entre le 13 octobre 2011, date de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, et le moment où a été rendue la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.).

2.2 En vertu de l'article 17 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, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). 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 reposant 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). Afin de pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration 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 125 V 256 consid. 4 p. 261). Pour qu'un rapport médical soit probant, il est déterminant que les points litigieux 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

- 7 - description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232; 133 V 450 consid. 11.1.3 p. 469; 125 V 351 consid. 3a p. 352). 2.2.1 Pour rendre sa décision du 13 octobre 2011, l'intimé s'était notamment fondé sur l'expertise du BREM du 15 février 2010. Les praticiens avaient alors relevé, au plan psychique, que le tableau clinique était celui d'un trouble anxieux de type anxiété généralisée. Ce trouble entraînait une fatigue chronique et de discrets troubles cognitifs. Le tableau clinique n'était alors pas de type dépressif. L'anxiété généralisée était considérée comme minime à légère et ne justifiait pas de traitement spécialisé. L'ancien travail n'avait plus été jugé exigible ; un travail simple adapté pouvait être accompli à 40%. L'atteinte cognitivo-comportementale justifiait une incapacité médico- théorique de 50% au moins dans une activité adaptée ; ce taux était majoré de 10% par le cumul du trouble anxieux et du trouble psycho-organique. Le travail adapté devait être plus simple, sans déplacements de longue durée en voiture, sans exposition aux bruits, à des vibrations, ne pas nécessiter des mouvements en hauteur avec le membre supérieur gauche, une audition fine, une attention soutenue et devait être sans facteur de stress. Avant de prendre sa décision, l'OAI avait également pris connaissance de l'avis de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2010, laquelle avait rapporté que sa patiente présentait des troubles de mémoire, un état dépressif réactionnel à la situation et des douleurs lombaires récidivantes. Elle se plaignait de douleurs dorsolombaires, de la fatigue, des troubles mnésiques et cognitifs et n'arrivait plus à supporter les événements stressants. La praticienne avait noté une péjoration progressive. A l'aune de ces éléments, le SMR avait finalement admis un taux d'incapacité de travail de 60% ; il avait estimé que les troubles anxieux justifiaient une majoration de 10% du taux d'incapacité de travail de 50% antérieurement admis en raison du syndrome dysexécutif, une sensation de fatigue et de troubles du comportement (persévérations, troubles discursifs). La décision du 13 octobre 2011 n'avait pas été contestée ; en particulier, elle n'avait nullement été critiquée en raison d'une péjoration de l'état de santé qui serait survenue dès janvier 2011, notamment en raison de l'état dépressif initialement relevé par la Dresse D\_\_\_\_\_, étant souligné que l'assurée était déjà suivie par le Dr H\_\_\_\_\_ en octobre 2011 (médecin traitant depuis mars 2011). Or, il est rappelé qu'une demande de révision ne saurait pallier l'absence d'un recours diligenté en temps voulu. Il sied dès lors d'examiner si, à l'aune des avis médicaux versés au dossier, il appert que l'état de fait, en particulier l'état de santé de la recourante, s'est modifié depuis le 13 octobre 2011.

- 8 - 2.2.2 La recourante estime qu'une expertise psychiatrique et neuropsychologique aurait dû être mise en œuvre et une rente entière d'invalidité lui être allouée dès le 1er janvier 2011. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti

par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même 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 consid. 4.6 p. 471).

2.2.3 La recourante se prévaut de l'avis du Dr H\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 16 janvier 2013, ce praticien a fait mention d'une colite collagène, d'une baisse de l'acuité auditive, d'un status après méatoplastie et tympanoplastie II droite, de lombosciatalgies en janvier 2012 et de gonalgies avec épanchement. Il a également retenu un état dépressif depuis janvier 2011 et une aggravation des déficits exécutifs et comportementaux et des troubles mnésiques ; les troubles neuro-psychologiques séquellaires s'étaient décompensés face aux échecs professionnels. Le 7 juin 2013, le SMR a relevé que la colite avait été stabilisée, que les lombosciatalgies ainsi que l'état anxieux et dépressif et les troubles neuropsychologiques étaient déjà connus. Aucune incapacité de travail n'avait été attestée en relation avec l'atteinte au genou ou le statut ORL. Dans son nouveau rapport du 15 juillet 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a admis que la colite, les lombosciatalgies et les gonalgies avaient évolué favorablement et n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée ; par contre, il estimait qu'il fallait tenir compte de l'aggravation de l'état de santé psychique sous forme d'état anxio-dépressif manifeste depuis janvier 2011, ainsi qu'une nette aggravation des déficits exécutifs et comportementaux et des troubles mnésiques décompensés face aux échecs professionnels. S'agissant de l'aggravation de l'état anxio-dépressif alléguée depuis janvier 2011, le Tribunal constate qu'il s'agirait d'une aggravation antérieure à la décision 13 octobre 2011, soit d'un élément dont la recourante aurait dû se prévaloir dans le cadre d'une contestation de l'état de fait retenu en octobre 2011 et non d'un motif de révision. Par ailleurs, comme notés par le SMR, l'état anxieux et dépressif ainsi que les troubles neuropsychologiques, relevés notamment par le BREM (incapacité de travail de 50% majorée de 0% en raison du cumul du trouble anxieux et du trouble psycho-organique) et par la Dresse D\_\_\_\_\_ (état dépressif) avaient déjà été pris en compte dans l'évaluation d'octobre 2011. Une fatigabilité ainsi que des troubles exécutifs et mnésiques avaient déjà été retenus dans le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 juin 2006 ; le bilan neuropsychologique du 8 juin 2006 avait montré un dysfonctionnement exécutif marqué avec difficulté d'organisation, déficit de gestion de tâches multiples, persévérations et troubles discursifs chez une patiente anosognosique (cf. également

- 9 - le rapport du SMR du 9 août 2007). Partant, la survenance de troubles mnésiques, degré d'anosognosie, difficultés de programmation, d'anticipation, de gestion du temps, diminution des ressources attentionnelles et mauvaise capacité d'évaluation de sa propre capacité à effectuer les tâches, qui sont des aspects des troubles exécutifs et mnésiques déjà pris en considération par le passé, retenus comme indices d'aggravation par le Dr H\_\_\_\_\_, ne constituent pas des faits nouveaux. Pour le surplus, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas fourni d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation du SMR, notamment de retenir que ces atteintes se seraient objectivement péjorées depuis octobre 2011 (objectivation de nouveaux symptômes, adaptation de la médication, augmentation de la fréquence des consultations et des traitements mis en œuvre,...), étant rappelé qu'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Pour le surplus, le Tribunal constate que le rapport du SMR répond aux réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur

probante des actes médicaux. Le SMR s'est prononcé en connaissance du dossier, notamment des pièces médicales et en considération des plaintes de l'assurée. Les diagnostics sont clairs et dûment motivés et le SMR a notamment exposé les motifs pour lesquels il s'écartait des conclusions du médecin traitant ; il a notamment relevé que, sur le plan psychique, un état anxieux et dépressif associé à des troubles neuropsychologiques était déjà connu. Le Dr H\_\_\_\_\_ parlait de leur aggravation sans donner de vrais arguments et sans aucun rapport psychiatrique ou neuropsychologique attestant ses déclarations. Il appert ainsi que l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail a été correctement évaluée par l'intimé. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, étant rappelé que les actes médicaux ne doivent pas être complétés pour la simple raison qu'il se pourrait, éventuellement, qu'un examen complémentaire aboutisse à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (ATF 110 V 53 consid. 4a; 104 V 210 consid. a; 115 Ia 101 consid. 5b; VSI 1997, 125 consid. 2c in fine), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. Au vu de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé de réviser le droit à la rente de l'assurée.

### **E. 3**

Les frais de justice, par 500 fr., sont mis à charge de X\_\_\_\_\_.

Sion, le 29 avril 2014

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