

VS_GERICHTE S1 19 174 vom 23. März 2022

VS Kantonsgericht, 2022-03-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 19 174](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_19_174)

FR: VS_GERICHTE S1 19 174 du 23 mars 2022

IT: VS_GERICHTE S1 19 174 del 23 marzo 2022

Regeste

S1 19 174 JUGEMENT DU 23 MARS 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause Hoirs de feu X _____, recourante, à savoir Y _____ et Z _____, contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (refus prestations AI ; valeur probante de l'avis du SMR)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI, plus exactement à une rente et/ou à des mesures d'ordre professionnel, ainsi que sur la valeur probante des pièces médicales au dossier.

E. 2.1

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

E. 2.2

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur

la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à

- 8 - la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

E. 2.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

- 9 - jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA

ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3). Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert

- 10 - (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

E. 3

Dans le cas d'espèce, la recourante a estimé qu'en raison de ses nombreux problèmes de santé, elle n'était plus en mesure de travailler à un taux d'activité de 100%. Dans son opposition du 26 mars 2018, elle avait en outre fermement contesté l'avis du SMR qui lui avait reconnu une pleine capacité de travail sans l'avoir examinée.

E. 3.1

En rendant la décision contestée, l'OAI s'est exclusivement fondé sur l'avis du SMR pour retenir que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail le 1er août 2018. Les documents établis les 26 février 2019 et 28 juin suivant par la Dresse C _____, médecin SMR certifié, constituent des rapports au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles elle aurait procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Dans cette mesure, ils se distinguent d'une expertise mais on ne saurait toutefois d'emblée leur dénier toute valeur probante. Il convient plutôt d'examiner objectivement tous les documents à disposition afin de pouvoir décider s'ils permettent de porter un jugement valable (cf. arrêts 9C_542/2011 précité consid. 4.1 et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

E. 3.1.1

Dans son premier rapport final du 26 février 2019, le SMR a principalement relevé l'avis du Dr B _____ qui avait attesté une évolution favorable sur le plan cardiaque rendant possible une reprise du travail à plein temps à partir du 1er août 2018. Le SMR en a conclu qu'une pleine capacité de travail devait être retenue dans une activité sans port de charges, en précisant que l'activité habituelle respectait cette limitation. Le médecin du SMR a ensuite indiqué que l'encéphalopathie hépatique survenue le 6 avril 2018 pendant l'hospitalisation, justifiait une prise en charge spécialisée. Il a en outre argué que l'éthylisme chronique était primaire et non incapacitant. Dans son second rapport final du 28 juin 2019, le SMR a laconiquement indiqué que les nouveaux éléments fournis par la recourante n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions.

E. 3.1.2

L'avis des médecins traitants est cependant autre. Les Dr A _____ et F _____ retiennent en effet une capacité de travail de leur patiente de 50% au maximum, celle-ci ayant présenté successivement une multitude de troubles, qui, selon les termes employés par les spécialistes de l'Hôpital du Valais, présentait

- 11 - « un état général extrêmement altéré » nécessitant notamment une prise en charge nutritionnelle très agressive (pièce OAI 23, p. 62). Une évolution cardiaque favorable n'aurait en l'état pas dû suffire au SMR pour retenir une pleine capacité de travail, au vu de l'ensemble des diagnostics présentés par la recourante et des nombreuses difficultés qui se sont successivement enchaînées après l'opération d'avril 2018, soit : la dépendance à l'alcoolisme (primaire) ; la cirrhose avec un score CHILD B ; l'encéphalopathie hépatique entraînée par la cirrhose diagnostiquée à la recourante après son opération, dont le SMR avait pourtant reconnu la justification d'une prise en charge spécialisée ; la seconde hospitalisation de la recourante en raison d'une lipothymie orthostatique seulement quelques mois après la première intervention (celle-ci ayant déjà été sujette à des malaises en juillet 2017 lui ayant occasionné deux arrêts de travail de plusieurs jours) ; l'hypotension et la perte de poids observées par le Dr A _____ dans son rapport du 10 février 2019, sur lesquelles le SMR ne s'est pas précisément prononcé et qui a simplement considéré que la lipothymie orthostatique n'était pas invalidante sans fournir d'explications ; les signes clairs de sevrage alcoolique nécessitant un traitement soutenu et la perturbation importante des tests hépatiques (effondrement du facteur V) observée par la Dresse D _____ ; et encore la nouvelle hospitalisation durant le mois de septembre 2019, postérieure à la décision entreprise, dans le but était d'effectuer un sevrage d'alcool et un bilan d'une très probable cirrhose.

E. 3.1.3

Confronté à ces nombreux troubles, l'intimé aurait dû ordonner des investigations médicales complémentaires afin de précisément définir la portée invalidante de ceux-ci. Si en effet certains des diagnostics retenus par les médecins traitant ne relevaient pas de pathologies sévères, justifiant à eux seuls une incapacité de travail, aucun élément au dossier ne permet de confirmer explicitement que l'ensemble des troubles n'entraînait pas une telle incapacité de travail (arrêt 9C_542/2011 du 26 juin 2012 consid. 4.2). Or, les deux médecins traitants ont successivement affirmé que seule une capacité de travail résiduelle de 50% demeurerait exigible. Cela étant, il ne peut pas être exclu que la dépendance à l'alcool ait été incapacitante pour la recourante, une telle affection devant désormais faire l'objet d'une évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (selon l'arrêt 9C_724/2018

du 11 juillet 2019 publié à l'ATF 145 V 215, antérieure à la décision litigieuse), ce que l'intimé n'a cependant pas ordonné. Un alcoolisme qui provoque des atteintes à la santé peut ainsi nuire à la capacité de gain et doit être retenu dans le cadre de l'assurance-invalidité (ATF 124 V 265 consid. 3c ; arrêts 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 à 5.4 et 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 relatifs à l'ancienne pratique). En l'espèce,

- 12 - il ressort des pièces médicales que l'alcoolisme primaire a provoqué une cirrhose d'un stade avancé (CHILD B) qui, à son tour, a entraîné des troubles neurologiques (encéphalopathie hépatique). Cet alcoolisme chronique a également entraîné un état général très péjoré, dont ont résulté des lipothymies orthostatiques, une perte pondérale et une hypotension. Un important suivi a dès lors dû être mis en place, avec un traitement conséquent et plusieurs hospitalisations, jusqu'au décès de la recourante. Dans cette mesure, et au vu de l'ensemble des troubles qu'elle présentait, il doit être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1), que les ressources dont elle disposait encore n'étaient manifestement pas suffisantes pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle à temps plein. Au demeurant, il convient encore de relever que les avis exprimés par le SMR dans ses rapports finaux sont nettement insuffisants face aux pièces médicales contenues dans le dossier. En présence d'avis contradictoires, il appartenait pourtant au médecin du SMR d'étayer son point de vue avec des explications circonstanciées et convaincantes afin de justifier dans quelle mesure la capacité de travail de 50% retenue par les médecins traitants ne pouvait pas être suivie. La Dresse C _____, n'étant pas neurologue, ne pouvait par ailleurs pas se limiter à écarter une évaluation neuropsychologique sans aucune motivation, ce d'autant plus qu'elle a admis que l'encéphalopathie hépatique justifiait une prise en charge spécialisée. La présence de ce diagnostic démontrait pourtant bien la forte influence de la problématique alcoolique et des troubles incapacitants qui en découlaient. Son avis du 26 février 2019 est d'autant moins soutenable, dans la mesure où elle l'a fondé sur une capacité de travail de 80% dans une activité légère qu'aurait retenue le Dr A _____. Or, la lecture du rapport manuscrit de ce dernier ne révèle aucunement un tel taux, mais au contraire un taux de 50% (pièce OAI 16 : le point 3.1 semble mentionner un taux de 80%, mais de 50% en réalité à la lecture du dossier et qu'au surplus ce pourcentage est en lien avec l'activité actuelle de la recourante et non avec l'appréciation du médecin sur la capacité de travail de celle-ci). Ses rapports finaux, insuffisamment motivés, peu concluants et parfois même contradictoires, ne revêtent ainsi qu'une valeur probante très limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder un refus de prestations. Partant, l'instruction de ce dossier est insuffisante et ne peut à ce jour, en raison du décès de l'assurée, pas être complétée. Il convient dès lors de retenir les avis des Dr A _____ et F _____, certes médecins traitants, mais qui ont rendu au contraire des conclusions motivées, en pleine connaissance de l'anamnèse de la

- 13 - recourante et après avoir effectué une étude circonstanciée du cas, lesquels emportent ainsi la conviction de la Cour.

E. 3.2

Eu égard à ce qui précède, l'intimé aurait dû reconnaître que la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité, puisqu'elle présentait une atteinte à sa santé (cirrhose, alcoolisme et encéphalopathie hépatique), du point de vue de la vraisemblance prépondérante, depuis une période antérieure à son hospitalisation d'avril 2018. Cela étant, un éventuel droit à une rente d'invalidité ne pourra lui être octroyé qu'à l'échéance d'une

période de six mois depuis le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 8 mai 2019. A cette date, la recourante présentait une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) nécessaire pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La décision doit par conséquent être annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision et, cas échéant après examen de la perte de gain subie, fixation de la rente due à feu X _____, respectivement à ses héritiers, soit ses parents Z _____ et Y _____ (cf. certificat d'héritier du 10 septembre 2021), dès le 1er mai 2019 (art. 29 al. 3 LAI) sur la base d'une incapacité de travail de 50% et pour autant que le taux d'invalidité ainsi déterminé excède 40% après comparaison des revenus.

E. 4

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a aLPGA, art. 83 LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). Eu égard à l'issue de la cause, feu X _____ a obtenu gain de cause. Les frais de procédure arrêtés au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI), l'avance d'un montant équivalent versée par la recourante lui étant restituée, respectivement à ses héritiers, par le Tribunal.

- 14 -

E. 5

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront supportés par l'intimé (art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA ; art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Néanmoins, dans la mesure où la recourante n'était pas assistée d'un mandataire qualifié et que ni l'importance de la cause ni sa complexité n'ont rendu objectivement nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts, il ne lui est pas alloué de dépens (ATF 127 V 205 consid. 4b ; Jean Métral, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, Bâle 2018, ch. 103 ad art. 61).

Prononce

1. Le recours est admis, la décision du 13 août 2019 annulée et le dossier renvoyé à l'Office cantonal AI du Valais pour nouvelle décision dans le sens du considérant 3. 2. Il n'est pas alloué de dépens. 3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 23 mars 2022.

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