

VS_GERICHTE S1 19 194 vom 7. April 2022

VS Kantonsgericht, 2022-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 19 194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_19_194)

FR: VS_GERICHTE S1 19 194 du 7 avril 2022

IT: VS_GERICHTE S1 19 194 del 7 aprile 2022

Regeste

S1 19 194 JUGEMENT DU 7 AVRIL 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X _____, 1870 Monthey, recourante, représentée par Syndicats Chrétiens du Valais, 1950 Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 17 LPGGA ; nouvelle demande ; révision ; refus de rente d'invalidité)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 23 septembre 2019, le présent recours à l'encontre de la décision du 21 août 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA) et devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement sur le point de savoir si, par analogie avec l'article 17 LPGGA, l'état de santé de celle-ci a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, partant, son droit à des prestations. 3.1 Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance- invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 21 août 2019 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3.2 Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 3.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin

consiste à porter un jugement sur l'état de santé

- 9 - 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). 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 SMR de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. OFAS, Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffres 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) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). 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 (ATF 135 V 465

- 10 - consid. 4.5). 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 du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références).

E. 4

L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du mois de juillet 2016, il sied d'examiner si un changement important des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision de refus de rente du 1er juin 2016 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 21 août 2019 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence).

E. 4.1

En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 1er juin 2016, la recourante souffrait d'un syndrome douloureux à l'épaule droite avec des limitations fonctionnelles ne permettant plus l'exercice de l'activité de femme de ménage mais uniquement l'exercice d'activités sédentaires mono-manuelles ménageant le membre supérieur droit, ce qui n'entraînait aucune perte de gain après comparaison des revenus idoines.

E. 4.2

Lors du dépôt de la nouvelle demande en juillet 2016, la recourante avait subi deux accidents, le premier le 24 décembre 2015 qui avait entraîné une entorse cervicale (whiplash) et dorsale et le second le 7 juin 2016 qui s'était soldé par une entorse de l'épaule gauche. En outre, un état dépressif avait été signalé par la CRR en juillet 2016 et confirmé par le médecin traitant le 24 novembre 2016.

- 11 - C'est en raison de ces nouveaux éléments que l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la demande, de reprendre l'instruction du dossier en interpellant l'ensemble des médecins de l'assurée et finalement de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès de la Dresse F _____, spécialiste en médecine interne, et du Dr G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en mai et juin 2017. Selon la recourante, le rapport d'expertise établi en août 2017 serait obsolète et ne pourrait servir de base à la décision. Or, il n'en est rien et le grief peut être rejeté puisque l'intimé s'est fondé principalement sur le rapport final du SMR du 19 juillet 2019 pour rendre sa décision. Dans ce dernier, le SMR a examiné attentivement tous les rapports fournis par l'assurée postérieurement à l'expertise d'août 2017 et a expliqué de manière claire et précise pourquoi ces nouveaux éléments ne permettaient pas de modifier les conclusions des experts et les limitations fonctionnelles dûment reconnues en lien avec les problèmes aux épaules, à la nuque et au dos. La recourante n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'appréciation finale du SMR. Elle ne critique pas non plus l'expertise d'août 2017 sur des points précis. Or, la Cour constate que cette dernière ne contient ni oublis, ni erreurs manifestes ni contradictions qui entacheraient sa pleine valeur probante. Il en va de même des avis du SMR des 24 mai 2018, 11 janvier 2019 et 19 juillet 2019, lesquels peuvent être qualifiés de probants et ne sauraient être mis en doute par l'avis du Dr O _____. En effet, la position de ce dernier paraît lacunaire puisque de l'aveu même du praticien tous les tests n'ont pas été effectués, notamment concernant le port de charges. En outre, le Dr O _____ retient des limitations positionnelles qui sont identiques à celles reconnues par le SMR. On peine dès lors à comprendre son appréciation de la capacité de

travail, laquelle semble davantage liée au fait que l'assurée était alors inscrite au chômage comme demandeuse d'emploi à 50%. Enfin, comme l'a relevé le SMR, il apparaît que la recourante n'a pas subi d'incapacité de travail de longue durée depuis l'exigibilité médico-théorique d'avril 2015, mais uniquement de courtes incapacités en lien avec les deux accidents de décembre 2015 et juin 2016 et l'intervention de novembre 2018. Il s'ensuit au vu des éléments médicaux au dossier que c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas de modification, au sens de l'article 17 LPGa et 87 alinéas 3 et 4 RAI, de la capacité de travail totale dans une activité adaptée entre l'époque de la décision de refus de rente de juin 2016 et celle de la décision attaquée d'août 2019.

- 12 -

E. 4.3

S'agissant des rapports du CCPP du 5 février 2020 et du Centre R _____ du 12 février 2020, force est de constater qu'ils portent sur un état de fait postérieur à la décision attaquée. Or, il est rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Dès lors, l'impact de ses nouveaux éléments sur la capacité de travail de l'assurée devrait être examiné dans le cadre d'une nouvelle demande.

E. 4.4

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans, par appréciation anticipée des preuves, de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; 122 II 464 consid. 4a).

E. 5

Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 21 août 2019 confirmée.

E. 6

Les frais de justice par 500 fr. sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGa et 69 al.1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGa).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 7 avril 2022

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