

VS_GERICHTE S1 19 228 vom 29. März 2022

VS Kantonsgericht, 2022-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_19_228

FR: VS_GERICHTE S1 19 228 du 29 mars 2022

IT: VS_GERICHTE S1 19 228 del 29 marzo 2022

Regeste

S1 19 228 – S1 19 249 JUGEMENT DU 29 MARS 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 _____, recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (rente limitée dans le temps et refus de mesures d'ordre professionnel)

Erwägungen

E. 7

et 9 octobre 2019 ont été interjetés dans le délai légal de trente jours et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière. 1.2 Ils concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre les décisions d'un même office AI, de sorte qu'il se justifie de les réunir et de les liquider dans un seul jugement (art. 61 LPGA, en lien avec les art. 81a al. 1 et 2, 56 al. 1 et 11b al. 1 LPJA ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_71/2009 et 2C_73/2009 du 10 juin 2009). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2019, plus particulièrement sur la capacité de travail exigible de sa part dès 16 janvier 2019, ainsi que sur son droit à des mesures d'ordre professionnel. 2.1.1 Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 ; ATF 125 V 418 consid. 2d). Aux termes 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 2.1.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou 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

- 18 - mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 134 consid.2 ; 114 V 314 consid. 3c). 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 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 le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 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). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3ème éd., 2003, p. 332 note 37 ; Calatayud, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p.548). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 352 consid. 3a ; 122 V160 consid. 1c avec les renvois). Par ailleurs, le juge accordera, en règle générale, plus de poids aux observations des spécialistes qu'à l'appréciation du médecin traitant ou du médecin de famille, les relations existant entre celui-ci et son patient étant souvent à l'origine d'une certaine bienveillance du premier envers le second (ATF 125 V 352 consid.3a/cc ; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc ; RAMA 1999 p. 193).

- 19 - Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA). 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. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. 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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). 2.2 En l'occurrence, la recourante ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'impartialité des experts du CEMed et la valeur probante de leurs conclusions. Le fait que l'évaluation ait été réalisée en un temps donné, sur la base d'examen courts, et non pas sur une longue période n'enlève rien à la validité des conclusions des experts du CEMed, dont la tâche était précisément de mettre leurs connaissances spéciales à la disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). En outre, on ne voit pas que leur rapport d'expertise contienne des contradictions, ni des défauts manifestes. A l'instar du SMR, il sied d'admettre que l'expertise du CEMed est claire et précise et remplit tous les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa). Concernant la problématique psychiatrique, la recourante ne soulève aucun argument spécifique, se contentant d'affirmer avoir des idées noires et être déprimée (cf. recours du 28 octobre 2019, allégué 9), ce qui l'empêcherait de travailler à 100%. Elle estime que l'incapacité de travail reconnue par son psychiatre traitant le Dr F _____ doit être prise en compte. Or, c'est précisément pour éclaircir l'état de santé psychique de l'assurée et évaluer son impact sur la capacité de travail que l'expertise auprès du CEMed a été ordonnée. Ainsi, en l'absence d'éléments probants jetant le doute sur la cohérence et la validité de l'appréciation du Dr O _____,

- 20 - il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions quant à une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, la critique de la recourante selon laquelle l'intimé n'aurait pas tenu compte de l'avis du Dr A _____ est infondée. En effet, le SMR s'est précisément écarté de l'avis des experts sur le début de l'exigibilité (fixé à mai 2018) pour tenir compte de la position du médecin traitant qui, lors du contrôle du 13 septembre 2018, avait fixé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Ce taux était motivé par le fait que des investigations médicales étaient encore en cours pour les douleurs de la jambe gauche. Par la suite, dans son bref rapport du 5 juin 2019, le Dr A _____ n'a pas apporté d'éléments médicaux objectifs justifiant le maintien du taux à 50% et suffisamment pertinent pour mettre en doute les conclusions des experts. En outre, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 23 mai 2019, ni le Dr A _____ ni la Dresse C _____ n'ont fait état de nouvelles pathologies ou de nouvelles investigations ou interventions chirurgicales depuis janvier 2019. Par ailleurs, toutes les limitations fonctionnelles décrites par ces derniers concordent avec celles retenues par les experts du CEMed et le SMR. Ainsi, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante n'apparaît pas justifiée et semble essentiellement reposer sur des éléments subjectifs et des facteurs, non somatiques et extra-médicaux. En définitive, la recourante ne fait valoir aucun motif qui justifierait de s'écarter de l'appréciation des experts du CEMed et du SMR. Le rôle des experts serait vidé de tout son sens s'il fallait systématiquement requérir une surexpertise lorsque leurs conclusions s'écarteraient des avis de médecins qui se sont exprimés avant eux. Il y a dès lors lieu de confirmer la pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 16 janvier 2019. 2.3 Conforme à la législation et à la jurisprudence, l'évaluation du taux d'invalidité faite par l'intimé à hauteur de 17% ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmée. 3. Etant donné ce taux, inférieur au seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir un droit à une mesure de reclassement de 20% (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1), le refus de toutes mesures d'ordre professionnel apparaît justifié. Par ailleurs, il est rappelé que même si le

seuil minimum était atteint, l'assurée devrait également remplir la condition de l'aptitude subjective à la réadaptation, à savoir avoir la volonté nécessaire de se réadapter (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 et I 660/02 du

- 21 - 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; VSI 2002 111 et les références). Or, en l'espèce, la recourante s'estime incapable de travailler (cf. évaluation consensuelle, p. 7 ; pièce 265, p. 891) et demande à être mise au bénéfice d'une rente à 100% de manière illimitée (cf. recours du 12 novembre 2019 p. 3). Selon ses propres déclarations aux experts, elle ne voit pas quelle activité elle pourrait exercer avec ses dorsalgies et attend le versement d'une rente complète de l'AI (cf. évaluation consensuelle p. 25 et expertise pluridisciplinaire, p. 25). Le Dr N _____ a d'ailleurs jugé que même si une réadaptation était théoriquement possible, elle serait vouée à l'échec puisque l'assurée s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle (question 7.2 de l'expertise, p. 31). Enfin, la recourante ne saurait prétendre à des mesures d'ordre professionnel compte tenu du fait qu'une activité reste possible à plein temps (avec une diminution de rendement de 20%) et que le marché de l'emploi recouvre suffisamment d'activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. En effet, comme l'a expliqué l'intimé, les limitations fonctionnelles de la recourante sont celles généralement rencontrées en matière de rachialgies. A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion à maintes reprises de rappeler que le marché de l'emploi et les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires recouvraient un large éventail d'activités légères et accessibles sans formation particulière, dont un nombre significatif était adapté aux rachialgies et permettait de respecter les mesures classiques d'épargne lombaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 et 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5 ; arrêt de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal genevois ATAS/1012/2019 du 5 novembre 2019 consid. 10d). 4. Il s'ensuit que les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises des 7 et 14 octobre 2019 confirmées, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction requises par la recourante (son interrogatoire et celui du Dr A _____, ainsi qu'une contre-expertise), 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 122 II 464 consid. 4a et 122 III 219 consid. 3c). 5.1 Les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente cause et au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence

- 22 - des prestations, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont compensés avec ses avances. Le solde par 200 fr. sera ristourné à la recourante par le greffe du Tribunal. 5.2 Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g aLPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 29 mars 2022

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