

# **VS\_GERICHTE S1 19 244 vom 15. März 2022**

VS Kantonsgericht, 2022-03-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 19 244](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_19_244)

FR: VS\_GERICHTE S1 19 244 du 15 mars 2022

IT: VS\_GERICHTE S1 19 244 del 15 marzo 2022

## **Regeste**

S1 19 244 JUGEMENT DU 15 MARS 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Thomas Brunner, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X \_\_\_\_\_, recourante contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 17 LPGa ; révision et suppression de la 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 7 novembre 2019, le recours à l'encontre de la décision du 10 octobre 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGa), devant l'instance compétente (art. 56, 57 LPGa et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 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.

### **E. 2**

Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision ayant amené l'OAI à supprimer la rente entière d'invalidité de la recourante dès le 1er décembre 2019. 3.1. A teneur 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le

même mais que ses

- 14 - conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1, 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b). 3.2. 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, il 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). 3.3. 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-ci 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 la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis LAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, 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

- 15 - 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). Les rapports du SMR 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). Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt 8C\_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les

- 16 - indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2). 3.4. 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 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 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

- 17 - 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).

#### **E. 4**

Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation de la recourante entre le 1er janvier 2010, date à laquelle elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, et le 10 octobre 2019, lorsque l'OAI a décidé de supprimer son droit à la rente.

##### **E. 4.1**

A l'octroi de sa rente entière, l'assurée venait de subir successivement deux accidents lui provoquant des troubles au coude et à l'épaule droits. En raison d'une aggravation de la situation, elle a dû subir toute une série d'opérations au coude (résection de la tête radiale droite, résection d'un fragment de la tête disloquée dans la musculature épitrochléenne, suture du ligament collatéral et mise en place d'une prothèse de la tête radiale, et enfin neurolyse du nerf cubital droit associée à une épitrochléectomie) et à l'épaule (réparation du sus-épineux droit avec acromioplastie et adhésiolyse, refixation arthroscopique du sous-scapulaire droit, ténodèse du long biceps droit, réparation du sus-épineux droit). Ce faisant, ces événements ont bousculé la dynamique de vie de l'assurée qui a entièrement arrêté son activité professionnelle et ses nombreuses activités sportives, entraînant une décompensation psychique observée par les spécialistes qui l'avaient examinée à l'époque. Le diagnostic de réaction à un facteur de stress important avec trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée (F43.21) avait dès lors été posé. Le 8 mars 2012 encore, les intervenants du CCPP faisaient état que ce trouble était totalement incapacitant tant que les problèmes physiques de l'intéressée n'étaient pas résolus (pièce OAI 89). Les nombreux troubles au niveau somatique, qui entraînaient une durable incapacité de travail, sont venus s'ajouter au diagnostic psychiatrique, raison pour laquelle la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Les différentes complications survenues durant la procédure menée par l'assurance-accidents, dont notamment une nouvelle déchirure du tendon sous-scapulaire et une tendinopathie en 2012 entraînant une nouvelle arthroscopie, ainsi que les différentes procédures judiciaires, ont nécessité un nombre important d'investigations rallongeant d'autant plus l'instruction menée par la CNA. Dans cette mesure, l'OAI a d'office confirmé à trois reprises le maintien du droit à une rente entière de la recourante (6 mars 2014, 11 novembre 2016 et 31 janvier 2018). Durant l'année 2013, la situation s'est peu à peu améliorée grâce à une pratique régulière d'exercices à domicile. Au début de l'année 2014, les médecins

- 18 - (Drs J \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_) posaient dès lors un pronostic favorable. Cela s'est confirmé par la suite, la recourante ayant pu reprendre ses activités sportives, dont la pratique du parapente durant l'été 2015 à une cadence élevée. Une activité professionnelle avait d'ailleurs également été reprise par la recourante à un taux de 20% à 30%. En 2016, les spécialistes indiquaient que la situation évoluait toujours favorablement et que l'intéressée s'était habituée à l'instabilité résiduelle de son coude droit. Au cours de l'année

2017, une hernie discale C5-C6 a été diagnostiquée à la recourante qui prétendait alors que cela entraînait une paralysie partielle de son bras et sa main. La nouvelle expertise réalisée le 9 mai 2018 a cependant fait état d'une mobilité pratiquement complète de l'épaule droite et d'une stabilisation du coude depuis 2013, permettant ainsi de mettre un terme à la procédure menée par l'assurance-accidents. Finalement, en février 2019, le médecin traitant a indiqué que sa patiente avait encore des plaintes douloureuses, mais qu'à son avis, elle pouvait reprendre à plein temps son activité. Ces éléments ont constitué un motif évident de révision du droit à la rente selon l'article 17 LPGA, raison pour laquelle l'intimé a apprécié une nouvelle fois la capacité de travail médico-théorique de la recourante en 2019.

#### **E. 4.2**

L'intimé a dès lors requis un examen clinique psychiatrique et orthopédique de son SMR. De ces examens, il est ressorti que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et l'état dépressif moyen étaient en rémission. Sur le plan orthopédique, le spécialiste a observé une mobilité active complète de l'épaule droite et un coude droit stable. Ces rapports, établis en pleine connaissance de l'anamnèse, après des examens cliniques détaillés, sont pleinement motivés et bénéficient dès lors d'une pleine valeur probante. Il n'existe ainsi aucune raison de s'en écarter. Le Dr T \_\_\_\_\_ a en particulier arrêté un status clinique détaillé du membre supérieur droit, en procédant à l'ensemble des mesures et tests habituels. Les spécialistes ont du reste établi leurs constatations au terme d'un examen complet du dossier, prenant en compte les nombreux avis médicaux. Ces examens ont chacun duré environ deux à trois heures, durant lesquelles la recourante a eu la possibilité de s'exprimer librement sur ses antécédents, sa vie, sa situation familiale et ses plaintes, et à se soumettre à un examen clinique orthopédique complet. Cela a permis aux experts de se faire une idée claire sur son état de santé dans un délai relativement bref en conformité avec la jurisprudence citée par l'intimé (arrêt 9C\_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1 et les références). Ce faisant, l'OAI pouvait à juste titre se baser sur l'avis de son SMR, ce d'autant plus

- 19 - que la recourante n'a produit aucun argument ou élément médical attestant une incapacité de travail de sa part ; même son médecin traitant attestait une possibilité de reprise du travail à 100% et estimait que le pronostic était favorable. La situation était de toute manière claire et laissait apparaître, sans guère de doute, la récupération d'une capacité de travail entière, s'agissant d'une assurée qui avait repris une pratique intensive de ses activités sportives, ainsi qu'une activité professionnelle à 50% en qualité de comptable. A cet égard, il n'est pas anodin que l'employeur ait mentionné n'avoir constaté aucune limitation de la recourante, le motif du licenciement étant économique, et que cette dernière ait réalisé un solde positif de 58 heures supplémentaires sur une période de six mois (du 1er octobre 2018 au 31 mars 2019), démontrant finalement bien qu'elle n'était aucunement gênée dans son activité de comptable par de prétendues séquelles qui étaient depuis longtemps guéries. Enfin, les documents de V \_\_\_\_\_ versés en cause par la recourante n'apportent aucun élément suggérant qu'elle aurait une capacité de travail réduite.

#### **E. 4.3**

Malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée

qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5 ; arrêts 9C\_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 et les références ; 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références). Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, née le xxx 1966, la recourante est actuellement âgée de 55 ans, mais n'avait que 52 ans lors du prononcé de la décision. Elle n'appartenait ainsi pas à la catégorie d'assuré nécessitant des mesures d'ordre professionnel préalables pour réintégrer le marché du travail, ce d'autant plus que depuis 2014, elle avait exercé différentes activités, dont une en qualité de comptable à 50% d'octobre 2018 à mars 2019. Par ailleurs, comme indiqué dans la décision querellée, la recourante pourra

- 20 - obtenir une aide au placement sur simple demande de sa part à l'OAI. Il ne revenait au demeurant pas à l'intimé de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel alors que la recourante était au bénéfice d'une rente d'invalidité.

#### **E. 4.4**

Attendu de ce qui précède, l'OAI pouvait à raison supprimer la rente d'invalidité de la recourante dès le 1er décembre 2019, au motif qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles, et avec un rendement diminué de 10% n'entraînant ainsi qu'une invalidité de 10% sa part. La décision querellée doit dès lors être confirmée et le recours du

#### **E. 6**

La recourante n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

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 15 mars 2022.

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