

VS_GERICHTE S1 21 152 vom 11. März 2024

VS Kantonsgericht, 2024-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_152

FR: VS_GERICHTE S1 21 152 du 11 mars 2024

IT: VS_GERICHTE S1 21 152 del 11 marzo 2024

Regeste

S1 21 152 ARRET DU 11 MARS 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Marlyse Cordonier, avocate, Genève contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (article 17 LPGA ; révision du droit à la rente)

Erwägungen

E. 1.1

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 10 juin 2021, le recours à l'encontre de la décision du 6 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 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. 1.2

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 en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1er janvier 2022 (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).

E. 2.1

Le litige porte sur le refus de l'OAI, dans le cadre d'une procédure de révision, d'octroyer tout droit à des prestations de l'AI au recourant.

- 11 -

E. 2.2

A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. 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 complet 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 du Tribunal fédéral 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 conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b). A titre d'exemple, la jurisprudence a retenu que la détention dans un établissement pénitentiaire aux fins d'y subir une peine privative de liberté constituait une de ces circonstances de nature à modifier les effets économiques d'une atteinte à la santé restée essentiellement la même (ATF 107 V 219 consid. 2). Il en va de même lorsque la capacité de travail de la personne assurée s'est améliorée grâce à une accoutumance ou à une adaptation aux limitations induites par l'atteinte à la santé demeurée identique (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Par contre, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même, à l'instar d'une appréciation différente des effets sur la capacité de travail d'un état de santé resté essentiellement inchangé (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_552/2007 du 17 janvier 2008 consid. 3.1.2 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Ainsi, le Tribunal fédéral a jugé que, dans le cas d'une personne assurée dont l'état de santé

- 12 - n'avait pas changé durant les 15 dernières années, la nouvelle appréciation de la capacité de travail effectuée par les experts (entière au lieu de 50% précédemment) constituait une évaluation différente d'une situation inchangée, ne permettant pas de justifier une révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3).

E. 2.3

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. En outre, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Un assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 aLAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de

l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 2.4

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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

- 13 - 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. 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

E. 2.5

Le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies sans être lié par des règles formelles. Il doit examiner objectivement, de manière complète et rigoureuse tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (art. 61 let. c LPG). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport

- 14 - ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 3. 3.1 Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision du 20 mars 2019 entrée en force et reposant sur un examen complet du droit à des prestations et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 6 mai 2021. 3.2 En juillet 2016, les médecins du Service de neurologie de B _____, ont indiqué que l'assuré avait présenté une crise d'épilepsie tonico-clonique inaugurale d'origine indéterminée, compliquée d'un traumatisme crânien, dont l'évolution s'est avérée défavorable. En mars 2017, le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie, et E _____, neuropsychologue, ont quant à eux notamment

observé quelques performances limitées à certaines épreuves attentionnelles et exécutives (légère précipitation engendrant d'occasionnelles erreurs, fluence verbale abaissée en raison d'un recours à une stratégie peu efficiente). Le 2 septembre 2017, la Dresse I _____, médecin traitant de l'assuré, a pour sa part précisé que l'intéressé avait tenté de reprendre son activité d'employé de commerce à 20 puis 40% en janvier 2017, mais que cela s'était soldé par un licenciement et une exacerbation des symptômes, ces derniers consistant en une diminution de la capacité de concentration, une fatigabilité accrue et des vertiges aux mouvements de la tête et aux changements de position. D'un point de vue médical, elle a toutefois estimé qu'une reprise progressive de l'activité habituelle était possible avec un accompagnement adéquat. Enfin, le 12 septembre 2018, le Prof. P _____ a relevé une altération attentionnelle (rythme de traitement et fluctuation attentionnelle), sans élément organique suggestif, le reste des fonctions cognitives investiguées (langage, praxies constructives, traitement des nombres, mémoire, fonctions exécutives) étant dans la norme, de sorte que, sur le plan neurologique organique, il a estimé la capacité de travail de l'assuré à 100%. Sur la base de ces indications, l'OAI a octroyé à l'assuré, par décision du 20 mars 2019, une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2017 au 28 février 2018, le versement de la rente étant ensuite suspendu dès le 1er mars 2018, puis repris du 1er septembre 2018 au 30 novembre suivant. Dès le 1er décembre 2018, il n'existait plus de droit à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force. 3.3 En novembre 2019, la Dresse I _____ a demandé que l'OAI procède à la révision du cas de son patient, ce que ce dernier a confirmé, motif pris qu'il avait tenté

- 15 - une reprise du travail telle que préconisée par le Prof. P _____, soit d'abord à 60% dès le 18 mars 2019, auprès de la fiduciaire Q _____ à R _____, puis à 80% depuis le 1er juillet suivant et enfin à 100% dès le 1er octobre et que cette augmentation du taux de travail avait provoqué d'importantes difficultés de concentration et des oublis sérieux. A l'appui de cette demande, l'assuré a transmis un rapport du 23 janvier 2020 de la Dresse T _____, neurologue au Centre de la mémoire, laquelle a posé le diagnostic de trouble neurocognitif léger, dans un contexte de surcharge professionnelle et/ou d'une reprise de l'activité trop rapide à 100%, provoquant comme élément nouveau un trouble de la mémoire épisodique. Par ailleurs, elle a précisé que l'examen neuropsychologique, réalisé le 15 janvier 2020 par le neuropsychologue U _____ avait mis en évidence des troubles attentionnels modérés à sévères, avec une réduction de la vitesse de traitement des informations, des troubles d'attention soutenue, un ralentissement des temps de réaction simples (avec ou sans signal avertisseur), des troubles d'attention divisée et des troubles modérés à sévères de la mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale. Elle a conclu que l'atteinte cognitive paraissait suffisante pour interférer en partie avec l'activité professionnelle, si bien que des aménagements du taux de travail et/ou des horaires étaient indiqués, notamment une diminution du pourcentage de travail à 60%. Le neuropsychologue a quant à lui conclu qu'en regard de l'examen du 31 août 2018, cette nouvelle évaluation montrait une évolution plutôt défavorable, avec l'apparition de troubles mnésiques épisodiques et la persistance, voire une légère aggravation, des troubles attentionnels. Il a toutefois relevé que certaines épreuves utilisées étaient sensiblement différentes de celles de 2018 (pièce OAI 140, p. 364-369). Ces différents éléments ont constitué un possible motif de révision du droit à des prestations AI selon l'article 17 LPGA, raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur la demande du recourant et a ordonné la réalisation d'une nouvelle expertise neurologique avec évaluation neuropsychologique, qui a été confiée au Prof. P _____, spécialiste FMH en

neurologie. Cette expertise a mis en évidence des troubles attentionnels modérés à sévères avec des troubles d'attention sélective et soutenue, un fléchissement des temps de réaction simples (avec ou sans signal avertisseur) ainsi qu'une distractibilité. Cela étant, le Prof. P _____ a relevé qu'il n'y avait pas eu de péjoration réellement significative entre 2018 et 2021, mais qu'au vu de l'échec de l'essai de reprise professionnelle au-delà de 60% et compte tenu de la persistance des cicatrices post-hémorragiques, il lui semblait adéquat d'accepter une incapacité de travail comme aide-comptable, l'intéressé pouvant continuer correctement, malgré quelques erreurs, son activité à 60% dans son poste actuel. Par conséquent, le Dr N _____, dont le rapport final SMR du 10 février 2021 a été suivi par l'AI, a retenu

- 16 - qu'il n'y avait pas eu de péjoration significative et objective de l'état de santé du recourant depuis la décision du 20 mars 2019, susceptible d'influencer son droit aux prestations et que sa capacité de travail restait entière dans son activité d'employé de commerce. 3.4 Au vu de ce qui précède, force est de constater que la comparaison des résultats des examens neuropsychologiques réalisés en août 2018 et janvier 2021 (pièces OAI 106 p. 6-7 et 188 p. 5-6) permet de retenir que l'état de santé du recourant est resté essentiellement le même entre mars 2019, date de la première décision entrée en force, et mai 2021. En effet, la nouvelle expertise du Prof. P _____, réalisée avec la même méthodologie que celle de 2018, indique d'une part clairement que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas réellement péjoré de manière significative entre 2018 et 2021, seul un fléchissement en mémoire antérograde ainsi qu'un ralentissement plus marqué à une tâche d'attention sélective et soutenue étant apparu, le reste du tableau restant globalement superposable. Le Prof. P _____ a toutefois précisé que les performances en mémoire antérograde étaient en amélioration par rapport au bilan de janvier 2020 effectué par la Dresse T _____ et le neuropsychologue U _____. Au surplus, l'expertise réalisée en 2018 par le Prof. P _____ mettait déjà en évidence une altération attentionnelle (rythme de traitement et fluctuation attentionnelle) ainsi qu'une fatigue cognitive et motrice objectivée à un auto-questionnaire. D'autre part, la Dresse T _____ a, dans son rapport du 23 janvier 2020, également retenu la persistance des troubles attentionnels déjà présents lors du prononcé de la première décision de l'OAI, et a posé le diagnostic de trouble neurocognitif léger. Elle ne s'éloigne en ce sens pas du contenu de la première expertise du Prof. P _____, lequel retenait déjà un tel trouble (« il n'y a pas non plus de trouble cognitif, hormis les éléments attentionnels »). En outre, même si la Dresse T _____ a noté une évolution plutôt défavorable, avec l'apparition de troubles mnésiques épisodiques, il y a lieu de rappeler que les épreuves utilisées en 2020 par cette spécialiste et le psychologue U _____ étaient sensiblement différentes de celles pratiquées en 2018 par le Prof. P _____. La Cour observe en outre que les troubles présentés par l'intéressé depuis sa reprise du travail à 100% et mentionnés par la Dresse I _____ dans son rapport du 4 décembre 2019, à savoir une fatigabilité majeure et des troubles importants de la concentration, sont strictement identiques à ceux déjà relevés par cette praticienne dans son rapport du 2 septembre 2017, soit une diminution de la capacité de concentration ainsi qu'une fatigabilité accrue. La Cour de céans ne voit ainsi pas de raison de s'éloigner de l'avis l'expert P _____, corroboré par le contenu du rapport de la Dresse T _____, lesquels retiennent que

- 17 - l'état de santé de l'assuré est demeuré essentiellement identique depuis la première décision du 20 mars 2019. Cela vaut d'autant plus que le recourant lui-même admet dans

son recours que son état de santé n'a pas connu de péjoration réellement significative depuis 2019, mais que seules les conséquences de son état de santé sur sa capacité de gain se sont modifiées (p.17-18 du recours). Or, eu égard à la jurisprudence développée en la matière et rappelée ci-dessus (cf supra consid. 2.2), il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une appréciation différente des effets sur la capacité de travail d'un état de santé resté essentiellement inchangé. Le fait que les Drs P _____ et T _____ attestent d'une capacité de travail de 60%, en lieu et place de la pleine capacité retenue auparavant, sur la base des mêmes troubles que ceux ayant mené à la première décision, doit ainsi être considéré non pas comme un changement important de la capacité de gain, mais bien comme une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a dénié à l'assuré tout droit à des prestations de l'AI. 3.5 Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision du 6 mai 2021 confirmée. 4. 4.1 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté de la présente procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à charge du recourant et compensés avec son avance. Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas alloué de dépens. 3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____. Sion, le 11 mars 2024

E. 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 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).

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