

VS_GERICHTE S1 21 166 vom 6. Februar 2023

VS Kantonsgericht, 2023-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_166

FR: VS_GERICHTE S1 21 166 du 6 février 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 166 del 6 febbraio 2023

Regeste

S1 21 166 JUGEMENT DU 6 FÉVRIER 2023 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 X _____, recourant, représenté par Maître Didier Elsig, avocat, 1001 Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 17 LPGA ; nouvelle demande, valeur probante de l'avis du SMR)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant au maintien de sa rente entière d'invalidité, dans le cadre d'une procédure de révision (nouvelle demande). Plus particulièrement, est remise en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel l'OAI s'est fondé pour diminuer la rente entière d'invalidité du recourant à une demi-rente.

E. 2.1

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. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 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

- 9 - 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 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).

E. 2.2

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 le sont (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. 2.3

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 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).

- 10 - 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. 2.4

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

- 11 - 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 le fait que 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 (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 LPG 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 dépend 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). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

- 12 - 3. 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 15 novembre 2013 reposant sur un examen complet du droit à des prestations et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 1er juin 2021. 3.1. En novembre 2013, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité en raison de lombo-sciatalgies bilatérales (discarthrose L4-L5 et L5-S1 ; M47.82), de dorsalgies chroniques et d'une discrète para-spasticité sur probable myélopathie dorsale (M62.8). Selon le Dr D _____, l'atteinte neurologique justifiait une capacité de travail résiduelle de 50% (cf. examen clinique du 29 avril 2013 ; pièce OAI 98). En outre, le dossier permet de constater que les plaintes du recourant relatives à des douleurs dans la nuque et les épaules remontent à 2006. En particulier, une discopathie C6-C7, mise en évidence en octobre 2006, avait pu être traitée par de la chiropractie et une réflexothérapie (cf. pièce OAI 34, p. 94). Par la suite, n'arrivant pas à expliquer les douleurs et en l'absence de signes clairs en faveur d'une atteinte, les médecins du recourant avaient conclu à des dysfonctions scapulo-humérales bilatérales et cervico- dorsales (cf. pièces OAI 30 et 34). Lorsque la nouvelle demande a été déposée en avril 2019, l'intéressé venait de subir une intervention chirurgicale pour traiter une hernie cervicale C6-C7 médiane paramédiane droite en conflit avec la racine C7 (cf. pièce OAI 151), compliquée par le développement d'une atteinte radiculaire C8 droite (cf. pièce OAI 153). Après avoir examiné le recourant, le SMR a constaté un statu quo des dorso-lombalgies chroniques et de

la para-spasticité. Il n'a en revanche pas retenu une neuropathie à l'épaule droite et a estimé qu'il convenait encore d'attendre le consilium neurologique requis à la Dresse H _____ du Service de neurologie de l'Hôpital de Sion (cf. examen clinique du 8 mai 2020). Le 13 juillet 2020, le médecin chef de ce service n'a retenu aucune atteinte neurologique et estimé que la surcharge fonctionnelle importante du recourant pouvait être soulagée par un entraînement quotidien de renforcement du membre supérieur et un travail de la posture (cf. pièce OAI 196). Sur cette base, le SMR a conclu que l'aggravation de l'état de santé du recourant, sous la forme d'une hernie discale C6-C7, avait justifié une totale incapacité de travail depuis octobre 2018. Dès le mois de mai 2020, les cervicalgies se sont néanmoins résorbées et ont permis la reprise d'une activité adaptée à 50% (cf. rapport final du 24 septembre 2020 ; pièce OAI 207). Reprenant cela, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1er avril 2019 au 31 juillet 2020, puis une demi-rente d'invalidité à partir du 1er août 2020.

- 13 - 3.2. Le recourant remet en cause la valeur probante des rapports du SMR, en soutenant notamment qu'ils auraient injustement écarté l'avis de ses médecins traitants et qu'il ne serait pas en capacité d'exercer une activité professionnelle à mi-temps. Les appréciations du SMR ne contiennent cependant pas de contradictions manifestes et il n'apparaît pas que des éléments essentiels auraient été ignorés. Certes, il manquait dans un premier temps un rapport neurologique afin que le SMR puisse rendre son avis définitif. Cela étant, contrairement à ce que soutient le recourant, le complément d'instruction demandé par le Dr D _____ a effectivement été effectué. Le consilium neurologique a ainsi été rendu en date du 13 juillet 2020 par le Prof. I _____, respectivement la Dresse H _____, en lien avec l'ENMG du 9 mars 2020 (cf. pièce OAI 196). A cet égard, les critiques du recourant quant à la valeur probante de ce document ne sont aucunement fondées, dans la mesure où cette pièce contient une anamnèse complète, tient compte de ses plaintes et fait l'objet d'une appréciation motivée au terme d'un examen clinique complet. Force est en outre de constater que l'intéressé n'émet aucune critique ciblée à l'encontre de cet avis ni ne produit une quelconque appréciation neurologique divergente qui viendrait remettre en doute. Le simple fait de mettre en cause la dénomination de « consilium » dudit document n'est à l'évidence pas suffisant, ce d'autant plus que, par cette critique peu compréhensible, le recourant semble méconnaître la définition de ce terme, à savoir tenir un conseil spécialisé (Dictionnaire latin-français de Félix Gaffiot, 1934). Or, le rapport du 13 juillet 2020 constitue incontestablement un avis spécialisé sur la composante neurologique des atteintes du recourant. Dans cette mesure, l'on ne saurait faire grief au SMR, dans son rapport final du 24 septembre 2020, de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des avis médicaux du dossier. Au niveau des dorso-lombalgies, les conclusions du Dr D _____ sont pleinement probantes et ne sont du reste pas remises en cause par l'intéressé. Concernant les cervicalgies, l'intimé a admis leur caractère totalement invalidant jusqu'au 1er mai 2020. Pour le recourant, ses douleurs aux cervicales l'empêcheraient de travailler également au-delà de cette date. Cette assertion n'est cependant appuyée par aucun élément objectif du dossier. L'on note en effet qu'aucune justification neurologique n'a pu être apportée par les derniers examens électrophysiologiques du 9 mars 2020 (neurographies sensitive et motrice, ENMG, myographies). Ceux-ci ont au contraire obtenu des réponses normales, rassurantes et en amélioration depuis l'ENMG du 24 juin 2019, mettant ainsi en évidence une nette dissociation entre les plaintes alléguées du recourant et son status clinique (cf. rapport du 13 juillet 2020 ; pièce OAI 196). Il est en

- 14 - outre ressorti de cet examen que les douleurs étaient liées à une surcharge fonctionnelle importante pouvant être traitée par un entraînement quotidien avec renforcement du membre supérieur et un travail de la posture. L'efficacité d'un tel entraînement sur les douleurs s'était d'ailleurs vérifiée lors de son séjour à la Clinique de Montana (cf. rapport du 8 août 2019 ; pièce OAI 161). Ayant été informé de l'importance de maintenir un entraînement quotidien par les Drs H _____ et I _____, il revenait par conséquent au recourant de le mettre en œuvre, étant rappelé qu'un déconditionnement musculaire liée à une période d'inactivité ne suffit pas en tant que tel pour admettre une diminution de la capacité de travail dans toute activité (arrêts I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1, repris à l'arrêt 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Le Dr E _____ n'a pas plus été en mesure d'expliquer les douleurs de son patient en relevant un discours « stéréotypé, marqué toujours par les mêmes plaintes » auprès de celui-ci. De surcroît, il n'a pas attesté d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de son patient, en précisant qu'elle était adaptée (cf. rapport du 25 septembre 2019 ; pièce OAI 166). Dans ces circonstances, il est difficile de retenir une pleine incapacité de travail au recourant. L'avis de ses médecins traitants n'y change rien. En particulier, le Dr K _____ n'énonce pas de nouvelle atteinte qui n'aurait pas été prise en compte par ses confrères et mentionne des limitations fonctionnelles déjà retenues par le SMR (périmètre de marche limité, alternance des positions). S'agissant de l'atteinte radiculaire, il a également constaté qu'elle ne trouve pas de justification objective et n'indique du reste pas qu'elle rendrait toute activité adaptée impossible. L'on note encore que, n'ayant plus rien à proposer à l'intéressé, le Dr K _____ a déconseillé une intervention chirurgicale et a recommandé la poursuite du traitement conservateur (cf. rapports des 1er décembre 2020 et 27 mai 2021 ; pièce OAI 220). Quant au Dr L _____, généraliste, son avis est laconique et n'explique pas l'incapacité totale de travail qu'il retient. Concernant les troubles psychiques (trouble anxieux et dépressif mixte, trouble somatoforme douloureux) – dont ce n'est pas la spécialité – qu'il évoque simplement sans aucun développement, il n'a manifestement pas jugé utile d'adresser son patient à un spécialiste en psychiatrie pour les prendre en charge (cf. rapport du 30 décembre 2020 ; pièce OAI 263, p. 635). Sur ce point, force est de constater qu'aucune autre pièce du dossier ne permet de confirmer la présence d'une telle atteinte psychique et le recourant n'a, au demeurant, produit aucune pièce y relative dans le cadre de la procédure de contestation et du recours. Les troubles dégénératifs du rachis cervical mis en évidence par l'IRM médullaire du 28 mai 2020 ne sauraient, par ailleurs,

- 15 - justifier une incapacité totale de travail dans toute activité, le Dr J _____ la qualifiant de rassurante (cf. pièces OAI 191, p. 428, et 207). 3.3. Vu ce qui précède, il n'existe aucun motif médical susceptible de remettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR. Le dossier établi par l'intimé est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci sans qu'une mesure d'instruction complémentaire ne doive être ordonnée (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Dans la mesure où une capacité de travail de 50% a été récupérée par l'intéressé dans toute activité adaptée depuis le 1er mai 2020 (date de l'examen du Dr E _____), c'est à juste titre que sa rente entière d'invalidité a été diminuée à une demi-rente sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 50%, dès le 1er août 2020 (art. 88bis al. 2 let. a RAI). En date du 1er mai 2020, le Dr E _____ a en effet indiqué que son patient ne se plaignait plus de douleurs au niveau cervical (cf. rapport du 8 juin 2020 ; pièce OAI 192, p. 430). En outre, l'ENMG du 9

mars 2020 avait fait état de résultats dans les normes qui étaient rassurants et en amélioration depuis les derniers examens (cf. rapport du 13 juillet 2020 ; pièce OAI 196). Dans ces circonstances, l'intimé était fondé à retenir la date du 1er mai 2020 pour admettre une récupération de l'intéressé d'une capacité de travail de 50%. Le recours du 29 juin 2021 est par conséquent rejeté et la décision du 1er juin précédent confirmée. 4.1. La procédure de recours en matière de contestation 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, dont le montant, fixé en fonction de la charge liée à la procédure, oscille entre 200 et 1000 francs (art. 61 let. fbis LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). 4.2. Vu l'issue de la cause, le recourant ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 91 al. 1 LPJA a contrario), ni d'ailleurs l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

- 16 - 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 6 février 2023.

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 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 sur 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).

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