

VS_GERICHTE S1 21 3 vom 24. Januar 2023

VS Kantonsgericht, 2023-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_3

FR: VS_GERICHTE S1 21 3 du 24 janvier 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 3 del 24 gennaio 2023

Regeste

S1 21 3 JUGEMENT DU 24 JANVIER 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier en la cause X _____, recourant, représenté par Y _____, curatrice, contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (Refus de prestations, capacité de travail)

Erwägungen

E. 18

novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres

- 6 - conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière. 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 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. 2.2. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour déterminer si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). On est notamment en présence d'un motif de révision, c'est-à-dire d'une modification déterminante des circonstances donnant droit à la rente, en cas de modification de l'état de santé. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 259).

- 7 - L'évaluation de l'invalidité en procédure de révision obéit aux prescriptions générales applicables à l'évaluation du taux d'invalidité. Les circonstances déterminantes pour l'appréciation du cas doivent être à nouveau examinées et établies. 2.3 Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi, mais les conséquences économiques qui en découlent, c'est-à-dire l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible. L'assurance-invalidité n'est, en outre, pas une couverture contre la simple perte de gain: c'est une garantie contre la perte de la capacité de gain, ce qui est tout autre chose. La notion d'incapacité de travail n'est pas nécessairement identique à celle d'incapacité de gain. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, elle ne peut pas accomplir une partie ou la totalité de ses tâches dans sa profession ou son domaine d'activité. Est par contre 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 dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'invalidité est donc une notion économique et non médicale; elle ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (arrêt du tribunal fédéral 9C_753/2012 du 21 septembre 2012 ; ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'invalidité étant ainsi une notion économique, une personne atteinte dans sa santé, même de façon grave, n'est pas invalide si elle ne subit pas une diminution de longue durée de sa capacité de gain. Le dossier médical n'est cependant pas dépourvu d'importance: la description du handicap, des séquelles de la maladie, des fonctions entravées, des risques de rechutes et de l'évolution possible ou probable permet notamment de juger quelles activités demeurent raisonnablement exigibles d'un assuré. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a ainsi 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 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le juge doit examiner de manière

- 8 - objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des

doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Une atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299). La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont des employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par les médecins de l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5 et ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6).

- 9 - 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 car, 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. 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 8C_517/2017 précité consid. 6.1). 2.4 Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de

soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49 consid. 1.2). Depuis l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible en présence de troubles psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant

- 10 - compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Ainsi, le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources personnelles de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, à savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen structuré tel que sus décrit lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante, notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen structuré dans les cas où il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1 et 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). La mise en œuvre d'un examen structuré ne sera également pas nécessaire, lorsqu'un assuré présente notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du Tribunal fédéral 8C_341/2018 du 13 août 2018).

- 11 - 2.5 Les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent désormais également faire l'objet d'une évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215 consid. 6.2). Par le passé, une toxicomanie (resp. un alcoolisme) n'était pertinente dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou lorsque la dépendance résultait d'une maladie. Cette jurisprudence partait somme toute du principe que la personne dépendante était elle-même

responsable de son état et que toute dépendance pouvait sans autre être traitée par un sevrage. Dans son arrêt 145 V 215 du 11 juillet 2019, le Tribunal fédéral a posé que les toxicomanies devaient désormais être traitées de la même manière que les maladies psychiques. Il faut dès lors examiner à l'aune de la grille d'évaluation jusqu'à quel point un syndrome de dépendance influence la capacité de travail et, dans certains cas, accorder une rente d'invalidité. Celle-ci sera couplée à l'obligation de diminuer le dommage par des traitements médicaux, un sevrage ou toute autre mesure en faveur de la réinsertion. Il sied ainsi désormais d'examiner si les avis médicaux versés au dossier répondent suffisamment clairement à cette exigence. Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266). 3.1 En l'occurrence, il sied d'examiner si et comment l'état de santé de l'assuré, ainsi que sa capacité de travail, ont évolué depuis la décision de l'OAI du 20 novembre 2012, date de la dernière décision ayant fait l'objet d'un examen complet du droit à la rente. A cette époque, le Dr E _____ avait retenu lors d'une expertise les diagnostics de syndrome de dépendance à plusieurs substances psycho-actives (F19.2), d'épisode dépressif léger (F32.0) et de personnalité dyssoziale (F60.2). Le recourant consommait alors régulièrement du cannabis et était sous traitement de méthadone à raison de 50mg par jour. L'expert avait relevé une estime de soi diminuée, avec une baisse de l'intérêt et du plaisir, sans toutefois de présence de tristesse et sans idées suicidaires. Il avait également été relevé que l'assuré peinait à se conformer aux normes sociales, avec des

- 12 - comportements irresponsables par son incapacité à assumer un emploi stable et à honorer ses obligations financières. Des vols et autres délits afin de se procurer de l'argent pour assouvir ses besoins en substances psychotropes avaient également eu lieu, sans prise de conscience quant aux conséquences de ces comportements délictueux. Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en juillet 2020, son psychiatre traitant, le Dr F _____, a fait état d'une personnalité borderline (F60.31), d'une utilisation de dérivés du cannabis (F12.2), d'une utilisation d'alcool (F10.1) et de kleptomanie (F63.2). Aucun trouble dépressif n'était désormais relevé. A la lecture de ces diagnostics, on constate que la situation est restée essentiellement la même qu'en 2012 ; on peut même considérer qu'elle s'est améliorée, l'épisode dépressif n'étant plus relevé par le psychiatre traitant. A cela s'ajoute encore le fait que le recourant prenait 50mg de méthadone par jour en 2012 et que le dosage de ce médicament a été réduit à 30mg par jour en 2019. Enfin, la prise de neuroleptique présente à l'époque n'est plus d'actualité. Il convient également de relever que l'assuré a été en mesure d'exercer une activité professionnelle et que la dernière en date, au service de la commune de Martigny, a été interrompue par un licenciement provoqué par une accusation de vol à l'encontre de l'assuré, et que ce ne sont ainsi pas ses troubles psychiques qui ont causé la résiliation de son contrat de travail. Le SMR a ensuite dûment analysé les circonstances du cas d'espèce afin de déterminer si les indicateurs jurisprudentiels permettant de retenir une incapacité de

travail sur le plan psychique étaient réunis. Concernant le volet de gravité fonctionnelle, le SMR a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte grave à la santé psychique et les troubles décrits par le Dr F _____ n'étaient pas d'une gravité telle qu'exercer une activité lucrative était impossible. Le trouble retenu (personnalité dyssociale versus émotionnellement labile type borderline), était d'une sévérité tout relative, puisque l'assuré avait pu acquérir une formation et exercer une activité professionnelle nonobstant la présence de cette pathologie. S'agissant de l'examen de la cohérence et de la plausibilité, on ne peut considérer que les limitations ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie, puisque le psychiatre traitant a constaté que le recourant pouvait gérer seul ses affaires courantes (ménage, courses, démarches administratives, utilisation de son téléphone portable et d'un ordinateur). Au niveau du traitement, il n'y a pas vraiment de suivi psychiatrique,

- 13 - puisque le traitement se fait à la demande et que seul un antidépresseur est prescrit. Le SMR a ainsi qualifié ce suivi de « léger », la Cour de céans partageant cette appréciation. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la situation du recourant ne s'est pas aggravée depuis 2012, de sorte que l'évaluation de sa capacité de travail doit être confirmée. 4.1 Mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise du 18 novembre 2020 confirmée. 4.2 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté de la présente procédure, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 3 al. 3 LAJ). L'indigence de ce dernier ayant néanmoins été reconnue et aucun indice ne permettant de retenir que sa situation économique aurait notablement changé depuis la décision présidentielle du 22 janvier 2021, le recourant doit être maintenu dans son droit à l'assistance judiciaire gratuite limitée à la dispense de l'avance de frais et émoluments de justice. Partant, il est dispensé de verser les frais de la cause mis à sa charge, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'État du Valais. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser ladite caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 17 OAJ ; RVJ 2000 p. 152).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____ mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 24 janvier 2023

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