

VS_GERICHTE S1 21 96 vom 12. April 2023

VS Kantonsgericht, 2023-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_96

FR: VS_GERICHTE S1 21 96 du 12 avril 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 96 del 12 aprile 2023

Regeste

S1 21 96 JUGEMENT DU 12 AVRIL 2023 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 Maître Marie-Charlotte Bagnoud, avocate, 3960 Sierre contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (rente d'invalidité ; début de l'incapacité de travail de longue durée)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière avant le 1er janvier 2021. La recourante reproche essentiellement à l'intimé d'avoir fait preuve

- 10 - d'arbitraire en fixant le début de l'incapacité de travail au 1er janvier 2020 en se fondant sur les constatations de l'expert psychiatre et en ne tenant pas compte des autres éléments objectifs du dossier, en particulier de l'avis de la Dresse A _____ qui avait signalé une péjoration dès le 7 juin 2018 et de l'avis du Dr E _____ qui avait attesté une incapacité de travail totale dès le 28 mai 2018.

E. 2.1

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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. 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, tel le CIM ou le DSM-V (notamment ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 ; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail, au sens de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs

au moins (art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RAI, RS 831.201). La jurisprudence a défini l'incapacité de travail comme la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement de la profession ou dans le champ d'activité habituel de l'assuré. Seule la baisse de rendement dans la profession que l'assuré exerçait et qui a donné lieu, sur la base de constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence, est ainsi déterminante. Cette notion n'a donc pas la même portée que celle d'incapacité de gain utilisée pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; arrêt I 392/05 du 24 août 2006 consid. 3.2.4). L'incapacité de travail correspond dès lors, chez les

- 11 - personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l'activité qu'elles exerçaient jusqu'alors et chez celles qui n'en exercent pas, à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Bâle 2018, ch. 9 ad art. 28). Le point de départ du délai d'attente (ou de carence) d'un an de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI correspond au moment où une atteinte permanente et significative (dauernde und erhebliche) à la capacité de travail s'est produite. Des hypothèses ou déductions purement spéculatives ne sauraient être suffisantes pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail (arrêt 8C_204/2012 du 19 juillet 2012 consid. 3.2. ; Michel Valterio, op. cit., ch. 13 ad art. 28).

E. 2.1.2

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). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. 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 consid. 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 et 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 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

- 12 - En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, 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 ; 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 de l'expert ou 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 et, 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, en présence d'avis contradictoires, d'apprécier l'ensemble des preuves à disposition et d'indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résultera 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).

E. 2.2

Dans ces différentes écritures, la recourante soutient qu'elle souffrirait d'une maladie neurologique dégénérative qui aurait justifié la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Or, à l'instar de l'intimé et du SMR (cf. avis du 19 avril 2021), la Cour constate qu'aucun diagnostic neurologique n'avait pu être clairement posé à la date de la décision entreprise, en mars 2021. Le bilan approfondi réalisé au début de l'année 2020 par le Prof. L _____ et le Dr M _____ n'avait pas permis de démontrer une maladie neurodégénérative (cf. rapport du 14 avril 2020) et, en été 2020, aucune étiologie génétique n'avait pu être reconnue (cf. courrier de la Dresse A _____ du 30 juillet 2020). Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à des plus amples investigations sous cet angle et a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr N _____.

- 13 - De surcroît, comme le relève très justement l'intimé dans son écriture du 8 juin 2021, même si l'existence d'une maladie neurodégénérative venait à être démontrée, cela n'aurait aucune influence sur la date du début de l'incapacité de travail totale de longue durée fixée par le Dr N _____.

E. 2.3

Sur ce point, la recourante reproche à ce dernier, respectivement au SMR, d'avoir retenu la date du 1er janvier 2020, alors que la Dresse A _____ avait signalé une péjoration de l'état de santé dès le 7 juin 2018 et que, pour sa part, le Dr E _____ avait attesté une incapacité de travail totale dès le 28 mai 2018. Dans son rapport d'expertise du 7 janvier 2021, fondé sur l'examen de la recourante du 18 août 2020 et le dossier AI, le Dr N _____ a confirmé le diagnostic psychiatrique de trouble de conversion avec mouvements anormaux et symptômes de déglutition persistant. Il a également retenu les diagnostics de personnalité immature et histrionique et de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a constaté qu'une péjoration des troubles fonctionnels avait été signalée par la Dresse A _____ dès le 7 juin 2018, avec l'apparition d'une dysphagie qui avait conduit à une dénutrition, mais que celle-ci avait pu être traitée grâce à la mise en place d'une sonde et qu'en avril 2019, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles particulières

dans ses activités habituelles, selon le rapport d'enquête de l'OAI. En revanche, l'expert a noté qu'à partir d'octobre 2019, les troubles neurologiques s'étaient intensifiés et avaient nécessité la reprise du suivi par le Prof. L _____ qui avait attesté, les 14 avril puis 12 novembre 2020, que les répercussions du trouble de l'assurée étaient extrêmement marquées dans les activités quotidiennes et qu'il était difficile d'envisager un travail ou une nouvelle formation dans ces conditions (cf. pièces 159 et 173). Le Dr N _____ a dès lors conclu que le dysfonctionnement était devenu de plus en plus important durant l'année 2019 jusqu'à devenir totalement incapacitant au début de l'année 2020, de sorte qu'il a fixé le début de l'incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI au 1er janvier 2020. Par la suite, dans ses avis du 12 janvier 2021 et 19 avril 2021, le SMR a confirmé le fait que l'expression clinique de la maladie avait été fluctuante, ce qui avait d'ailleurs permis à la recourante d'avoir des activités sportives et de loisirs jusqu'à la fin de l'année 2019, date où la maladie s'était décompensée et où les symptômes neurologiques s'étaient aggravés entraînant une incapacité de travail totale durable dans toutes activités habituelles et professionnelles. La recourante n'allègue aucun argument susceptible de mettre en doute l'avis du Dr N _____ et du SMR quant à la date du début de l'incapacité de travail de longue

- 14 - durée. L'expert a procédé à une étude attentive des pièces du dossier et a pris en compte l'avis des médecins traitants de l'assurée. Si la Dresse A _____ a attesté une péjoration de l'état de santé dès le 7 juin 2018, elle explique cependant, dans son courrier du 18 mars 2021, que l'atteinte dégénérative de la maladie a été progressive, obligeant l'assurée à abandonner ses activités, petit à petit, dès 2018, ce qui rejoint l'avis du Dr N _____. Il ressort en outre du rapport d'enquête qu'en avril 2019, la recourante était en mesure de fonctionner de manière plus ou moins indépendante, disposait de capacités adaptatives et avait encore une vie sociale. Dans son avis psychiatrique interne du 8 juillet 2019 (pièce 138), le SMR avait d'ailleurs relevé que les symptômes du trouble de l'adaptation réactionnel à l'état de santé étaient d'intensité légère et que l'enquête montrait que l'assurée présentait des ressources et avait trouvé des stratégies pour fonctionner au quotidien, ce qui constituait un critère d'exclusion selon les indicateurs jurisprudentiels ; le psychiatre du SMR avait encore remarqué que la prise en charge était peu intensive, qu'il n'y avait pas de médication et que les rendez-vous étaient bimensuels ou mensuels et avait conclu que l'incapacité de travail attestée par le Dr E _____ depuis le 29 mai 2018 n'était pas justifiée. Ainsi, doit-on admettre que les troubles dont souffre la recourante ont été, dans un premier temps, fluctuants et que ce n'est qu'après l'aggravation survenue à la fin 2019 et objectivée par les Drs L _____ et M _____ au début de l'année 2020 que l'incapacité de travail dans les activités habituelles et professionnelles doit être considérée comme significative et durable. Partant, la fixation du point de départ du délai d'attente d'une année au 1er janvier 2020 ne prête pas flanc à la critique.

E. 3

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 9 mars 2021 confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise telle que le requière la recourante ni son audition, l'intéressée ayant déjà pu faire valoir ses arguments dans ses trois écritures (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

E. 8

Les frais de justice arrêtés à 500 fr., selon le principe de la couverture des frais et de l'équivalence de prestations, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA et 69 al.1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

- 15 - 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 12 avril 2023

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