

VS_GERICHTE S1 22 100 vom 7. August 2024

VS Kantonsgericht, 2024-08-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 22 100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_100)

FR: VS_GERICHTE S1 22 100 du 7 août 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 100 del 7 agosto 2024

Regeste

S1 22 100 ARRET DU 7 AOÛT 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 28 et 28a LAI ; méthode mixte ; valeur probante d'une expertise psychiatrique)

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 23 juin 2022, le recours à l'encontre de la décision du 23 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. 2.1

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité, indemnités journalières) à la recourante.

E. 3

LAI ; ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'article 8 alinéa 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du

- 7 - ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

E. 3.1

Dans un premier grief, l'intéressée reproche à l'intimé d'avoir choisi la mauvaise méthode d'évaluation de son taux d'invalidité.

- 6 -

E. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (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).

E. 3.3

L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al.

E. 3.4

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède en principe à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI). La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155).

E. 3.5

En l'espèce, la recourante conteste l'application de la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité et fait valoir qu'il conviendrait d'appliquer la méthode ordinaire. Elle allègue qu'en réalité, sans ses problèmes de santé, elle aurait cherché à occuper un poste à temps complet, dans la mesure où le revenu provenant de l'activité d'éducatrice de la petite enfance est modeste. A la lecture du dossier, force est de constater que l'argumentation de la recourante ne peut pas être suivie. En effet, avant même l'apparition des problèmes de

santé ayant conduit au dépôt de sa première demande de prestations du 25 septembre 2013, l'intéressée a travaillé à 80% en qualité d'éducatrice de la petite enfance pendant plus d'une dizaine d'années, sans qu'il ne ressorte des pièces au dossier qu'elle ait cherché à augmenter ce taux (cf. pièce OAI 12, p. 27). Après avoir recouvré une pleine capacité de travail au 1er avril 2014, l'intéressée a repris la même activité dans une autre crèche, d'abord pour une durée déterminée dès le 18 août 2014 à un taux de 70%, puis de manière indéterminée dès le 15 août 2016, au même taux, et ce jusqu'au dépôt de sa seconde demande de prestations AI. Partant, il appert que l'assurée n'a jamais occupé ni cherché à occuper un poste à temps complet, malgré un revenu allégué comme étant modeste, si bien qu'il ne saurait être reproché à l'OAI d'avoir appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Quant au partage du temps à raison de 70% pour l'exercice d'une activité lucrative et 30% pour l'exécution des tâches ménagères, il n'est pas non plus critiquable, dès lors qu'il correspond à la réalité telle que vécue par la recourante, à tout le moins depuis le mois d'août 2014. Mal fondé, ce grief est rejeté.

- 8 -

E. 4.1

Dans un second grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F _____.

E. 4.2

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-10 ou le DSM- V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 4.3

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-là 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 ;

- 9 - 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). Le juge doit examiner de manière 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. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). Même si la jurisprudence a toujours reconnu une 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 une telle 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). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent généralement 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 indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

E. 4.4

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

- 10 - les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

E. 4.5

En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir qu'une pleine capacité de travail avait été

recouvrée par la recourante, dans son activité habituelle, dès le 1er mars 2022. Cette dernière considère quant à elle cette expertise comme simpliste et en contradiction totale avec l'avis de la psychologue E _____ et du Dr G _____, dont elle se prévaut, selon lesquels une augmentation de la capacité de travail pourrait être envisagée à partir de la fin du mois de février 2022, d'abord à 20% puis progressivement jusqu'à 70% dès le 11 avril 2022.

E. 4.5.1

A la lecture de l'expertise psychiatrique du Dr F _____ du 23 novembre 2021, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'expert a repris les différents avis médicaux figurant au dossier, puis a établi une anamnèse, avant de décrire de manière détaillée les plaintes de la recourante et sa journée type. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives. Enfin, les conclusions de l'expert ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf expertise du 23 novembre 2021, pièce OAI 85 p. 394 ss). A l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'expert psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Il a d'abord dûment motivé les diagnostics qu'il a retenus (thymie légèrement abaissée, sauf lorsque l'assurée évoque les difficultés professionnelles et personnelles selon l'anamnèse, moment où elle montre une tristesse significative, estime de soi abaissée avec autodévalorisation et idées de culpabilité, propos à tonalité suicidaire, signes physiques de fatigue avec des traits du visage marqués avec ralentissement psychomoteur, préoccupations et soucis relatifs à son avenir professionnel et concernant ses proches). L'expert a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été

- 11 - conservées par la recourante (capacité d'assumer la plupart des tâches ménagères [ménage, repassage et course], hygiène personnelle correcte, capacité de préparer les repas, intérêts et loisirs peu restreints [promenade avec une amie, jardinage, préparation de confitures maison, décoration, randonnées en montagne, lecture d'articles sur internet, vision de films, séries et émissions à la télévision, pêche avec son frère, rencontre d'amis et de la famille), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressée. Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'expert a estimé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle habituelle, si ce n'est celle de changer d'employeur. Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, relevées ci-dessus, et permettant à la recourante de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (l'assurée fait du sport, s'occupe de son ménage, voit régulièrement ses proches, se déplace en voiture et en transports publics et a également pu se rendre seule à l'expertise durant laquelle elle a fait preuve d'une concentration soutenue sans difficultés). L'expert a en outre indiqué que l'examen n'avait pas mis en évidence de divergences ou de contradictions entre les plaintes de l'intéressée, les données de la vie quotidienne et ses constatations objectives et que les limitations d'activité étaient uniformes dans tous les domaines de la vie.

E. 4.5.2

La recourante se prévaut quant à elle de l'avis de sa psychologue traitante, Madame E _____, et du Dr G _____, psychologue et psychothérapeute FSP. Ceux-ci ont attesté, le 26 novembre 2021, d'une incapacité totale de travail jusqu'à la fin du mois de février 2022 et ont posé les diagnostics incapacitants suivants : trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), trouble anxieux généralisé (F41.1), trouble obsessionnel-compulsif, avec bon insight (TOC modéré, F42), et personnalité évitante (F60.6). Ils ont ajouté que dès le 1er mars 2022, une augmentation de la capacité de travail était possible, d'abord à 20% puis progressivement jusqu'à 70% dès le 11 avril 2022, indiquant que le travail dans le domaine de la petite enfance était incertain et qu'il serait opportun d'envisager une reconversion professionnelle dans un autre domaine (cf. pièce OAI 85 p. 390 ss). L'avis de ces psychologues traitants est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. supra consid. 4.5.1) que l'expertise psychiatrique respectait en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiait d'une pleine valeur probante. Or, il ne se justifie de s'écarter d'une expertise que si celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore - 12 - des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergeants aient été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Ainsi, à lui seul, l'avis des psychologues E _____ et G _____, lesquels ne sont au demeurant pas spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr F _____. Cela vaut d'autant plus que les conclusions des psychologues E _____ et G _____ ne s'écartent – contrairement à ce qu'allègue la recourante – pas diamétralement de celles de l'expert, puisque ceux-ci ont également retenu que l'incapacité totale de l'intéressée prenait fin au 28 février 2022, seule l'estimation du taux d'activité exigible dès le 1er mars 2022 différant. La Cour rappelle à cet égard que selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. supra consid. 4.3), ces derniers ont tendance à se prononcer en cas de doute plutôt en faveur de leurs patients et que leurs rapports n'aboutissent généralement pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, de sorte qu'ils ne sauraient à eux seuls prévaloir.

E. 4.5.3

Fondé sur les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr F _____. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'une nouvelle expertise indépendante. Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser à la recourante toutes prestations AI. De plus, dès lors que celle-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1er mars 2022 (100% de 70%), soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année, il ne se justifiait pas de procéder à un calcul d'invalidité, de sorte qu'il n'y a pas lieu de traiter plus avant ce grief. La recourante ne présentant pas d'invalidité, elle n'a au surplus pas droit à des mesures de réadaptation.

E. 5.1

Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

E. 5.2

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

- 13 - 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 7 août 2024

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