

VS_GERICHTE S1 22 156 vom 26. April 2024

VS Kantonsgericht, 2024-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_156

FR: VS_GERICHTE S1 22 156 du 26 avril 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 156 del 26 aprile 2024

Regeste

S1 22 156 ARRÊT DU 26 AVRIL 2024 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 _____, recourante, représentée par Maître Y _____ contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (Art. 28 LAI, rente et mesures d'ordre professionnel)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 29 septembre 2022, le présent recours contre la décision du 25 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et 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 droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur l'évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail.

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). Est réputée incapacité de gain toute

- 8 - 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 s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

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 l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et les réf. cit.). 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). Un rapport du SMR 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). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces

- 9 - différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). 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. 2.4

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 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

- 10 - (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. 2.5

Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'article 69 alinéa 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2014 du 31 juillet 2014, consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (PIGUET, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, N. 12 ad art. 43 LPGA ; ATF 131 I 153, consid. 3 ; 124 V 94, consid. 4b). A l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction

- 11 - complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et

complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (ATF 110 V 48).

E. 3.1

En l'espèce, l'intimé a refusé de mettre la recourante au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité en considérant qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail de plus d'une année. Il s'est à cet égard basé tout d'abord principalement sur les rapports des Drs H _____ et F _____. Selon ces spécialistes, l'assurée était apte à reprendre une activité professionnelle au plus tard au 18 mai 2020. Le Dr F _____ avait notamment estimé qu'il n'existait aucune affection somatique ou psychique susceptible de justifier une incapacité de travail, la patiente paraissant enkystée dans sa symptomatologie et ses demandes financières. Quant au Dr H _____, il a constaté que la recourante disposait de ressources (organisation de sa journée, effectuer les tâches ménagères, avoir des loisirs) et a relevé des discordances entre ses capacités à exercer certaines activités dans sa vie privée et son incapacité de travail. Il a posé des diagnostics de trouble dépressif de gravité légère et de majoration des symptômes physiques, lesquels étaient toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, ces diagnostics ne sont pas véritablement mis en cause par les médecins traitants, la Dre B _____ du C _____ indiquant dans son rapport du 23 juillet 2020 que le discours de la patiente était cohérent, qu'elle était collaborante, vigilante et orientée aux 4 modes, sans troubles du cours ni du contenu de la pensée, sans troubles de mémoire et sans ralentissement psychomoteur. La thymie était considérée comme abaissée avec diminution du plaisir et de l'intérêt, éléments qui étaient toutefois insuffisants pour fonder un trouble psychiatrique incapacitant. Ces constatations, qui se recourent avec celles observées par le Dr H _____ au cours de son examen clinique, ont conduit la Dre B _____ à conclure à l'absence d'éléments suffisants pour se prononcer sur la capacité de travail, mais cette spécialiste estimait tout de même qu'une reprise du travail était envisageable de façon progressive et dans un contexte adapté à ses limitations. Les seules véritables voix divergentes émanent des Dr G _____, médecin traitant, et E _____, neurologue. Ce dernier affirme en effet dans plusieurs rapports (28 avril et 19 juin 2020 ainsi que 25 juin 2021) que l'incapacité de travail est entière, en mettant l'accent sur le caractère subjectif et invalidant des troubles de sa patiente. Cependant,

- 12 - du point de vue neurologique, il ne pose pas de diagnostic invalidant, se contentant de décrire une légère instabilité au funambule et une micro-ataxie au niveau des membres supérieurs, et insiste sur la forte composante de l'aspect psychoaffectif, avec des symptômes pertinents (idées noires, évocation du suicide), qui justifient selon lui une incapacité de travail (rapport du 3 février 2020). Quant au Dr G _____, ses rapports ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts, le médecin traitant se contentant de lister les diagnostics sans porter de critiques à l'encontre de l'appréciation des Drs H _____ et F _____. Le M _____, chef du service N _____, a quant à lui présenté un diagnostic de fibromyalgie dans son rapport du 8 juillet 2022 mais sans faire référence aux indicateurs jurisprudentiels et sans véritablement motiver son diagnostic autrement qu'en exposant que le tableau clinique était compatible avec une fibromyalgie du point de vue anamnestique et à l'examen clinique. Ce diagnostic avait au surplus déjà été évoqué avant l'expertise du Dr H _____ qui n'avait pas retenu lors de son examen qu'un tel trouble puisse être considéré comme invalidant, en l'absence d'un trouble psychiatrique. Il convient également de relever que dans son rapport du 3 mars 2023, le Dr R _____ attribue les douleurs polyarticulaires de l'assurée à un déconditionnement

musculaire focal et global, la persistance des douleurs, l'incompréhension du corps médical par rapport à celles-ci et la non-reconnaissance par les assurances contribuant à développer une sensibilisation centrale engendrant une fibromyalgie. Ces derniers éléments sous toutefois étrangers à l'invalidité et tant la psychiatre traitante que le Dr H _____ conviennent que l'assurée dispose de ressources qui lui permettent d'évoluer socialement. Les constatations du point de vue psychiatrique obtenues lors du séjour de l'assurée en février 2022 à la Clinique K _____ mettent l'accent sur une anhédonie et une aboulie, ainsi que sur un sentiment de situation désespérée, dans le cadre du refus de prestations de l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques développés en réaction à une décision négative de l'AI, il n'y a pas lieu de retenir d'atteinte psychique invalidante ; à défaut la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). On ne saurait ainsi considérer qu'une aggravation de la situation 'est produite entre septembre 2020, date de l'expertise du Dr H _____, et la date de la décision ici entreprise, ce d'autant plus que les diagnostics posés restent les mêmes et que les spécialistes de la clinique K _____ n'attestent pas d'incapacité de travail.

- 13 - Il convient également de tenir compte du rapport du Dr O _____ du 17 août 2022. Ce dernier, qui a eu accès à l'ensemble du dossier médical de la recourante, a souligné que l'examen neurologique de l'assurée était dans la norme et a relevé que le M _____ avait constaté un tableau clinique et paraclinique sans anomalie organique comme les médecins qui avaient traité la recourante avant lui et conclut à une fibromyalgie ne justifiant pas de limitation de la capacité de travail. Il sied de relever que le fait que le Dr O _____ n'ait pas examiné personnellement l'intéressée n'est pas de nature à invalider ses conclusions, étant précisé que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1). Les conclusions auxquelles le médecin du SMR est parvenu dans son appréciation sont cohérentes et en ligne avec les précédentes conclusions du SMR et des experts externes. Partant, la Cour de céans considère que la valeur probante du rapport du Dr O _____ est entière. Sur la base de ces éléments, c'est ainsi à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante était en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI du 25 août 2022 confirmée.

E. 3.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). En l'espèce, le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Partant, les

conclusions prises par la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise sont rejetées.

E. 4

- 14 -

E. 4.1

Par décision présidentielle du 24 octobre 2022, X _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (S3 22 62). Celle-ci comprend la dispense des avances de frais et des sûretés, la dispense des frais de procédure et la désignation d'un conseil juridique commis d'office (art. 3 al. 1 LAJ).

E. 4.2

Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité. Les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge de la recourante mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, la recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'Etat du Valais si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

E. 4.3

Selon l'article 30 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar) du 11 février 2009, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le Tribunal fédéral a admis comme règle de base un tarif horaire de l'ordre de 180 fr. s'agissant des honoraires d'un avocat commis d'office (ATF 137 III 185 et 132 I 201, arrêt 9C_411/2016 du 21 novembre 2016 consid. 4.2 ; art. 30 al. 1 LTar). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). En l'occurrence, le mandataire de la recourante a produit un recours de 21 pages et trois brèves déterminations d'une à deux pages destinées à transmettre à la Cour de céans de nouvelles pièces médicales. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédure déposées par la recourante, de l'activité de travail utile déployée par son avocat, de l'ampleur du dossier et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe

- 15 - les honoraires de Me Y _____ à un montant arrondi de 1500 francs au tarif de l'assistance judiciaire, débours et TVA compris. Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais la recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ ; RVJ 2000 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. 3. Un montant de 1500 francs sera versé à Me Y _____ par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 26 avril 2024

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