

# VS\_GERICHTE S1 22 175 vom 3. Dezember 2024

VS Kantonsgericht, 2024-12-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 22 175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_175)

FR: VS\_GERICHTE S1 22 175 du 3 décembre 2024

IT: VS\_GERICHTE S1 22 175 del 3 dicembre 2024

## Regeste

S1 22 175 ARRET DU 3 DÉCEMBRE 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 et 28 LAI ; 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 17 octobre 2022, le présent recours à l'encontre des décisions du 13 septembre précédent, reçues le 15 septembre par le mandataire du recourant, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant l'autorité de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56 et 57 LPGA ; 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 droit du recourant à des prestations AI. Plus particulièrement, celui-ci remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'OAI s'est fondé pour lui reconnaître une pleine 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). 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 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 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). 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 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 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 du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Le rapport du SMR a 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 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). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance- invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa

- 10 - propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

### **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 dûment motivées (ATF 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 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1 et 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 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans

- 11 - 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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 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 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. La prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra ainsi 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). Ces constats ne dispensent 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 du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 précité consid. 3.3).

## **E. 2.5**

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 les 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 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

- 12 - 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. 2.6**

Dans le cas d'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée par le recourant depuis le 8 février 2021 (fin de la réadaptation cardiovasculaire) dans toute activité pouvant s'effectuer sans exposition aux vapeurs et aux fumées. Ce dernier considère quant à lui que cette expertise ne respecte pas les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante et que l'avis de ses médecins traitants (Dresse D \_\_\_\_\_ et Dr E \_\_\_\_\_), selon lesquels sa capacité de travail serait nulle, n'a pas suffisamment été pris en compte.

### **E. 2.6.1**

A la lecture de l'expertise psychiatrique du 17 mars 2022 du Dr I \_\_\_\_\_, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'expert s'est fondé sur le dossier AI qui lui a été transmis et qui contenait l'ensemble des différents avis médicaux relatifs à l'assuré, notamment les avis des Drs E \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, puis a établi une anamnèse, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant 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 17 mars 2022, pièce OAI 90). 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 non incapacitants qu'il a retenus (hyperventilation de l'intéressé lors d'exposition à des émanations de vapeur ou de fumée, y compris de tabac, anxiété semblant s'étendre à tout ce qui se rapporte au travail, mais s'apaisant immédiatement quand l'assuré

sait qu'il ne sera pas soumis à ces inhalations, appréhension gérée, pas de limitation sur le fonctionnement global, pas de véritables sentiments d'anhédonie ni d'aboulie, pas de tristesse ni de pleurs spontanés, pas de perte de l'élan vital, pas de thématique morbide ni de velléités suicidaires, thymie stable, pas d'agitation psychique ni d'accélération de la pensée ou

- 13 - de relâchement des associations, capacité de discernement préservée). L'expert a de plus clairement expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (moins de deux ans de persistance de la modification de la personnalité, pas d'exposition à un facteur de stress catastrophique explicitement évoquée par l'intéressé, inhalation de fumée qui ne représente pas un stress catastrophique stricto sensu, pas d'attitude hostile ou méfiante envers le monde, pas de retrait social marqué, pas de désespoir ou de sentiment de vide, pas d'impression de menace permanente) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (détresse n'entravant pas le fonctionnement et les performances sociales globales, facteur de stress n'ayant pas de répercussion sur l'environnement social de l'assuré ni sur son support social et ses valeurs, facteur de stress n'étant pas en rapport avec une période de transit ou de crise au cours du développement, pas d'humeur dépressive confirmée aux échelles ni à l'examen clinique, anxiété décrite mais limitée selon les échelles, pas d'altération du fonctionnement quotidien). L'expert a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, flexibilité et adaptabilité, mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, activités spontanées et proactivité, capacité d'endurance et de résistance, capacité de contact et de conversation avec des tiers, capacité d'intégration dans un groupe, capacité aux relations privilégiées à deux, capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressé. 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 ne pas être exposé à des vapeurs/fumées. Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, énumérées ci-dessus, et permettant au recourant de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (loisirs maintenus, pas de limitation concernant les activités ménagères ou les déplacements, risque de stress mais sans réelle perte de capacité s'agissant des tâches administratives, capacité à se rendre seul à l'expertise durant laquelle il est resté dynamique et a participé activement). L'expert a en outre indiqué que les symptômes rapportés paraissaient plus importants que les constatations objectives et semblaient sans véritable conséquence sur le fonctionnement global, l'atteinte n'étant pas uniforme dans tous les domaines de vie, dès lors qu'en dehors de l'exposition au stress que représentait l'inhalation de fumée,

- 14 - l'intéressé ne relatait aucune altération de son comportement, restait actif et participait volontairement sans limitation aux tâches quotidiennes.

### **E. 2.6.2**

Le recourant se prévaut quant à lui des avis de ses médecins traitants, à savoir la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, estimant que son patient présentait un syndrome de stress post-traumatique caractérisé par des crises de panique lors des tentatives de reprise professionnelle, si bien que sa capacité de travail était nulle, ainsi

que le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, retenant les diagnostics de modification durable de la personnalité post-traumatique (F62) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse (F43.21), en raison desquels la capacité de travail de l'assuré était nulle. L'avis de ces médecins 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. 2.6.1) 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 des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Ainsi, les avis de la Dresse D \_\_\_\_\_, laquelle n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie, et du Dr E \_\_\_\_\_, dont les diagnostics ont été écartés de manière dûment motivée par l'expert, ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions du Dr I \_\_\_\_\_. La Cour rappelle en outre à cet égard que selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. supra consid. 2.4), 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. Enfin, la Cour constate que les autres rapports médicaux au dossier, notamment ceux du Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ne sont d'aucun secours au recourant, dès lors qu'ils ne se prononcent pas sur sa capacité de travail, le Dr J \_\_\_\_\_ ne retenant en outre aucune maladie neurologique stricto sensu.

### **E. 2.6.3**

Vu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr I \_\_\_\_\_. 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, comme l'expertise bidisciplinaire requise par le recourant (appréciation anticipée

- 15 - 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), étant précisé qu'une telle façon de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_364/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3). Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser au recourant tout droit à une rente d'invalidité. Le recourant ne présentant pas d'invalidité, il n'a au surplus pas droit à des mesures de réadaptation.

### **E. 3**

Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 3 décembre 2024

#### **E. 3.1**

Les frais, par 800 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

#### **E. 3.2**

Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.

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