

VS_GERICHTE S1 22 199 vom 10. April 2024

VS Kantonsgericht, 2024-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 22 199](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_199)

FR: VS_GERICHTE S1 22 199 du 10 avril 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 199 del 10 aprile 2024

Regeste

S1 22 199 ARRÊT DU 10 AVRIL 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 LPGGA ; diminution et suppression d'une rente AI, valeur probante d'une expertise)

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 21 novembre 2022, le recours à l'encontre de la décision du 18 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGGA ; 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il

- 6 - répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 1.2

La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

E. 1.3

Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), le recourant sollicite, à titre de moyens de preuve, l'édition du dossier de l'intimé ainsi que l'édition du dossier S1 19 235 de la Cour de céans. Ces requêtes sont satisfaites, puisque le dossier de la partie intimée, comprenant les pièces de la cause S1 19 235, a été produit en date du 14 décembre 2022.

E. 2

Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision d'office ayant amené l'OAI à diminuer puis supprimer la rente d'invalidité du recourant.

E. 2.1

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. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente

- 7 - avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

E. 2.2

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). En outre, cette comparaison des revenus doit s'effectuer au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non lors de la décision litigieuse (ATF 128 V 174 consid. 4a). 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 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 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

- 8 - 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 2.3

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 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 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 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. 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

- 9 - nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3). Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de manière compréhensible, ne soient pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte

tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

E. 3

Dans le cas d'espèce, l'OAI a repris l'instruction médicale après que le dossier lui ait été renvoyé par jugement du 4 janvier 2022 de la Cour de céans (S1 19 235).

E. 3.1

Ce renvoi se justifiait au vu des doutes qui subsistaient quant à la capacité résiduelle de travail du recourant, en raison des troubles psychiques qui avaient été diagnostiqués à la suite de son accident du 15 juillet 2015. L'avis du SMR avait alors été jugé comme insuffisamment motivé pour lever ces différents doutes et les opinions médicales divergentes justifiaient qu'une mesure complémentaire soit mise en œuvre. Le dossier a dès lors été renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et examen du droit du recourant à des prestations au-delà du 30 novembre 2018. Dans sa décision du

E. 3.2

Cela étant, conformément aux considérants de ce jugement, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès d'un médecin-psychiatre indépendant. Selon le Dr D _____, le recourant souffrait d'un état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2015 qui était en rémission partielle mais significative depuis septembre 2018, de sorte qu'une activité adaptée pouvait être reprise à plein temps depuis cette période.

- 10 - L'expertise du 14 juin 2022 répond manifestement à toutes les exigences jurisprudentielles afin de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les brèves critiques qu'émet le recourant à son encontre ne sont aucunement fondées, portent sur des considérations générales et ne contiennent pas de motifs suffisants justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr D _____. En particulier, on ne relève aucune contradiction manifeste dans les constatations de l'expert et il n'apparaît pas que des éléments essentiels auraient été ignorés dans son analyse. Au contraire, on note que le rapport d'expertise reprend en détail l'anamnèse de l'intéressé et qu'il tient compte de l'ensemble des avis médicaux au dossier, y compris celui du Dr A _____, que l'expert a pris le soin d'exposer d'une manière approfondie sur plusieurs pages (cf. motif et circonstances de l'expertise, point 1.2). Le Dr D _____ a ensuite procédé à un entretien et un examen clinique de l'intéressé, durant lesquels celui-ci a pu lui décrire ses plaintes et sa situation personnelle et professionnelle actuelle. Ces entretiens se sont déroulés sur deux jours distincts et ont duré environ 6 heures, ce qui était amplement suffisant pour que l'expert puisse arrêter des diagnostics sur la base de constatations objectives (arrêt 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les références ; arrêts 9C_309/2022 du 28 mars 2023 consid. 5.2.1 et 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 dans lesquels un examen psychiatrique d'une heure a été jugé comme suffisant). Ce dernier a ensuite expliqué d'une manière fondée et cohérente que le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) était en rémission significative depuis septembre 2018. L'expert a en outre soumis son diagnostic à la procédure probatoire structurée telle que requise par la jurisprudence (ATF précités 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2) avant de conclure à l'absence de gravité du trouble. Cette manière de procéder n'a fait l'objet d'aucune critique

sérieuse de la part du recourant, lequel se limite à évoquer que sa thérapie auprès du Dr A _____ s'était étendue jusqu'en novembre 2021, alors que ce médecin traitant a déclaré ne pas avoir vu l'intéressé en 2021. Le simple fait qu'il consommait encore un antidépresseur (Seroten® ; pièce OAI 255) ne suffit de surcroît pas à justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il ne produit d'ailleurs aucun avis médical motivé qui ferait état d'une incapacité de travail encore au-delà du 1er septembre 2018 et qui serait susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D _____. La date fixée au 1er septembre 2018 pour la reprise d'une activité adaptée ne prête par conséquent pas le flanc à la critique. Aucun élément au dossier ne laisse en effet supposer qu'une incapacité de travail totale subsistait au-delà de cette date dans toute activité. Le recourant a d'ailleurs lui-même admis qu'il aurait probablement pu débiter son emploi en qualité de magasinier plus rapidement si l'occasion lui en avait été donnée

- 11 - (p. 27 de l'expertise ; pièce OAI 249). L'expert ayant observé une amélioration significative de l'état de stress post-traumatique en septembre 2018, retenir cette période pour fixer le moment à partir duquel une activité adaptée aurait pu être reprise est fondé et doit être confirmé.

E. 3.3

Au vu des éléments qui précèdent, l'expertise psychiatrique du 14 juin 2022 apporte désormais tous les éléments nécessaires pour juger de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de ses troubles psychiques. Il ne fait ainsi plus de doute que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1er septembre 2018. Le taux d'invalidité, arrêté à 2% par l'intimé, n'a au demeurant fait l'objet d'aucune contestation spécifique par l'intéressé. A juste titre, puisqu'il a été arrêté conformément au système légal (art. 16 LPGA, 28 LAI et 25ss RAI) et à la jurisprudence y relative. Un tel taux d'invalidité de 2% n'ouvrant pas le droit à des prestations de l'AI, l'OAI pouvait par conséquent limiter la rente d'invalidité au 30 novembre 2018 (art. 17 al. 1 let. a LPGA et 88a al. 1 RAI). Il s'ensuit le rejet du recours du 21 novembre 2022 et la confirmation de la décision du 18 octobre précédent.

E. 4

octobre 2019, l'OAI a en effet versé ses prestations jusqu'au 30 novembre 2018 en application de l'article 88a alinéa 1 RAI, lequel spécifie qu'une rente d'invalidité est diminuée, respectivement supprimée, trois mois après un changement de circonstances qui était en l'occurrence la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1er septembre 2018. Cela ne permet en revanche nullement d'affirmer qu'une incapacité de gain serait médicalement attestée jusqu'au 30 novembre 2018.

E. 4.1

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr., fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

E. 4.2

Vu l'issue de la cause, le recourant ne peut pas prétendre 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 500 francs, sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 10 avril 2024.

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