

VS_GERICHTE S1 22 78 vom 1. Februar 2024

VS Kantonsgericht, 2024-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_78

FR: VS_GERICHTE S1 22 78 du 1 février 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 78 del 1 febbraio 2024

Regeste

S1 22 78 ARRÊT DU 1ER FÉVRIER 2024 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 Stéphane Riand, avocat, à Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 LPGA ; nouvelle demande et refus de prestations AI)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI dans le contexte d'une nouvelle demande. 2.1.1 Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 2.1.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 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 d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1er janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5). Le rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à lui donner sur

- 11 - 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) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Si le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), il ne peut écarter son avis pour cette seule raison (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinions entre les experts, respectivement le SMR, et les médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 145 I 167 consid. 4.1). 2.2.1 En l'espèce, les éléments remis à l'appui de la nouvelle demande d'août 2020 rendaient plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, notamment au niveau orthopédique puisque l'assurée avait dû être opérée de la cheville gauche en juillet 2020 à la suite d'un accident. Au vu de ce changement important des circonstances depuis la dernière décision de janvier 2019, l'intimé était en droit de procéder à une nouvelle appréciation de la capacité

- 12 - de travail de l'assurée. Dans ce sens, il a sollicité des rapports des médecins de l'assurée pour pouvoir évaluer la situation. Il a notamment interpellé le Service d'orthopédie de l'Hôpital M _____ pour obtenir les compte-rendu des consultations de suivi par le Dr N _____, la Dresse L _____ pour connaître l'état de l'hypothyroïdie, le Dr K _____ pour s'assurer de l'absence de problème rhumatologique, le Dr J _____ pour déterminer l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise du Dr D _____ et le Dr B _____ pour un avis global. Il a ensuite soumis au SMR ces documents médicaux pour analyse et appréciation de l'atteinte à la santé. En effet, comme vu au considérant 2.1.2 ci-dessus, le SMR a pour tâche de procéder à la synthèse des éléments au dossier et d'examiner si la capacité de travail attestée médicalement est justifiée en fonction de toutes les ressources de l'assuré et de ses limitations physiques, mentales et psychiques (cf. art. 49 al. 1bis RAI). 2.2.2 En l'occurrence, dans ses avis des 17 février 2021, 31 mars 2021 et 7 février 2022, le SMR a expliqué de manière claire et cohérente pourquoi il ne pouvait pas confirmer la capacité de travail de 60% retenue par le Dr B _____ et le Dr J _____ . Il a tout d'abord

constaté que sur le plan somatique, la recourante ne subissait aucune restriction particulière en raison de l'hypothyroïdie, qui était efficacement « substituée » (cf. rapport de la Dresse L _____ du 2 décembre 2020), et en raison de l'atteinte à la cheville, qui n'entraînait plus d'incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 22 mars 2021 (cf. rapport du Dr O _____ du Service d'orthopédie du 22 mars 2021). Il a uniquement retenu une limitation fonctionnelle en lien avec la perte de l'odorat survenue à la suite d'une affection au Covid et attestée par le Dr B _____ le 25 octobre 2021. Ce point n'est pas contesté par la recourante, qui ne prétend d'ailleurs pas, dans le cadre de son recours, souffrir de handicaps particuliers sur le plan physique, mais uniquement ne pas pouvoir travailler plus qu'à 60% au risque que cela entraîne des effets néfastes sur sa santé. A cet égard, dans leurs rapports des 13 et 17 décembre 2021, les Drs B _____ et J _____ ont indiqué qu'un travail à 100% pourrait entraîner une surcharge de stress et de la fatigue en raison de l'état psychique de la recourante. Sur ce point, le Dr J _____ avait, dans un premier temps, posé les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), dans son rapport du 10 décembre 2020. Le SMR avait alors constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation par rapport à l'expertise du Dr D _____ et avait conclu à un statu quo (cf. avis du 17 février 2021). Par la suite, dans son rapport du 13 décembre

- 13 - 2021, le Dr J _____ a modifié ses diagnostics. En sus de la personnalité dépendante (F60.7), il a cette fois-ci mentionné un trouble dépressif récurrent, état actuel moyen (F33.1), avec comme symptomatologie une asthénie sévère, des troubles de la concentration, une tristesse permanente, une perte de l'odorat et de la frilosité. Dans son avis du 7 février 2022, le SMR a constaté que le bref tableau clinique décrit par le psychiatre ne correspondait pas à un épisode dépressif moyen selon les critères de la CIM-10. La Cour remarque également que les symptômes psychiques décrits par le Dr J _____ correspondent pour l'essentiel à ceux qui étaient déjà relevés par le Dr B _____ et la Dresse E _____ en février 2018 (asthénie, tristesse, troubles du sommeil, ruminations). Le SMR a en outre remarqué que malgré un diagnostic psychiatrique plus grave que celui retenu initialement, l'assurée avait pu reprendre une activité de serveuse (activité physique et en contact avec la clientèle), ce qui était contradictoire. Il a encore relevé une discordance dans le fait d'indiquer que l'assurée travaillait sans problème dans l'activité de serveuse à 60% qui était adaptée à ses capacités, puis d'estimer la capacité de travail à 50% au maximum. S'agissant de l'avis du Dr E _____, il a remarqué que ce dernier avait utilisé les mêmes phrases que le Dr J _____ dans son rapport et s'est étonné du fait que le médecin traitant puisse affirmer que l'activité de serveuse était compatible avec les capacités de l'assurée, alors qu'il s'agissait d'une activité plutôt physique et que l'assurée se plaignait de polyarthrose. A cet égard, il a constaté que cette affection n'était aucunement documentée et ne faisait l'objet d'aucune prise en charge, ce qui n'est pas remis en cause, de sorte qu'elle ne saurait justifier une diminution de la capacité de travail. La Cour relève encore une autre incohérence dans le fait, d'une part, de retenir à titre de limitation une faible résistance au stress (ch. 3.4) et, d'autre part, d'assurer que la patiente peut répondre aux exigences de l'activité de serveuse, qui implique un contact permanent avec la clientèle et requiert de l'endurance et une bonne gestion du stress. Au vu de ces éléments, la Cour estime que c'est à juste titre que le SMR s'est écarté de l'avis des médecins traitants pour fixer la capacité de travail de l'assurée. Contrairement à ce que semble penser la recourante, le SMR n'a pas fondé son appréciation sur l'expertise du Dr D _____, dont la valeur probante a été par ailleurs confirmée par

la Cour dans son jugement du 14 juin 2021, mais uniquement sur les éléments médicaux recueilli depuis 2019. Or, sur cette base, le SMR est arrivé à la conclusion - à laquelle la Cour se rallie - que hormis entre le 2 juillet 2020 et le 22 mars 2021 où l'assurée était en incapacité de travail en raison de sa cheville gauche, cette dernière aurait été en mesure de reprendre à temps plein n'importe quelle activité correspondant à ses compétences

- 14 - et son expérience comme en 2017, soit notamment dans le domaine de la vente, pour autant que les tâches ne nécessitent pas l'odorat.

E. 2.3

Pour terminer, on rappellera que l'invalidité est une notion économique et non médicale. Ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain qui sont déterminantes et non le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. Selon l'article 16 LPGA, 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. Il importe ainsi d'évaluer les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle (ATF 110 V 275 consid. 4a) sur un marché du travail équilibré et en tenant compte du fait que l'assuré a l'obligation de diminuer son dommage, en faisant tout son possible pour trouver une activité adaptée à son état de santé (ATF 138 I 205 consid. 3) Ainsi, en l'espèce, même si l'on admettait une diminution de la résistance au stress comme retenue par le Dr J _____ depuis le début de sa prise en charge en juillet 2020 et que, partant, l'on écartait la possibilité d'une reprise de travail dans le domaine de la vente ou du service, il n'en demeurerait pas moins que l'assurée pourrait exercer n'importe quelle activité simple, légère et adaptée dans un autre secteur, ce qui représenterait une perte de gain d'au maximum 9% n'ouvrant pas le droit à une rente, en comparant le revenu statistique selon l'ESS 2020 pour une activité dans le commerce de détail (secteur 47), niveau de qualification 2, de 4702 fr. avec celui pour une activité simple, toutes branches confondues, de 4276 francs. De surcroît, force est de constater qu'avant son burnout en juin 2017, la recourante travaillait déjà à temps partiel par choix et souhaitait reprendre un emploi à 60-70%, ce qui correspond au taux exercé comme serveuse depuis juin 2021. La comparaison entre le salaire brut perçu comme vendeuse en 2017 de 4477 fr. 20 par mois à temps plein (27 fr. 30 x 41 heures x 4 semaines), réduit à 60% et adapté à l'évolution des salaires dans la branche du commerce de détail jusqu'en 2021 pour tenir compte du parallélisme, soit 2737 fr. 45 et le salaire de serveuse à 60% perçu depuis 2021 de 2721 fr. 80, ne laisse apparaître aucune perte de gain substantielle.

E. 3

Il s'ensuit que le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par la recourante (appréciation anticipée : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

E. 4

- 15 -

E. 4.1

La recourante, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. fbis LPGA et 69 al.1bis LAI).

E. 4.2

Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

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 1er février 2024

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