

# **VS\_GERICHTE S1 23 106 vom 30. September 2025**

VS Kantonsgericht, 2025-09-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 23 106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_106)

FR: VS\_GERICHTE S1 23 106 du 30 septembre 2025

IT: VS\_GERICHTE S1 23 106 del 30 settembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (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 7 juillet 2023, le présent recours à l'encontre de la décision datée du 2 juin précédent et reçue le 7 juin 2023 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.

- 11 -

### **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 étant donné que ce dernier a requis l'augmentation de sa rente en 2020, 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. 2.1**

Le litige porte sur le refus par l'OAI d'augmenter la rente d'invalidité perçue par le recourant, ce dernier estimant qu'il devrait être mis au bénéfice d'une rente entière compte tenu de son état de santé.

### **E. 2.2**

A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa version au 31 décembre 2021), 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 du Tribunal fédéral 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 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 du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de

- 12 - 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). A teneur de l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, le sens et le but de cette disposition est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, une fois entré en force l'octroi d'une rente doit avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et 9C\_1022/2012 précité consid. 3.3.1).

### **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-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 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256,

- 13 - 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 service médical régional (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

#### **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 143 V 124 consid. 2.2.2, 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 le fait 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

- 15 - 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, 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 une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte 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). 3. 3.1 En l'occurrence, le recourant requiert une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à une rente entière en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le dernier examen matériel de son droit. Dans ce cadre, il convient de préciser que l'état de santé du recourant du point de vue somatique n'est pas contesté, ce dernier conservant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, élément admis par

l'OAI. En revanche, la capacité de travail du point de vue psychique est litigieuse. 3.2 Pour rappel, dans sa décision du 9 mars 2018 octroyant à l'intéressé une demi-rente d'invalidité, l'OAI avait repris les conclusions du SMR qui avait considéré dans son rapport du 5 février précédent qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant du point de vue psychique, le Dr H \_\_\_\_\_ excluant la présence d'un trouble dépressif récurrent. 3.3 Pour confirmer le maintien de la demi-rente d'invalidité, l'OAI s'est basé sur le rapport du Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre au sein du SMR. Le recourant insiste particulièrement dans son recours sur le fait l'intervalle entre l'examen clinique effectué (11 janvier 2022) et la date du rapport (17 octobre 2022) serait trop long et qu'un tel délai sèmerait le doute sur la pertinence et la fiabilité d'un rapport rédigé neuf mois après l'examen.

- 16 - Le rapport établi par le Dr H \_\_\_\_\_ est particulièrement fouillé (34 pages) et comporte une synthèse complète et attentive du dossier médical du recourant. On ne voit pas en quoi le fait qu'il ait été rendu plusieurs mois après l'examen médical pourrait entacher la qualité de son contenu. Le spécialiste du SMR a pris en compte les plaintes du recourant (spontanées et sur demande), a retracé l'anamnèse professionnelle et familiale de l'intéressé. Lors de son examen clinique, il a pu constater que le recourant restait très précautionneux dans son discours et qu'il était sur ses gardes. Le Dr H \_\_\_\_\_ a procédé à une analyse détaillée des médicaments antidépresseurs pris depuis 2019, et est arrivé à la conclusion que pour les années 2019 et 2020, aucun traitement médicamenteux n'avait été pris régulièrement. Ce point n'est pas remis en cause par le recourant. S'agissant des diagnostics à prendre en compte, ceux retenus par les médecins traitants du CCPP diffèrent de ceux listés par le Dr H \_\_\_\_\_. Le CCPP retient depuis de nombreuses années un trouble dépressif récurrent sévère, avec symptômes psychotiques (rapports du CCPP des 9 août 2018, 23 mars 2019 et 28 février 2023), le CCPP affirmant en 2023 que le recourant était suivi à raison d'un rendez-vous par mois et qu'il ne disposait pas d'un autre traitement psychologique. Après une analyse complète des prises de médicaments entre décembre 2020 et janvier 2022, le Dr H \_\_\_\_\_ a conclu de manière convaincante à la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, sous traitement bien conduit, depuis décembre 2020. Il a également nié l'existence de troubles psychotiques, en expliquant qu'en l'absence d'hallucinations auditives ou olfactives et compte tenu d'une humeur stable sans modification ni détérioration au cours du nyctémère, ils ne pouvaient être retenus. Les rapports médicaux du CCPP ne permettent pas jeter le doute sur ces conclusions. En effet, ils sont largement moins motivés que le rapport du Dr H \_\_\_\_\_ et reprennent les diagnostics posés depuis de nombreuses années, sans tenir compte du fait que ceux-ci ont été invalidés lors de la précédente procédure devant la Cour de céans qui faisait suite à un examen clinique déjà effectué par le Dr H \_\_\_\_\_ le 19 septembre 2017. Certains diagnostics sont ainsi obsolètes (modification durable de la personnalité, état de stress post-traumatique) et ne peuvent ainsi être pris en considération. On ajoutera en outre que les psychiatres du CCPP ne font aucunement référence aux rapports du SMR, que ce soit pour critiquer les prises de positions du Dr H \_\_\_\_\_ ou pour étayer leur appréciation de la situation.

- 17 - Si le Dr H \_\_\_\_\_ admet effectivement un trouble dépressif récurrent de degré moyen, sans syndrome somatique, il le fait débiter au mois de décembre 2020 et considère que la capacité de travail du recourant n'est pas altérée au point d'entraîner une modification à la hausse de son degré d'invalidité, ceci compte tenu du fait que l'incapacité de travail du point de vue rhumatologique lui permet déjà de bénéficier d'une demi-rente

d'invalidité. Compte tenu de ces éléments, il convient de retenir à la suite de l'intimé que l'état de santé psychique du recourant ne s'est pas péjoré de manière à influencer sur son droit aux prestations, étant souligné qu'il est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. C'est dès lors de manière justifiée que l'intimé a refusé de procéder à une augmentation de la rente d'invalidité du recourant. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision de refus d'augmentation de rente du juin 2023, confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire comme requis par le recourant, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée 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 (ATF 145 I 167 consid. 4.1). 4. 4.1 La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 fr., au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Ce montant est compensé par la somme équivalente déjà versée à titre d'avance de frais. 4.2 Le recourant n'ayant pas eu gain de cause il ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

- 18 -

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 30 septembre 2025

## **E. 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). Les rapports du SMR 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 (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). 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 cette dernière catégorie d'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

- 14 - internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent 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 peu souvent 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).

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