

VS_GERICHTE S1 23 114 vom 22. Januar 2025

VS Kantonsgericht, 2025-01-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 23 114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_114)

FR: VS_GERICHTE S1 23 114 du 22 janvier 2025

IT: VS_GERICHTE S1 23 114 del 22 gennaio 2025

Regeste

S1 23 114 ARRÊT DU 22 JANVIER 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Delphine Rey, greffière en la cause X _____, recourante contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 LPGA ; nouvelle demande et refus de prestations AI)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la 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 août 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 19 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art.

- 11 - 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Compte tenu du principe de droit intemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits, le droit applicable en l'espèce est celui en vigueur dès le 1er janvier 2022.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI dans le contexte d'une nouvelle demande du 24 mars 2022.

E. 3

Il y a lieu de déterminer si la recourante dispose d'un motif de révision/ reconsidération, dès lors qu'elle mentionne l'article 53 alinéas 1 et 2 LPGA dans son mémoire de recours du 17 août 2023. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPGA) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 consid. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Si les

nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente (ATF 110 V 138 consid. 2 ; SVR 2012 UV n° 17 consid. 7.1). Il convient de distinguer la reconsidération selon l'article 53 alinéa 2 LPGA de la révision procédurale au sens de l'article 53 alinéa 1 LPGA. L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). La reconsidération sert de correctif postérieur à l'application du droit ou à la constatation de faits initialement erronée de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1 ; ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

- 12 - Selon la jurisprudence, la reconsidération de décisions entrées en force n'est envisageable qu'en cas d'erreur grossière de l'administration (RCC 1988 p. 566 consid. 2b). Une erreur est manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée et que seule cette conclusion s'impose (ATF 138 V 324 consid.

E. 3.3

; SVR 2012 IV n° 18 consid. 3.2). En l'occurrence, nous ne sommes ni en présence de faits nouveaux importants qui ne pouvaient pas être produits au moment de la décision du 19 juin 2023, ni en présence d'une erreur manifeste de l'intimé au moment où il a rendu sa décision. La recourante ne l'allègue d'ailleurs pas, se contentant de mentionner les dispositions légales topiques. Il s'ensuit que ni les conditions d'une révision procédurale ni celles d'une reconsidération ne sont remplies en l'espèce. De plus, la révision procédurale et la reconsidération n'entrent en considération que lorsque la décision est formellement passée en force, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

E. 4.1

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).

E. 4.2

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 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

- 13 - 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 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 (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, 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, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2). 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

- 14 - (ATF 135 V 465 consid. 4.5), il ne peut écarter son avis pour cette seule raison (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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).

E. 5

L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du mois de mars 2022, il sied d'examiner si un changement important des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qui se présentaient lors des décisions du 4 janvier 2022 et les circonstances

régnant à l'époque de la décision litigieuse du 19 juin 2023 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence).

E. 5.1

En l'espèce, à l'époque des décisions du 4 janvier 2022, l'assurée souffrait de rachialgies non spécifiques et d'un syndrome fibromyalgique, qui ne l'empêchaient pas d'exercer à temps plein une activité adaptée à son état de santé, lui permettant de réaliser un gain légèrement inférieur à celui qu'elle aurait pu gagner dans son emploi d'auxiliaire de santé à Q _____. Les médecins traitants avaient en outre évoqué le diagnostic de spondylarthropathie, lequel n'avait cependant pas été confirmé.

E. 5.2

Lors du dépôt de la nouvelle demande le 24 mars 2022, la Dresse C _____ a notamment fait état d'un syndrome fibromyalgique en forte péjoration, d'un syndrome dépressif majeur réactionnel avec angoisse et d'une spondylarthrite ankylosante, compliquée d'un vitiligo et de douleurs abdominales invalidantes. C'est en raison de ces éléments que l'intimé a accepté, à juste titre, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante et de reprendre l'instruction médicale, avant de soumettre le dossier de l'assurée au SMR pour appréciation de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail de l'intéressée.

E. 6

La recourante conteste la valeur probante des rapports des 27 mars et 6 avril 2023 du SMR. Elle n'apporte cependant aucun argument médical à l'appui de son recours, si ce n'est un rapport du Dr P _____, lequel ne fait toutefois état d'aucun élément nouveau comme on le verra ci-dessous, se contentant de réclamer la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il sied dès lors d'examiner la valeur probante des rapports du SMR.

- 15 - Le Dr H _____ a d'abord relevé qu'une lésion au niveau de la hanche gauche avait été mise en évidence et a retenu, sur la base de l'imagerie et des rapports du Dr N _____, orthopédiste, une coxarthrose débutante. A cet égard, il a relevé que l'examen clinique du Dr N _____ était comparable à celui effectué par le SMR en novembre 2021. En effet, lors de ce dernier examen, le SMR avait déjà mentionné des douleurs au niveau de la hanche gauche et constaté une mobilité réduite de cette articulation. Par ailleurs, le SMR a considéré que les limitations fonctionnelles retenues en novembre 2021 tenaient compte des douleurs au niveau de la hanche gauche. De plus, les traitements actuels étaient uniquement conservateurs (infiltrations et physiothérapie). Le Dr H _____ n'a pas constaté d'autres éléments objectifs nouveaux sur le plan somatique. Il a souligné que les examens paracliniques étaient au contraire rassurants, l'IRM lombo-sacrée et des sacro-iliaques du 17 novembre 2021, l'IRM dorsale du 21 février 2022 et la biologie du 4 mars 2022 n'ayant pas mis en évidence d'argument pour une spondylarthrite. Il a ajouté que la Dresse J _____ avait mentionné une stabilisation de la situation globale de la recourant dans son courrier du 5 juillet 2022. On relèvera également que le diagnostic de spondylarthropathie évoqué par les Dresse C _____ et E _____ n'a pas été confirmé sur le plan médical et reste donc au stade de la supposition, comme cela était déjà le cas avant la nouvelle demande de prestations AI de mars 2022. Le rapport du 29 mai 2024 de la Dresse C _____ n'apporte aucun élément nouveau ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Selon la jurisprudence constante (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références), le tribunal cantonal se fonde sur les faits tels qu'ils se sont

produits jusqu'à la décision administrative litigieuse, les faits postérieurs entraînant une modification doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_549/2022 du 12 avril 2023 consid. 6.1). La Cour remarque en outre que les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse E _____ dans son rapport du

E. 10

juin 2022, soit après le dépôt de la nouvelle demande de prestations AI en mars 2022, sont identiques à celles figurant dans son rapport du 1er juillet 2021. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêts du Tribunal fédéral I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1, 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). En

- 16 - l'espèce, les Dresses C _____ et E _____ se sont avant tout basées sur les plaintes subjectives de la recourante pour admettre une aggravation de son état de santé. Comme vu ci-dessus, hormis une coxarthrose débutante à gauche, aucun élément médical objectif nouveau n'a été mis en évidence. Les constatations faites lors du programme d'emploi temporaire auprès du R _____ ne sont d'aucune aide à la recourante, dès lors qu'il ne s'agit pas d'observations médicales. La recourante a produit en cours de procédure un rapport du Dr P _____, rhumatologue, lequel n'apporte cependant pas d'élément objectif nouveau. En effet, ce spécialiste confirme la présence d'une fibromyalgie et, comme l'ensemble des médecins, ne tient le diagnostic de spondyloarthropathie que pour possible. Sur le plan thérapeutique, le Dr P _____ n'a pas fait de nouvelles propositions, recommandant à l'assurée une activité physique régulière et une reprise du traitement d'étanercept. Concernant l'aspect psychiatrique, le Dr M _____ a d'abord retenu un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, puis le Dr O _____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée pendant deux ans puis un trouble anxieux et dépressif mixte. Tous les deux, psychiatres traitants de la recourante, ont considéré que les troubles psychiatriques de leur patiente n'étaient pas incapacitants. Le SMR a par conséquent estimé qu'une aggravation de l'état de santé n'était pas objectivement démontrée et que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme en janvier 2022. Au vu de ces éléments, la Cour considère que les rapports des 27 mars et 6 avril 2023 du SMR ont pleine valeur probante et que c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur ceux-ci, pour retenir l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2022 et, par conséquent, écarter sa nouvelle demande de prestations AI de mars 2023. Contrairement à ce que prétend la recourante, le SMR n'avait ainsi pas à procéder à un nouvel examen des indicateurs jurisprudentiels. 7. 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, cf. supra consid. 3.2). 8. 8.1 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).

- 17 - 8.2 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 fr., sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 22 janvier 2025

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