

VS_GERICHTE S1 23 2 vom 11. Dezember 2024

VS Kantonsgericht, 2024-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_2

FR: VS_GERICHTE S1 23 2 du 11 décembre 2024

IT: VS_GERICHTE S1 23 2 del 11 dicembre 2024

Regeste

S1 23 2 ARRÊT DU 11 DÉCEMBRE 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 Hervé Bovet, avocat, à Fribourg contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (17 LPGA ; révision d'office, stabilisation et exigibilité)

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 4 janvier 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 7 décembre 2022 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé par les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 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. 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 de la date de la décision entreprise et des faits déterminants pour la suppression de la rente, c'est cette nouvelle loi qui s'applique.

E. 2

Le litige porte sur la suppression par voie de révision au 1er février 2023 de la rente entière accordée à la recourante depuis le 1er juillet 2020, par décision du 5 janvier 2022. La recourante conteste en particulier l'existence d'un motif de révision permettant de mettre fin au versement de sa rente, dès lors que son état de santé ne se serait pas amélioré dès le 24 août 2022.

E. 2.1

A teneur de l'article 17 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100% (al. 1). 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 (al. 2).

- 9 - 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 ; 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 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).

E. 2.2

En l'espèce, la recourante soutient qu'aucune pièce médicale ne mettrait en évidence que son état de santé et sa capacité de travail se seraient améliorés, au sens de l'article 17 LPGA, dès le 24 août 2022. Or, il ressort du dossier, plus particulièrement du rapport du 4 septembre 2022 du Dr A _____ (pièce 79), que la situation au niveau de la hanche était toujours identique au contrôle du 24 août 2022 et ceci malgré les interventions chirurgicales et les traitements ; dans ces conditions, il sied d'admettre que l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé, ce qui permettait de définir avec précision les limitations fonctionnelles et d'évaluer la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. L'assurée est ainsi passée d'une situation dans laquelle elle était incapable de travailler dans toute activité depuis le 27 juillet 2019, selon la décision de l'OAI du 5 janvier 2022, en raison essentiellement des interventions chirurgicales subies et des traitements médicaux entrepris, à une situation dans laquelle on pouvait exiger d'elle la reprise à 100% d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au vu de l'absence d'évolution de l'état de santé constatée par le Dr A _____ à la consultation du 24 août 2022. En effet, l'état de santé de la recourante ne nécessite plus d'autres mesures thérapeutiques que la poursuite du traitement médicamenteux (cf. rapport de la Dresse J _____ du 7 mars 2023). Le grief de la recourante quant à l'absence de motif de révision est dès lors mal fondé.

E. 3

Au vu de la stabilisation de l'état de santé, l'intimé se devait d'apprécier la capacité de travail exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée. 3.1.1 A cet égard, il sied de rappeler que la notion d'invalidité est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé

- 10 - n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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. En outre, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La

réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références). 3.1.2 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

- 11 - 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 (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).

E. 3.2

En l'occurrence, comme on l'a vu, l'intimé était en droit de procéder à l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de l'assurée au vu de la stabilisation de son état de santé. Dans ce sens, il a sollicité l'avis du médecin traitant de l'assurée, lequel a toutefois déclaré, dans son rapport du 4 septembre 2022, ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

- 12 - Cela étant, le SMR a demandé un avis interne à son spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr L _____, qui - sur la base de l'ensemble des rapports médicaux (notamment ceux postérieurs à la décision du 5 janvier 2022) et du dossier radiologique de l'assurée - a conclu qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par les troubles à la hanche droite et à la colonne lombaire, à savoir : position essentiellement assise, pas de position debout prolongée, pas de travaux lourds, pas de port de charges supérieures à 10 kg occasionnellement, marche limitée, pas d'escaliers ni d'échelle et pas de position à genoux et accroupie (cf. pièce 83). A cet égard, il est rappelé que la réalisation d'un examen personnel de l'assuré n'est pas obligatoire pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1). Le Dr L _____ a d'ailleurs expliqué qu'il disposait de suffisamment de constatations cliniques et qu'en cas d'examen, ses observations seraient identiques. De l'avis de la Cour, l'appréciation du SMR ne souffre d'aucune critique et n'est contredite par aucun avis médical contraire d'une force probante prépondérante. Notamment, dans ses rapports des 4 octobre 2022 et 23 janvier 2023, le Dr A _____ n'explique pas sur quels aspects l'avis du SMR serait erroné, ni quel élément médical objectif aurait été ignoré. Il ne conteste aucune des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, lesquelles permettent l'épargne des membres inférieurs et de la zone lombaire. Quant aux autres médecins du Service orthopédique de l'hôpital ou du K _____, aucun n'a émis d'avis sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. Contrairement à ce que celle-ci semble penser, ni le SMR ni l'intimé ne nient les troubles à la hanche et au dos. En revanche, ils estiment - et la Cour se rallie à leur opinion - qu'il n'y a pas de raisons que la recourante ne soit pas en mesure de reprendre à plein temps une activité lucrative légère pleinement adaptée à ses difficultés physiques, étant rappelé que le marché de l'emploi recouvre un éventail large d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.3 ; I 613/05 du

E. 8

janvier 2007 consid. 7 ; I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p.240). 4. Mal fondé le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 13 - 5. 5.1 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). 5.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas

alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

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