

# VS\_GERICHTE S1 23 203 vom 20. August 2024

VS Kantonsgericht, 2024-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1\\_23\\_203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_203)

FR: VS\_GERICHTE S1 23 203 du 20 août 2024

IT: VS\_GERICHTE S1 23 203 del 20 agosto 2024

## Regeste

S1 23 203 ARRÊT DU 20 AOÛT 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 \_\_\_\_\_, recourante contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 LPGA ; nouvelle demande, rente d'invalidité)

## 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 30 novembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 15 novembre précédent 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.

### 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, la nouvelle demande de prestations AI a été déposée en juillet 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

### E. 2

Le litige porte le droit de la recourante, dans le cadre d'une nouvelle demande, à une rente d'invalidité.

- 10 -

### E. 2.1

A teneur de l'article 17 alinéa 1 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 : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). 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 (art. 17 al. 2

LPGA). 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 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

- 11 - 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. 2.2**

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, 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. 54a LAI et 49 RAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 54a al. 2 LAI, 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 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (art. 54a al. 3 LAI), en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 54a al. 4 LAI). Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des

- 12 - 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 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

### **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 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 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).

### **E. 3**

Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si, depuis le dernier examen matériel du droit à des prestations, la situation médicale de la recourante s'est aggravée et lui donne le droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 3.1**

Lorsque la rente d'invalidité a été supprimée par décision du 10 octobre 2019, l'intéressée présentait des séquelles de fracture-luxation du coude droit (T92.1), des omalgies droites

chroniques (Z98.8 et M75.1) et des cervicalgies récidivantes (M50.1) ayant entraîné une discarthrose étagée et une hernie discale C5-C6. Dans la mesure où il n'existait pas de syndrome cervical douloureux et que l'épaule droite avait retrouvé une mobilité active complète, une capacité de travail de 90% (100% avec baisse de rendement de 10%) a été retenue dans une activité adaptée épargnant le dos et le membre supérieur droit (cf. examen clinique du 28 mai 2019 du Dr E \_\_\_\_\_ ; pièce OAI 161). Depuis la suppression de sa rente d'invalidité, la recourante a subi une entorse de grade 1 au genou gauche, avec déchirure complète de la plastie du LCA, nécessitant une opération le 14 octobre 2020 (pièce OAI 256, pp. 2513 et 2525). En mars 2022, en raison de plaintes douloureuses, une IRM a été réalisée et a mis en évidence différentes atteintes au niveau de son épaule droite (pièce OAI 260, p. 2706). Une IRM lombaire du 27 janvier 2022 avait également objectivé des discarthroses (pièce OAI 186). En présence d'un éventuel motif de révision au sens de l'article 17 LPGGA, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 22 juin 2022.

### **E. 3.2**

Dans le cadre de cette nouvelle demande, la recourante soutient que ses troubles au niveau de l'épaule droite et du dos s'étaient aggravés et l'empêchaient de travailler plus de quelques heures par jour.

#### **E. 3.2.1**

Au niveau lombaire, une IRM du 27 janvier 2022 a mis en évidence une discarthrose protrusive L4-L5 et une discarthrose avec une hernie discale médio- bilatérale L5-S1 allant au contact des racines S1 (cf. pièce OAI 186). Pour cette problématique, évoluant dans le cadre d'un syndrome lombo-vertébral, la recourante a été examinée à deux reprises par la Dresse I \_\_\_\_\_. Son trouble s'est stabilisé avec la physiothérapie d'équilibration musculaire mise en place par ce médecin qui a estimé qu'aucune restriction professionnelle ne découlait de la problématique lombaire (pièce OAI 202). Cet avis n'est pas remis en question par une autre pièce du dossier. Le Dr K \_\_\_\_\_ a ainsi repris son appréciation et n'a pas estimé que l'atteinte lombaire redéfinissait les limitations fonctionnelles. Quant au Dr G \_\_\_\_\_, il se contente de mentionner que sa patiente souffrait de douleurs lombaires et présentait

- 15 - des limitations du dos, sans aucunement démontrer dans quelle mesure cela l'empêcherait de reprendre le travail à un taux plus élevé que 30% (pièces OAI 199 et 212). Ses avis laconiques des 20 juillet 2022 et 24 avril 2023 sont par conséquent insuffisamment probants pour remettre en doute l'appréciation convaincante de la Dresse I \_\_\_\_\_.

#### **E. 3.2.2**

La problématique au niveau de l'épaule droite a été marquée par une récurrence d'omalgies antéro-externes suite à un accident de luge du 19 mars 2022. Une IRM du 23 mars 2022 a ainsi montré une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, une enthésopathie, des signes de capsulite et une élévation de la tête humérale avec un conflit sous-acromial (cf. pièce OAI 260, p. 2706). Ce trouble a été pris en charge par le Dr H \_\_\_\_\_. Le 11 avril 2022, il a observé une mobilité complète et symétrique de l'épaule droite. Au vu du bon fonctionnement de l'épaule, il a effectué une infiltration cortisonée à but antalgique (pièce OAI 260, p. 2716). Lors de son contrôle du 24 juin 2022, il a relevé que des douleurs persistaient malgré une mobilité complète et symétrique, que l'infiltration avait apporté une amélioration temporaire, que les exercices de renforcement musculaires

devaient se poursuivre et qu'il ne comptait pas revoir la recourante (pièce OAI 261, p. 2752). Le Dr H \_\_\_\_\_ a par conséquent attesté un arrêt de travail de 50% du 22 juin 2022 au 31 juillet suivant. A partir du 1er août 2022, il a estimé qu'une reprise complète était attendue, le pronostic étant bon (pièces OAI 201 et 260 [p. 2694]). Pour cette affection également, le Dr G \_\_\_\_\_ n'a pas démontré que sa patiente était dans l'incapacité de reprendre une activité qui épargnait son membre supérieur droit. Il a d'ailleurs confirmé qu'une reprise était attendue dès le 1er août 2022, conformément à l'avis du Dr H \_\_\_\_\_ (pièce OAI 260, p. 2712). Dans son rapport du 19 octobre 2022, il n'a pas donné d'indication supplémentaire qui justifierait de maintenir sa patiente en arrêt de travail pour ses douleurs à l'épaule droite et a, au demeurant, renvoyé à l'avis du Dr H \_\_\_\_\_ (pièce OAI 262, p. 2783). Ces éléments ont ensuite été examinés par le SMR qui a confirmé qu'une activité adaptée, à l'instar d'aide-comptable, pouvait être reprise comme attesté par le Dr H \_\_\_\_\_. Le Dr K \_\_\_\_\_ a également relevé que l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ ne reposait sur aucune consultation médicale objective et qu'il convenait de s'en écarter (pièce OAI 215). Cette appréciation du SMR, bien motivée, prend en compte les différents éléments du dossier et l'évolution des troubles de la recourante, de façon à lui reconnaître une pleine valeur probante.

- 16 -

### **E. 3.2.3**

En l'absence d'indication contraire convaincante quant à la capacité de travail de la recourante, l'OAI a correctement retenu qu'une activité adaptée pouvait être reprise à 90% (100% avec baisse de rendement de 10%) depuis le 28 mai 2019. Les incapacités de travail entraînées par l'atteinte au genou (du 25 août 2020 au 28 février 2021) et à l'épaule droite (du 19 mars 2022 au 31 juillet suivant) n'ont en outre pas été durables et ne justifiaient dès lors pas des prestations de l'AI. Du reste, la recourante ne saurait en tout cas pas se prévaloir d'une égalité dans l'illégalité avec d'autres assurés qui, selon elle, toucheraient indûment des prestations malgré leur capacité de travail. Par conséquent, le taux d'invalidité retenu à 10% n'est pas critiquable. Il s'ensuit que le recours du 30 novembre 2023, mal fondé, est rejeté et que la décision du 15 novembre 2023 est confirmée.

### **E. 4**

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

### **E. 5**

La recourante n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs à l'office intimé (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 20 août 2024.

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