

VS_GERICHTE S1 24 211 vom 24. Februar 2024

VS Kantonsgericht, 2024-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_24_211

FR: VS_GERICHTE S1 24 211 du 24 février 2024

IT: VS_GERICHTE S1 24 211 del 24 febbraio 2024

Erwägungen

E. 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 12 janvier 2024, le recours à l'encontre de la décision du 28 novembre 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des 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 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_225/2024, 8C_243/2024 du

E. 2

Le litige porte sur le début du droit à la rente d'invalidité, respectivement sur la capacité de travail exigible du recourant en octobre 2021. Le recourant soutient qu'il n'aurait jamais retrouvé sa capacité de travail depuis le mois d'octobre 2020, de sorte qu'il n'y aurait jamais eu d'interruption notable de l'incapacité de travail (art. 28 al. 1 let. LAI) et que son droit à la rente serait né le 1er octobre 2021, soit une année après le début de son incapacité de travail totale et non pas dès le 1er décembre 2022.

E. 2.1

Selon l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'article 29 alinéa 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré, et sous réserve du délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'article 29 alinéa 1 LAI s'applique également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux articles 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3).

- 8 - L'article 88a alinéa 2 RAI, relatif à la modification du droit aux prestations, prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGA) tendant à la modification (augmentation, réduction ou suppression) d'une rente précédemment allouée, ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des

conditions de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

E. 2.2

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou 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, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). 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. 2) 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. 3). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 4). Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

- 9 - opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3e éd., 2003, p. 332 note 37 ; CALATAYUD, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p. 548). Cela vaut également pour les rapports du SMR lorsque ceux-ci respectent les conditions auxquelles sont soumises les expertises faites en dehors de l'administration pour se voir conférer une valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; SVR 2009 IV no 53 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c avec les renvois). S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales

statue en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

- 10 -

E. 3.1

En l'espèce, le recourant n'apporte aucun nouvel élément médical à l'appui de son recours, qui permettrait de remettre en cause les appréciations du SMR. En outre, force est de constater que le dossier qui a servi de base aux rapports du SMR contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de ce dernier. Or, à cet égard, il appert qu'au terme du délai d'attente d'une année, soit le 26 octobre 2021, le recourant souffrait d'atteintes multiples de l'appareil locomoteur (cheville gauche, épaules, rachis cervical, neuropathie du nerf cubital gauche) ne lui permettant plus d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur. Ceci n'est aucunement contesté. Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière répétée, pas de mouvements répétitifs et brusques impliquant la nuque, pas de travail soumis aux vibrations de même qu'un travail justifiant la position statique prolongée au-delà de 30 minutes, pas de mouvements de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche principalement au-delà de l'horizontale, pas de travaux de force et minutieux comme répétitifs impliquant la main gauche et activité plutôt sédentaire excluant la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée. Ces limitations ont été clairement décrites par le Dr C _____ dans son expertise du 25 août 2021 et ont été reconnues par le SMR dans son rapport du 19 mai 2022 (page 629). Cependant, comme l'a expliqué ce dernier dans son avis du 10 août 2022, il n'existait aucune raison médicale objective de ne pas admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La baisse de capacité de 20 % retenue par le Dr C _____ n'était pas motivée et ne trouvait, en effet, aucune justification sur le plan médical. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu un revenu d'invalidé correspondant à l'exercice d'une activité adaptée (ESS niveau 1) à plein temps (moins 10% d'abattement pour activité légère ; cf. page 796). Quoi qu'il en soit, même en tenant compte d'une capacité de travail réduite de 80 % dans une activité adaptée, le taux d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI (revenu d'invalidé selon l'ESS de 65'811 fr. 11 – 20 % = 52'652 fr. 08 - revenu sans invalidité de 72'236 fr. 75 = 19'584 fr. 66 de perte de gain ou 27,11 % de taux d'invalidité), étant rappelé qu'au jour de l'expertise, l'assuré présentait une perte de gain de seulement 21 % ne donnant plus droit à l'indemnité journalière selon la décision de l'assureur perte de gain maladie du 13

septembre 2021, entrée en force.

- 11 -

E. 3.2

Par la suite, dès décembre 2021, le recourant a été mis en incapacité de travail totale en raison d'un épisode d'insuffisance cardiaque, soit une nouvelle atteinte sans relation avec les précédentes. Celle-ci a été traitée par le Dr E _____ avec une amélioration/stabilisation dès mars 2022. Cependant, l'apparition de ce nouveau problème de santé, ajouté aux autres événements survenus dans la vie personnelle de l'assuré (détention du fils, décès du père en janvier 2022), a eu un impact significatif sur l'état de santé psychique de ce dernier et a nécessité dès mars 2022 la mise en place d'un suivi psychothérapeutique auprès du Dr H _____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère. C'est en raison de ces nouvelles affections (cardiologique et psychiatrique), sans lien avec les troubles de l'appareil locomoteur déjà existants, que le SMR a admis une nouvelle incapacité de travail totale dès décembre 2021, ouvrant un nouveau délai d'attente d'une année. A son terme, le SMR n'a pas observé d'amélioration de l'épisode dépressif sévère et a conclu à une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès décembre 2021 (page 786). Dans cette situation où l'aggravation n'est pas de même origine que l'incapacité de travail attestée précédemment, le délai d'attente ne peut pas être déduit (cf. art. 29bis RAI). C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fixé le début du droit à la rente entière d'invalidité au 1er décembre 2022.

E. 4

Mal fondé le recours est rejeté et la décision entreprise est confirmée.

E. 5

Le recourant, qui succombe, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al.1bis LAI). 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.