

# **VS\_GERICHTE S1 14 86 vom 12. Juni 2015**

VS Kantonsgericht, 2015-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 14 86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_14_86)

FR: VS\_GERICHTE S1 14 86 du 12 juin 2015

IT: VS\_GERICHTE S1 14 86 del 12 giugno 2015

## **Regeste**

S1 14 86 / S1 14 202 JUGEMENT DU 12 JUIN 2015 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ; Candido Prada, greffier en la cause X\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître M\_\_\_\_\_ contre Office cantonal AI du Valais, intimé (art. 17, 18 et 28 LAI ; taux d'invalidité, valeur probante des rapports médicaux et conditions objectives et subjectives permettant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle [reclassement et aide au placement])

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément. Remis à la poste les 28 avril 2014 et 17 septembre suivant, les deux recours dirigés respectivement contre les décisions datées du 10 mars 2014 (refus de reclassement professionnel et refus d'une aide au placement [S1 14 86]) et du 14 août 2014 (octroi d'une rente limitée dans le temps [S1 14 202]) ont été interjetés, compte tenu des fêtes judiciaires, dans le délai légal de 30 jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

### **E. 2**

En vertu de l'article 61 in initio LPGA en lien avec l'article 80 alinéa 1 lettre d de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), lequel renvoie aux articles 56 alinéa 1 et 11b alinéa 1 LPJA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (ATF 131 V 59 consid. 1, 128 V 126 consid. 1). Cette jonction s'impose également afin de simplifier les procédures (arrêt 2C\_71/2009 et 2C\_73/2009 du 10 juin 2009 considérant 1 et la référence). En l'occurrence, les causes (S1 14 86) et (S1 14 202) opposent les mêmes parties et se rapportent à un même complexe de faits, si bien qu'il y a lieu d'ordonner leur jonction, conformément à la requête formulée par le recourant dans son second recours du 17 septembre 2014.

### **E. 3**

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à obtenir une rente d'invalidité non limitée dans le temps en raison d'un état de santé défaillant réduisant fortement sa capacité de travail et qui n'aurait pas été relevé au cours de l'instruction médicale

- 12 - qualifiée de lacunaire. Il a également trait au droit du recourant de prétendre légitimement ou pas à un reclassement professionnel ainsi qu'à une aide au placement.

#### **E. 4**

La décision du 14 août 2014 expose correctement les dispositions légales relatives à la notion d'invalidité, de sorte qu'il peut y être renvoyé. 5.1 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'office de l'assurance-invalidité (OAI), les expertises de médecins indépendants de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997 318 consid. 3b ; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 5.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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, ce qui est déterminant est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et qu'enfin les conclusions de l'expert soient dûment 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

- 13 - bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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, 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et 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 qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a). 5.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 6.1 En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a fait l'objet de nombreuses investigations médicales. Le Dr E\_\_\_\_\_, tout d'abord, constatant une discordance entre les plaintes de son patient et la trophicité de son épaule droite, l'a adressé à la CRR (rapport du 23 mai 2011). Puis le Dr F\_\_\_\_\_, faisant également état dans

- 14 - son rapport des discordances susmentionnées et d'un processus d'invalidation entamé constatés par d'autres spécialistes ou médecins lors du séjour à la CRR, a dirigé l'intéressé vers le Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 18 août 2011). Ce dernier, sans se prononcer sur la capacité de travail, a suggéré une troisième intervention sur l'épaule droite en cas d'échec des infiltrations (rapport du 22 août 2011). Concernant les douleurs au niveau des cervicales, l'intéressé a été examiné par les Drs K\_\_\_\_\_ (rapport du 24 septembre 2012), L\_\_\_\_\_ (rapport du 8 novembre 2012), N\_\_\_\_\_ (rapport du 14 janvier 2013) et O\_\_\_\_\_ (rapports des 22 avril et 30 décembre 2013), qui ont tous confirmé (ou du moins pas exclu) qu'il était apte à exercer une activité adaptée (sans tâche avec le bras droit au-dessus de l'horizontal ou de port de charge supérieur à 5 kg). C'est sur la base de l'ensemble des rapports des médecins susnommés, clairs et convaincants, que le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que le recourant était apte à fournir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, on rappellera qu'un examen personnel de l'intéressé par le SMR n'était pas indispensable dans la mesure où son dossier contient suffisamment d'appréciations médicales fondées elles sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346). En outre, comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée - résultant d'une atteinte à la santé assurée - des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'article 8 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant

- 15 - totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Ainsi, la critique du recourant selon laquelle le SMR aurait simplement calqué son avis médical sur celui des médecins d'arrondissement de la CNA et de ceux de la CRR ne résiste pas à l'examen puisque le Dr P \_\_\_\_\_ a notamment tenu compte dans son rapport du 24 janvier 2014 des cervicalgies d'origine non traumatique (et donc pas couvertes par la CNA). Le fait qu'il ne les ait pas désignées, tout comme le Dr O \_\_\_\_\_, d'invalidantes, ne signifie nullement que l'instruction médicale du dossier puisse, du point de vue de l'assurance-invalidité, être qualifiée de lacunaire. La Cour de céans retient donc que le rapport du SMR, basé sur de nombreuses appréciations médicales, est clair, non contradictoire et complet, et que le recourant n'a soulevé aucun élément médical objectif permettant d'en douter, de sorte qu'il faut reconnaître au rapport du SMR une pleine valeur probante. 6.2 Concernant l'autre grief du recourant selon lequel les Drs B \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ n'admettent que leur patient ne serait apte à travailler que si des mesures de reclassement professionnel dans une activité adaptée sont entreprises, il doit être rejeté. En effet, on rappellera qu'un reclassement professionnel ne peut être prescrit et octroyé par la simple volonté d'un médecin, mais sur la base de critères légaux et jurisprudentiels. La tâche du médecin dans l'évaluation de l'invalidité consiste uniquement à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler et à déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger d'elle (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1). En revanche, c'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier des caractéristiques physiques et psychiques de l'assuré ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a et ATF 109 V 25). 6.3 Eu égard à ce qui précède, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire telle que requise par le recourant. On rappellera en effet qu'il est de jurisprudence constante que, 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 de chercher d'autres preuves (appréciation

- 16 - anticipée des preuves; Alfred Kölz / Isabelle Häner / Martin Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e éd., Zurich 2013, p. 52 n° 153 ; Gustavo Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63; cf. aussi ATF 122 III 219 consid. 3b et c, ATF 120 Ib 229 consid. 2b ; ATF 119 II 117 consid. 4c ; ATF 119 V 344 consid. 3c avec les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst : ATF 122 V 162 consid. 1d ; RAMA 1985 p. 238 consid. 2d ; arrêt 8C\_964/2012 du 16 septembre 2013). 6.4 Considérant que le recourant est du point de vue médico-théorique pleinement apte à exercer une activité adaptée à son état de santé à partir du 14 janvier 2013 (rapport 24 janvier 2014 du Dr P \_\_\_\_\_) et qu'il n'a pas contesté le calcul de son degré d'invalidité déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité, il y a lieu de confirmer le taux d'invalidité de 23% retenu par l'intimé soit un pourcentage n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

## **E. 7**

Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

### **E. 7.1**

Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI). Pour prétendre à un reclassement, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes (OFAS, Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, dans son état au 1er janvier 2015, chiffre 4010) : - la personne assurée doit présenter une invalidité imminente ou déjà survenue qui l'empêche d'exercer sa profession antérieure ou de poursuivre l'activité lucrative qu'elle exerçait ou le travail qu'elle effectuait dans son domaine d'activités ; - la personne assurée doit être susceptible de réadaptation, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle ; et - la formation doit être adaptée au handicap et correspondre aux capacités de l'assuré. Elle doit être simple, adéquate et procurer une capacité de gain approximativement équivalente à celle de l'activité antérieure (Les frais d'une

- 17 - formation qui n'offre aucune perspective d'une future mise en valeur économique du travail ne sont pas pris en charge). Ainsi, il y a droit au reclassement lorsque l'atteinte à la santé a des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'elle aurait pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une perte de gain d'au moins 20% environ ouvre en principe le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références, ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). En outre, la reconnaissance d'une telle mesure présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'OAI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 111 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, en particulier parce qu'il n'a pas la volonté nécessaire de se réadapter, l'OAI peut refuser de mettre en œuvre une telle mesure. Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêts I 388/06 du 25 avril 2007 consid.

### **E. 7.2**

En l'espèce, force est de constater que si le recourant remplit à l'évidence les conditions objectives tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20%), en revanche il ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, le recourant a, lors de son stage aux ateliers professionnels de la CRR (de fin juin 2011 à mi-juillet 2011) fait preuve d'un comportement désintéressé, les conseillers en réadaptation précisant qu'il manquait de motivation (comportement fluctuant, absence d'initiative et d'investissement dans les activités proposées, absence de

- 18 - projection dans le champ professionnel) pour prétendre décrocher une place de travail. En outre, le conseiller en réadaptation OAI a noté dans son rapport du 23 octobre 2013, que le recourant n'adhérait pas à la mise en place de mesures professionnelles (ce que ce dernier contestera bien plus tard dans son recours), qu'il avait déclaré ne pas vouloir mettre en œuvre sa capacité de travail tant que son litige avec la CNA n'était pas réglé et indiqué qu'en raison de ses douleurs il ne pourrait pas travailler normalement même dans une activité adaptée (procès-verbal d'entretien du 1er mars 2013 à l'Office AI en présence des gestionnaires CNA et OAI). En outre, compte tenu de sa formation relativement floue et non vérifiable en l'absence de justification des diplômes ou certificats obtenus (baccalauréat ou maturité fédérale, attestation relative aux deux années d'étude pédagogique et à la formation théorique suivie dans le domaine de la construction puis de la peinture en bâtiment), de ses lacunes linguistiques au niveau du français écrit et de l'absence de connaissance informatique, la Cour de céans peut conformément à la vraisemblance prépondérante, se rallier à l'avis de l'intimé selon lequel le recourant n'est pas en état de suivre avec succès une formation de type CFC ou AFP. Au surplus, on relèvera, comme indiqué par l'intimé, que la majeure partie des postes de travail pouvant entrer en ligne de compte (employé contrôle qualité, coursier, opérateur sur une machine outils, ouvrier dans l'industrie légère, employé à l'assemblage de pièces dans le secteur de l'horlogerie...) ne nécessite pas de formation particulière (rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013). Au vu de l'ensemble des éléments précités, c'est en vain que le recourant demande à être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. Son recours doit également être rejeté sur ce point. 8.1 Aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'OAI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4e révision de la LAI (ATF 116 V 80 consid. 6;

- 19 - arrêt I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, I 170/06 du 26 février 2007 et 9C\_879/2008 du 21 janvier 2009 et les références). A notamment droit au service de placement au sens de l'article 18 alinéa 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'article 18 alinéa 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité,

tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c ; CMRP chiffre 5005). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'article 18 LAI avait une teneur différente, mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt 9C\_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2). 8.2 La Cour de céans constate que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi résultent de manière prépondérante de son aptitude au placement - refus catégorique d'y recourir (rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013), de ses difficultés linguistiques au niveau de l'écrit, de son manque de formation et de sa motivation défailante - que de ses limitations au niveau de l'épaule droite. Dans ces circonstances, l'Office AI n'a pas à répondre de ces difficultés et c'est à juste titre qu'il a refusé de lui octroyer une aide au placement (arrêt 9C\_783/2012 du 11 avril 2013 consid. 3.4 ; CMRP chiffre 5005).

## **E. 9**

Mal fondés, les recours sont rejetés et les décisions des 10 mars 2014 et 14 août 2014 confirmées.

- 20 - Les frais de justice, fixés principalement au regard du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 800 francs, sont mis à la charge du recourant et compensés avec les deux avances déposées (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Les causes (S1 14 86) et (S1 14 202) sont jointes. 2. Les recours sont rejetés. 3. Les frais par 800 francs sont mis à la charge de X\_\_\_\_\_.

Sion, le 12 juin 2015

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