

VS_GERICHTE S1 20 46 vom 6. Februar 2023

VS Kantonsgericht, 2023-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_46

FR: VS_GERICHTE S1 20 46 du 6 février 2023

IT: VS_GERICHTE S1 20 46 del 6 febbraio 2023

Regeste

S1 20 46 JUGEMENT DU 6 FÉVRIER 2023 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 _____, recourant, représenté par Procap Suisse, 2502 Biel/Bienne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 17 LPGGA ; nouvelle demande, valeur probante de l'avis du SMR)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI, dans le cadre d'une procédure de révision (nouvelle demande). Plus particulièrement, est remise en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel l'OAI s'est fondé pour refuser tout droit du recourant à des prestations.

- 8 -

E. 2.1

A teneur de l'article 17 LPGGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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. 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 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 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).

E. 2.2

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec

- 9 - le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM- V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). En particulier, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM- 10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2 ; 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (arrêts 9C_701/2020 précité consid. 4.1 et 9C_808/2019 du 18

août 2020 consid. 5.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée

- 10 - qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 2.4

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-ci 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 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 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. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, 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

E. 2.5

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 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

- 12 - – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 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 pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend 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 U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 2.6

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités). 3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision du 1er juin 2017 reposant sur un examen

- 13 - complet du droit à des prestations et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 17 février 2020. 3.1. Lors de la décision du 1er juin 2017, dans laquelle l'OAI a nié tout droit du recourant à des prestations AI, celui-ci se plaignait de douleurs aux cervicales irradiant dans le bras droit, de maux de tête et de fourmillements dans les extrémités depuis son accident de voiture du 6 mars 2015 (pièce OAI 17). Sur le plan physique, le Dr F _____ avait indiqué n'avoir plus examiné l'intéressé depuis le

mois de décembre 2015 et donc qu'une activité pouvait être exercée par ce dernier sans limitation physique telle que cela avait été retenu par la CRR (cf. rapport du 23 mai 2016 ; pièce OAI 26). Selon le Dr D _____, l'accident de la circulation et une séparation d'avec sa compagne avaient conduit à un effondrement psychique de son patient, provoquant un état de stress post traumatique (F43.1 ; PTSD), un trouble mixte de la personnalité avec des éléments dépendants (F61.0) et de type borderline (F60.31). Ce médecin traitant avait alors évalué la capacité de travail de son patient comme nulle dans toute activité, puis à 50% dès le 16 décembre 2016 (cf. rapports des 16 juin 2016 et 16 décembre 2016 ; pièces OAI 28 et 44). Reprenant les conclusions du consilium psychiatrique du 18 janvier 2016 réalisé à la CRR, le SMR avait cependant estimé qu'il n'existait aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et que l'avis du psychiatre traitant était insuffisant pour retenir le contraire (cf. avis médical interne du 22 mars 2017 ; pièce OAI 52). A l'appui de sa nouvelle demande du 12 août 2019, le recourant a indiqué avoir subi un nouvel accident de la circulation le 22 septembre 2018 exacerbant ses douleurs présentes depuis le 6 mars 2015 (pièce OAI 61). Une consultation mensuelle s'était instaurée auprès du Dr C _____, lequel avait diagnostiqué une multiplicité de symptômes invalidants, dont des céphalées, vertiges et rachialgies (cf. rapports des 20 février, 20 mars, 3 juin, 24 juillet, 6 octobre et 17 octobre 2019 ; pièce OAI 76). Un examen auprès du Dr I _____ avait également mis en évidence une polyarthralgie dans le cadre d'une fibromyalgie et un déconditionnement physique et psychique (cf. rapport du 17 avril 2019 ; pièce OAI 76, p. 260). Des indices d'un trouble somatoforme douloureux avaient encore été observés lors d'un séjour à la Clinique bernoise de Montana du 21 octobre 2019 au 2 novembre suivant (cf. pièce OAI 80). Enfin, le Dr D _____ avait mentionné que la problématique psychique s'était péjorée (cf. rapport du 28 août 2019 ; pièce OAI 65).

- 14 - Ces différents éléments ont constitué un possible motif de révision du droit à des prestations AI selon l'article 17 LPGA, raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur la demande du recourant. Après avoir obtenu l'avis du SMR (cf. pièce OAI 86), l'OAI a cependant nié tout droit du recourant à des prestations AI, au motif qu'aucune aggravation objective, significative et durable de son état de santé n'avait été démontrée. 3.2. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante intrinsèque de l'avis du Dr H _____ du 31 décembre 2019 (pièce OAI 86) sur lequel l'OAI s'est basé pour rejeter tout droit du recourant à des prestations AI. Le SMR a rendu son appréciation en se fondant sur une analyse des documents médicaux versés au dossier sans procéder personnellement à des observations cliniques (au sens de l'art. 59 al. 2bis aLAI et 49 al. 1 RAI). Il convient dès lors d'examiner objectivement tous les documents à disposition afin de pouvoir décider s'ils permettent de porter un jugement valable (arrêts 9C_542/2011 précité et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Le recourant soutient en particulier que les troubles engendrés par son nouvel accident de septembre 2018 n'ont pas été pris en considération et que le SMR a sans raison écarté tout caractère invalidant à ses troubles non organiques. 3.2.1. Il est en premier lieu noté que les différentes plaintes douloureuses n'ont pas trouvé d'explications objectives dans les examens effectués depuis l'aggravation rapportée par le recourant. Les IRM (cérébrale et cervico-dorsale) pratiquées le 7 mars 2019 n'ont ainsi pas permis d'apporter une explication franche à la symptomatologie alléguée, en particulier aux fourmillements, troubles de l'équilibre et de la mémoire, ainsi qu'aux céphalées (pièce OAI 76, pp. 249 et 251). L'examen neuropsychologique du

août 2018 n'a non plus pas mis en évidence de limitation objective (pièce OAI 70). 3.2.2. Pour rappel (cf. consid. 2.3), une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). En l'occurrence, sur le plan rhumatologique, le diagnostic de fibromyalgie a clairement été posé par le Dr I _____ dans son rapport du 17 avril 2019 (pièce OAI 76). Sur le plan psychique, le Dr D _____ s'est prononcé le 28 août 2019 et a fait état d'une

- 15 - péjoration marquée des douleurs sans pour autant retenir le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux (pièce OAI 65). A noter que, le 30 septembre 2015, ce psychiatre avait observé des symptômes qui risquaient d'évoluer vers une fibromyalgie (pièce OAI 109, p. 531). Les spécialistes de la Clinique bernoise de Montana ont, quant à eux, suspecté un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) après avoir observés plusieurs symptômes le suggérant (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, troubles de l'équilibre depuis l'accident du 22 septembre 2018). Bien que le Dr J _____ de cette clinique ne soit pas un psychiatre, sa spécialisation en psychosomatique lui donnait toute compétence pour constater une pathologie psychosomatique, telle la fibromyalgie (arrêt 9C_701/2020 précité consid. 4.1). Sur le plan neurologique, le Dr C _____ a également fait état de céphalées, vertiges, rachialgies, troubles de la mémoire, douleurs multifocales chroniques, paresthésies. A son avis, ces troubles étaient extrêmement invalidants et empêchaient le recourant de reprendre une activité professionnelle (pièce OAI 76). Les rapports de ces spécialistes ont été établis conformément aux critères jurisprudentielles afin de leur reconnaître une valeur probante entière et aucun indice ne justifie de s'en écarter. Certes, le recourant souffrait déjà de troubles similaires lors de sa première demande de prestations (douleurs multifocales multiples, sténose du canal médullaire cervical, hypersensibilité et irritabilité, angoisses, troubles du sommeil et de la concentration, fourmillements ; le Dr D _____ estimait en septembre 2015 que la symptomatologie risquait d'évoluer vers un syndrome de fibromyalgie) et des facteurs psychosociaux avaient à ce moment-là été mis en avant pour justifier la gravité de la symptomatologie. Il n'en demeure pas moins que plusieurs spécialistes ont à présent clairement diagnostiqué une fibromyalgie, respectivement un trouble somatoforme douloureux, et que le recourant a été victime d'un nouvel accident en septembre 2018. Par ailleurs, en présence d'une fibromyalgie, la cohérence des plaintes et la présence de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité doivent être examinés dans le cadre de la procédure probatoire structurée (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281 ; arrêt 9C_701/2020 précité consid. 4.1), et plus particulièrement lors de l'examen de la catégorie B « cohérence », ce qui n'a pas été fait par l'intimé. En l'absence d'une évaluation globale interdisciplinaire et actualisée de la situation médicale, l'on ne peut à ce stade de l'examen retenir aucune conséquence des facteurs psychosociaux sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Ceux-ci devront être pris en considération dans le cadre de l'évaluation structurée qu'il appartiendra, le cas échéant, à l'intimé de réaliser.

- 16 - Ces différents éléments objectifs sont suffisants pour mettre en doute la pleine capacité de travail qui avait été reconnue au recourant par décision du 1er juin 2017 et

auraient ainsi dû conduire à des investigations complémentaires de la part du SMR afin d'évaluer le caractère invalidant des troubles. En particulier, le volet psychique n'a pas été investigué à satisfaction par le Dr H _____, au regard de la jurisprudence exigeant le concours d'un psychiatre quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles du recourant étaient susceptibles d'entraîner. Cela était d'autant plus nécessaire que différents spécialistes ont observés des facteurs psychosomatiques, lesquels ont une influence décisive sur le développement de la fibromyalgie et son caractère invalidant (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). 3.2.3. Confronté à ces éléments et en particulier au rapport du 28 août 2019 du Dr D _____ faisant état d'une péjoration marquée de la symptomatologie psychique (pièce OAI 65), l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de pouvoir se prononcer valablement sur les diagnostics effectivement présentés par le recourant et leur influence sur sa capacité de travail résiduelle. L'avis du SMR, rendu par un médecin généraliste et se limitant à écarter les avis de ses confrères en se basant sur une situation évaluée en décembre 2015 par la CRR (s'agissant du volet psychiatrique ; pièce OAI 109, pp. 418 à 420), apparaît en l'espèce manifestement insuffisant au regard de la jurisprudence afin de pouvoir statuer à satisfaction de droit sur l'existence et le caractère invalidant de la fibromyalgie, respectivement d'un trouble somatoforme douloureux, du recourant. 3.3. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si le recourant présentait ou non un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Il se justifie par conséquent de renvoyer l'affaire à l'intimé, dans la mesure où des points n'ayant pas été examinés doivent encore être tranchés en raison d'une instruction médicale insuffisante et où des doutes subsistent quant à l'existence et au caractère invalidant de la fibromyalgie et donc de la capacité de travail résiduelle du recourant (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Si le diagnostic de fibromyalgie devait être confirmé par les experts, il leur reviendra en outre d'examiner la situation du recourant à l'aune de la grille d'évaluation normative et structurée afin d'apprécier le caractère invalidant de cette douleur diffuse non organique (arrêt 9C_492/2014 du

- 17 - 3 juin 2015, devenu l'ATF 141 V 281 ; arrêts 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2). Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 17 février 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) indépendante, puis rende une nouvelle décision. 4.1. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA, art. 83 LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). 4.2. Eu égard à l'issue de la cause, X _____ a obtenu gain de cause. Les frais de procédure arrêtés au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI), l'avance d'un montant équivalent versée par le recourant lui étant restituée par le Tribunal. 5.1. Aux

termes des articles 61 lettre g LPGa et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige, dans la fourchette de 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar).

L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b). Selon la jurisprudence fédérale, une partie représentée par un avocat d'une assurance de protection juridique ou d'une association a également droit à une indemnité pour ses dépens (ATF 126 V 11 consid. 2 et 122 V 278, Pratique VSI 1997 p. 33). Il a toutefois été retenu qu'une indemnisation distincte d'avocats employés auprès d'associations, d'une part, et d'avocats exerçant leur métier en profession libérale, d'autre part, n'était pas arbitraire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 26 février 1999 paru in SVR 1999 IV Nr. 28). Dans une cause de droit public, le Tribunal fédéral a également jugé qu'il n'était pas arbitraire de traiter différemment le statut d'avocat indépendant de celui

- 18 - d'avocat employé par une assurance de protection juridique. A titre de motivation, il a notamment estimé que ce dernier profitait de l'infrastructure de l'assurance et de la possibilité de celle-ci de faire de la publicité, qu'il était dédommagé de manière appropriée pour son travail et que la société recevait pour ses prestations des primes des assurés (ATF 120 Ia 169). 5.2. En l'occurrence, le mandataire du recourant, employé de l'association Procap Suisse, a rédigé un recours motivé de huit pages et a produit quatre courriers complémentaires. Il a également remis un décompte de ses honoraires, d'un montant total de 2595 fr. 65 basé sur une durée de travail de 8 h 20. Partant, au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocat du recourant, de la complexité moyenne de l'affaire et de l'ampleur du dossier, la Cour estime que la durée annoncée dans le décompte d'honoraire est trop élevée, s'agissant de certaines opérations (dont en particulier des lettres au client, la rédaction du complément du recours et de la réplique), et fixe ainsi des dépens réduits à charge de l'intimé à un montant arrondi de 1200 francs, débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar). Prononce

1. Le recours est admis. La décision du 17 février 2020 est annulée et le dossier est renvoyé à l'Office cantonal AI du Valais pour instruction médicale complémentaire dans le sens du considérant 3. 2. L'Office cantonal AI du Valais versera à X _____ une indemnité de 1200 francs pour ses dépens. 3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 6 février 2023.

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