

VS_GERICHTE S1 21 162 vom 6. Februar 2023

VS Kantonsgericht, 2023-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_162

FR: VS_GERICHTE S1 21 162 du 6 février 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 162 del 6 febbraio 2023

Regeste

S1 21 162 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 Maître Guillaume Grand, avocat, 1950 Sion 2 Nord contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (refus de prestations AI, valeur probante de l'avis du SMR)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI. Plus particulièrement, ce dernier remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel s'est basé l'OAI pour retenir qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 2.1

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 - 10 - 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec 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. 2.2

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).

E. 2.3

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 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. 2.4

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 – 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).

- 12 - 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). 3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles allégués par le recourant l'empêchaient d'exercer toute activité au-delà du 7 novembre 2018 (date de l'examen de l'expertise bidisciplinaire). Pour refuser tout droit à des prestations AI, l'intimé a repris les conclusions du SMR. Selon le recourant, le Dr K _____ n'aurait fondé son opinion que sur les expertises de 2018 et n'aurait pas pris en considération les récentes modifications de son état de santé. Il convient dans cette mesure d'examiner si la valeur probante intrinsèque de l'avis du SMR permettait à l'OAI de rendre un jugement valable sur la capacité de travail du recourant. Dans ses rapports finaux des 31 juillet 2020 et 5 février 2021, le Dr K _____ a repris successivement les nouvelles pièces médicales produites par le recourant et s'est expressément positionné quant aux conclusions contenues dans celles-ci. L'on ne saurait dès lors lui faire grief de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des avis médicaux du dossier. Cette manière de faire n'appelle au demeurant aucune critique, dans la mesure où le système légal prévoit une possibilité pour le SMR de fonder son appréciation exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier

- 13 - (art. 59 alinéa 2bis aLAI et 49 al. 1 RAI), sans qu'il doive procéder personnellement à un examen médical direct de l'assuré lorsque la situation est pour l'essentiel établie (arrêts 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3). 3.1. Sur le plan somatique, il convient de confirmer l'analyse du SMR consistant à dire qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée. En effet, l'on observe que les plaintes du recourant concernent des douleurs dégénératives évoluant depuis plusieurs années et qu'aucun évènement particulier n'est survenu et permettrait d'expliquer pourquoi ces troubles seraient à présent invalidants. En particulier, lors de son examen clinique du 27 octobre 2020, la Dresse L _____ a repris les différents troubles qui avaient déjà été diagnostiqués dans le rapport d'expertise du 13 novembre 2018 du Dr H _____ (cervicalgies et lombalgies), auxquels elle a ajouté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Elle n'a cependant aucunement indiqué que ces affections diminuaient la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (cf. rapport du 27 octobre 2020 ; pièce OAI 264). A l'examen de l'avis de la Dresse J _____, l'on ne discerne ensuite pas d'élément nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte par l'expert. La capacité de travail réduite de 50% ne trouve ainsi aucune explication objective au vu du dossier. L'on note en particulier que ce médecin traitant avait d'abord attesté cette incapacité de travail uniquement pour le stage qu'effectuait l'assuré dans un emploi de petite mécanique, en

précisant qu'une autre formation devait lui être proposée, puis qu'elle avait ensuite étendu cela à toute activité au motif que les douleurs augmenteraient avec n'importe quelle activité. La Dresse J _____ a cependant limité son traitement à la prise d'antalgiques, sans proposer une solution plus intrusive à l'instar d'infiltrations ou d'une intervention chirurgicale (cf. attestation médicale du 30 janvier 2020 et rapport du 16 mars suivant ; pièces OAI 214 et 233). Cela étant, son avis semble se baser principalement sur les plaintes subjectives de son patient et il est manifestement influencé par le rapport particulier qui la lie à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc s'agissant de la valeur probante des avis des médecins traitants). Il apparaît dès lors que l'on est en présence de troubles identiques à ceux qui avaient déjà été observés lors de l'expertise de novembre 2018, lesquels ne justifiaient pas une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, bien que l'intéressé évaluait déjà ses douleurs comme très intenses à cette époque (allant jusqu'à 8/10), le dossier et l'examen clinique n'avaient pas permis de les objectiver. Au contraire, aucun critère de gravité des atteintes dégénératives n'avait pu être retenu et une bonne

- 14 - conservation de la force avec une absence de signes radiculaires irritatifs avaient été observées. L'expert avait également relevé que la problématique d'infection au VIH et à l'hépatite B était traitée et sous contrôle (cf. p. 10 de l'expertise du 13 novembre 2018 ; pièce OAI 149). Il n'existe aucune raison de remettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr H _____, lequel a rendu un rapport circonstancié, tenant compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant et sur la base de constatations objectives bien motivées. L'expert n'avait d'ailleurs aucune raison de prendre contact avec les médecins traitants de l'époque, dans la mesure où il connaissait déjà amplement leur avis par le biais des rapports figurant au dossier et sur lesquels il a fondé son appréciation (cf. p. 2 de l'expertise du 13 novembre 2018 ; pièce OAI 149). Le recourant estime également à tort qu'une « analyse globale de la situation médicale » n'aurait pas été opérée par les experts, puisque le Dr H _____ a justement rendu ses conclusions au niveau somatique en tenant compte de celles de son confrère psychiatre (cf. p. 10 de l'expertise ; pièce OAI 149). Dans ces conditions, n'émettant aucune critique ciblée et n'apportant aucun élément médical nouveau, le recourant ne fournit pas d'indices suffisants qui permettraient de remettre en doute les conclusions de l'expertise du 7 novembre 2018. Par ailleurs, depuis la mise en place d'une prothèse à la hanche droite, la situation s'est favorablement développée, de sorte que seul un traitement conservateur a été maintenu sous la forme de séances de physiothérapie. Dans son rapport du 30 novembre 2020, le Dr M _____ indiquait dès lors qu'il n'existait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée et qu'un contrôle ne serait effectué qu'après une année. L'on peut par ailleurs partir du principe que les douleurs à la hanche droite avaient disparu, dans la mesure où un traitement antalgique n'était plus prescrit (cf. rapports des 26 octobre 2020 et 30 novembre suivant ; pièces OAI 266 et 269). L'on note dans ces circonstances qu'une explication objective aux douleurs alléguées n'a pas pu être apportée par les différents intervenants. En particulier, l'examen neurologique effectué auprès du Dr E _____ le 21 juin 2018 n'a pas mis en évidence de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, mais uniquement une légère irritation des branches de C4. Ce médecin attribuait dès lors les douleurs aux atteintes dégénératives. L'on relève au passage que le Dr E _____ mentionnait déjà des douleurs s'étendant jusque dans les épaules depuis 2017, relativisant par conséquent le caractère nouveau de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée par la Dresse J _____ (cf. pièce OAI 130, p. 235). En l'absence d'autre pièce au dossier, force est d'admettre qu'une

composante neurologique comme cause des douleurs a par la suite été exclue.

- 15 - A l'inverse, différents intervenants ont fait état de causes extra-médicales comme ayant une influence sur l'évolution de la symptomatologie algique (conflits professionnels, échec de la mesure de réinsertion, difficulté à faire le deuil de sa profession de danseur, âge, décision de l'OAI, inactivité professionnelle de deux ans ; cf. rapports du 25 mai 2020 du Dr F _____, du 27 octobre 2020 de la Dresse L _____ et du 30 novembre 2020 du Dr M _____ ; pièces OAI 247, 264 et 266). Il appert ainsi que les plaintes douloureuses du recourant ne peuvent pas s'expliquer pour un motif médical objectif, mais qu'elles sont au contraire influencées par des facteurs psychosociaux ou socioculturels, lesquels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêts 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.5 ; 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 et 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 avec les références). 3.2. Au niveau psychique, le SMR a repris les conclusions de l'expertise du 7 novembre 2018 pour retenir qu'aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'existait. Selon le recourant, l'OAI aurait au contraire dû retenir les rapports plus récents de son psychiatre traitant afin de se faire une idée actuelle de son état de santé psychique. Le recourant perd cependant de vue que le suivi psychiatrique auprès du Dr F _____ durait depuis 2006 et qu'en date du 20 août 2018, soit avant l'expertise de la Dresse G _____ du 7 novembre 2018, ce psychiatre traitant avait déjà fait état des différents diagnostics (trouble dépressif récurrent, F33.9, et trouble mixte de la personnalité, F61.0). L'on se trouve dès lors manifestement dans une situation similaire à celle qui prévalait déjà au moment de l'expertise, lorsque le Dr F _____ estimait que son patient était arrivé aux limites de ses capacités d'adaptation (cf. rapport du 20 août 2018 ; pièce OAI 133). Dans son rapport du 25 mai 2020, il a indiqué que le trouble dépressif récurrent avait été réactivé en mars 2018 par une situation professionnelle conflictuelle et n'a ainsi fait état d'aucune nouvelle décompensation. Au contraire, il a précisé que le traitement anxiolytique avait pu être arrêté et que l'état de santé de son patient s'était amélioré. L'on note par ailleurs que le Dr F _____ avait considéré qu'une reprise d'activité avait été bénéfique pour son patient sur le plan psychique (cf. note d'entretien téléphonique du 9 janvier 2020 ; pièce OAI 209). Il a ensuite évoqué des difficultés de concentration, de mémorisation et d'attention sans cependant avoir procédé à des examens cognitifs et semble s'être exclusivement basé sur le rapport final du 1er avril 2020 de l'Orif, qui n'a aucune compétence médicale, pour arrêter ces constatations. Son examen clinique ne contient en effet aucune remarque à ce sujet (cf. point 2.4 du rapport du 25 mai 2020 ; pièce OAI 247).

- 16 - En l'absence de nouvel élément objectif depuis l'expertise du 7 novembre 2018, l'OAI pouvait avec raison considérer qu'aucune aggravation de l'état psychique ne s'était produite. Cela étant, il convient également d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise de la Dresse G _____, laquelle a expliqué d'une manière entièrement probante pour quelles raisons il convenait de s'écarter des diagnostics du Dr F _____ et ne retenir aucune limitation psychique. Son examen clinique n'a ainsi révélé aucun symptôme significatif – avec en particulier une attention, une concentration et une mémoire dans les normes – et l'évaluation de la dépression avait débouché sur un score largement inférieur au seuil de la dépression légère. L'experte a également évoqué des raisons extra-médicales (licenciement, âge) et indiqué que l'intéressé avait su conserver de nombreuses ressources (cf. expertise du 7 novembre 2018 ; pièce OAI 152). Le simple avis divergent du médecin traitant du recourant n'est partant pas suffisant pour remettre en cause

les conclusions de l'expertise psychiatrique et il n'existe en l'occurrence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par la Dresse G _____ et qui serait suffisamment pertinent pour mettre en cause ses conclusions (arrêt 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2 et les références). Étant donné qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée par cette spécialiste en psychiatrie, il n'était pas nécessaire de procéder à une évaluation selon la procédure probatoire structurée définie à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 ; arrêt 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3). Par ailleurs, le simple fait que le recourant maintienne son suivi psychiatrique n'est pas suffisant pour qu'une analyse selon la grille d'évaluation normative et structurée soit ordonnée (arrêt 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.2). 3.3. Attendu des éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute les conclusions prises par le SMR quant à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée depuis le 7 novembre 2018 (date de l'expertise psychiatrique). Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner une autre mesure d'instruction, à l'instar d'une expertise pluridisciplinaire comme souhaitée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). 3.4. Le recourant conclu à une demi-rente d'invalidité et à l'octroi d'une mesure de reclassement ainsi que d'une aide au placement. Il se limite cependant à contester sa capacité de travail sans émettre la moindre critique à l'égard de la détermination de son taux d'invalidité. Sur ce point, il lui est rappelé que l'invalidité est une notion économique et non médicale et que le taux d'invalidité ne se confond dès lors par nécessairement

- 17 - avec le taux d'incapacité de travail comme il semble le croire (ATF 110 V 275 consid. 4a précité). Or, la comparaison des revenus, non remise en cause par l'intéressé, a été effectuée conformément au système légal (art. 16 LPGA et 28a aLAI) et à la jurisprudence y relative, notamment s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1), de l'emploi des données statistiques pour déterminer le revenu avec invalidité (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2) et du taux d'abattement ainsi que de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité administrative sur ce point (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75 ; arrêt 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4). Cela étant, avec un taux d'invalidité arrondi à 16%, le recourant ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel. 3.5. Dans ces circonstances, n'ayant pas réussi à objectiver une atteinte invalidante à sa santé, une pleine capacité de travail doit être reconnue au recourant dans une activité adaptée. En exerçant une telle activité, son degré d'invalidité ne s'élève au demeurant qu'à 16%, ce qui exclut par conséquent tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité et mesure d'ordre professionnel). Le recours du 24 juin 2021 est dès lors rejeté et les décisions du 21 mai précédent confirmées. 4. La procédure de recours en matière de contestation 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. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 800 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). 5. Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.

- 18 - 2. Il n'est pas alloué de dépens. 3. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X

_____.
Sion, le 6 février 2023.

E. 6

LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des 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

- 11 - 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 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 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).

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