

VS_GERICHTE S1 21 244 vom 7. August 2023

VS Kantonsgericht, 2023-08-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_244

FR: VS_GERICHTE S1 21 244 du 7 août 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 244 del 7 agosto 2023

Regeste

S1 21 244 JUGEMENT DU 7 AOÛT 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 _____, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 aLAI et 27 al. 1 aRAI ; méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, empêchements au ménage)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le taux d'invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères.

E. 2.1

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient de déterminer quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 aLAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 aLAI en corrélation avec les art. 27 aRAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 aLAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative (arrêt 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.1 et les références citées). En l'occurrence, il est incontesté qu'en bonne santé la recourante consacrerait tout son temps à la tenue du ménage et à l'éducation des enfants. C'est par conséquent à juste titre que la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité a été appliquée par l'intimé.

E. 2.2

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss CIIAI - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la légalité (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références ; arrêt 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux

habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible,

- 8 - motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête, sauf s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; arrêt 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; arrêt I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité, 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références). En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité et les références ; arrêts 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 5.3 et 9C_491/2008 du 21 avril 2009 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 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 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

- 9 - 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

- 10 - 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 du point 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). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3). Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

E. 2.5

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-

- 11 - 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 les 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). 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. 2.6

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 d'examiner si les troubles psychiques et somatiques allégués par la recourante auraient dû conduire l'OAI à lui reconnaître une invalidité dans l'accomplissement de ses activités ménagères et lui accorder le droit à une rente. 3.1. Lors de son enquête ménagère du 22 mars 2021, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un empêchement total dans l'exécution des tâches ménagères de 60.69%. Ses constatations ont cependant été faites sur la base des déclarations de l'assurée et celles

- 12 - de sa belle-fille, ainsi qu'à une période antérieure à l'expertise bidisciplinaire du 18 mai 2021. L'enquêtrice s'est d'ailleurs montrée circonspecte quant au taux d'empêchement allégué, dans la mesure où la recourante s'était montrée très plaintive lors de sa visite et que sa belle-fille lui était totalement dévouée amenuisant l'objectivité de ses indications (cf. pièce OAI 16, p. 58). L'enquête ménagère du 22 mars 2021 ne saurait par conséquent établir, à elle-seule, d'une manière définitive les incapacités rencontrées par la recourante dans la tenue de son ménage. 3.2. Au niveau médical, les incapacités alléguées par la recourante n'ont en effet pas été confirmées par l'expert rhumatologue. Ce dernier a ainsi retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a estimé que les troubles fonctionnels qui avaient été décrits dans l'enquête ménagère n'étaient pas plausibles. Son analyse reprise par le SMR n'est aucunement critiquable, dès lors qu'elle a été établie conformément aux réquisits jurisprudentiels commandant de lui accorder une pleine valeur probante. L'expert a fondé son appréciation sur l'ensemble des avis médicaux, il a décrit avec précision l'anamnèse de la recourante, en prenant en compte ses plaintes, et a effectué des examens cliniques complets. Son expertise ne fait par conséquent ressortir aucune

contradiction manifeste ni lacune sur un élément essentiel. L'on note en particulier que le Dr E _____ a correctement tenu compte des douleurs à l'épaule droite de la recourante, objectivées par une arthrose acromio-claviculaire et un syndrome sous acromial (M19.01), pour définir qu'une activité légère et adaptée, n'impliquant pas l'utilisation du membre supérieur droit, demeurait exigible. Il a ensuite également retenu le diagnostic de fibromyalgie et a expliqué d'une manière fondée et cohérente que cette affection n'avait aucune influence sur la capacité résiduelle de travail ou dans la tenue du ménage en raison de son retentissement globalement faible (6/12). L'avis du Dr D _____ invoqué par la recourante ne permet pas d'écarter les constatations convaincantes de l'expert. Ce médecin traitant a du reste posé des diagnostics similaires sans indiquer qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail de sa patiente (cf. rapport du 4 février 2021 ; pièce OAI 12). Son rapport du 8 juin 2022, établi après la décision querellée du 18 octobre 2021, fait au demeurant état de troubles (atteinte aux cervicales et au rachis dorsal) qui n'étaient pas présents au moment déterminant pour la présente procédure. Une éventuelle détérioration de l'état de santé de la recourante, postérieure à la date de la décision litigieuse et documentée par des examens objectifs, devra le cas échéant être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande (cf. supra consid. 2.6). En outre, l'on précisera que le déconditionnement physique décrit par le Dr D _____ ne suffit pas en tant que tel

- 13 - pour admettre une capacité de travail réduite, dès lors qu'il a manifestement été causé par le mode de vie sédentaire et inactif de la recourante, laquelle n'a exercé aucune activité professionnelle ni entrepris une formation depuis son arrivée en Suisse en 2000 (arrêts 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2, I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). 3.3. Sur le plan psychiatrique, le SMR n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) tel que posé par la Dresse F _____, ni de caractère invalidant aux troubles psychiques. Selon l'opinion dominante, les facteurs psychosomatiques 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 130 V 399 consid. 5.3.2). Après avoir soumis le cas à un spécialiste en psychiatrie, le SMR a démontré d'une façon emportant la conviction de la Cour que l'avis de l'experte ne pouvait pas être suivi quant au diagnostic retenu et son caractère invalidant. Dans son appréciation du 21 septembre 2021, la Dresse H _____ a ainsi expliqué d'une manière circonstanciée que les critères minimaux de la CIM-10 pour retenir un tel trouble n'étaient pas validés dans le cas de la recourante. L'on note premièrement, que les plaintes de cette dernière ont pour partie été expliquées par des troubles organiques qui ont été objectivés par l'expertise du Dr E _____ ainsi que par le Dr D _____, et que ces troubles ont justifié des limitations fonctionnelles, ce qui va à l'encontre d'un trouble somatoforme indifférencié (critère A ; LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge, in : Revue médicale suisse du 19 avril 2006). La Dresse H _____ a ensuite justement relevé que l'intéressée n'avait pas un réel suivi médical régulier ni ne multipliait les avis médicaux. Lors de sa demande de prestations du 16 novembre 2020, elle ne consultait en effet plus le CCPP depuis 2008 (pièce OAI 5). Un tel suivi n'a été repris qu'en juillet 2021, vraisemblablement en réaction à la procédure initiée par l'OAI et après l'expertise bidisciplinaire du 18 mai 2021 (cf. rapport du 22 novembre 2021 du CCPP). Dans la même mesure, le rapport du 20 juillet 2022 du Dr J _____ nous apprend que l'intéressée l'avait consulté en 2005 pour des symptômes dépressifs et anxieux similaires à ceux qu'elle présentait en juin 2022. Ce traitement ayant été interrompu par la recourante en 2008, il apparaît que la problématique

psychique s'était résorbée. Le Dr C _____ a d'ailleurs indiqué que l'état dépressivo-anxieux avait été traité en 2012 (cf. rapport du 21 décembre 2020 ; pièce OAI 10, p. 32). En outre, lors de sa demande de prestations en novembre 2020, l'intéressée n'avait consulté un

- 14 - rhumatologue qu'à deux reprises (pièce OAI 12) et son médecin traitant ne l'avait plus examinée depuis décembre 2019 (pièce OAI 10). On relèvera également que le diagnostic de fibromyalgie avait déjà été posé en 2014 par une rhumatologue FMH qui évoquait un « cortège de symptômes avec fatigue, trouble du sommeil, céphalées » ainsi qu'une « persistance de douleurs diffuses » (pièce OAI 10, p. 39). L'examen neurologique organisé le 21 août 2015 n'avait alors rien montré d'anormal (pièce OAI 10, p. 38). Cela étant, le dossier ne contient aucune mention d'un suivi médical depuis cette période et l'anévrisme traité en 2013, autre qu'une prise en charge aux urgences de Sion le 23 octobre 2019 pour des vertiges d'origine indéterminée qui n'ont pas trouvé d'explication objective (pièce OAI 10, pp. 34 et 35). Il n'apparaît dès lors pas que la recourante ait multiplié les avis médicaux afin de tenter de justifier ses symptômes inexplicables (critère C ; LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, op. cit.). Enfin, la Dresse H _____ a relevé qu'un trouble somatoforme indifférencié ne pouvait pas être retenu en présence d'un trouble de l'humeur, dès lors qu'une dysthymie (F34.1) avait été observée par l'experte (critère E). Sur la base de ces éléments, le SMR a nié l'existence d'un trouble somatoforme indifférencié et a retenu une dysthymie. On ajoutera encore que l'experte F _____ a cité des facteurs psychosociaux étrangers à la notion d'invalidité (précarité, acculturation et âge ; arrêt 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références) et a estimé que la recherche de potentiels bénéfiques secondaires assombrissaient le tableau psychiatrique (cf. point 7.2 de l'expertise du 18 mai 2021 ; pièce OAI 24), ce qui tend également à infirmer le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié lequel doit résulter d'un processus psychologique inconscient (LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, op. cit.). La Dresse G _____ a par ailleurs soumis le diagnostic psychique à la procédure probatoire structurée instaurée par l'ATF 141 V 281, le 30 juin 2021, d'une façon permettant une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs (arrêt 9C_624/2019 du 13 janvier 2020 consid. 3.2.4 et 5). Au terme de son analyse, qui n'a fait l'objet d'aucune critique ciblée par la recourante ou ses médecins traitants, la Dresse G _____ est arrivée à la conclusion motivée que les critères de gravité n'étaient pas remplis et que l'intéressée avait su conserver des ressources suffisantes pour accomplir ses travaux ménagers, notamment dans un milieu familial très soutenant (pièce OAI 26). Cette constatation doit également être confirmée, ce d'autant plus que plusieurs incohérences sont ressorties du discours et de l'attitude de la recourante. L'expert E _____ a en effet relevé qu'elle avait fait preuve de théâtralité et que son attitude avait été incohérente avec son examen clinique (points 4.1, 7.3 et 7.4). Or, des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou

- 15 - un caractère revendicateur) ainsi qu'un éventuel manque de motivation, constituent des éléments décisifs pour évaluer la pertinence du diagnostic et son caractère invalidant (arrêt 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.1 et les références). 3.4. Fondé sur les éléments qui précèdent, l'OAI pouvait valablement de distancer de l'avis de la Dresse F _____ et retenir que la recourante ne présentait aucune limitation dans la tenue de son ménage, conformément à l'appréciation du SMR. Celle-ci étant cohérente et fondée, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute sa valeur probante. Le dossier est en

autre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'un complément d'expertise souhaité par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). 4. Dans ces circonstances, ne souffrant d'aucun empêchement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, la recourante ne présente aucune invalidité qui lui ouvrirait le droit à des prestations AI. Son recours du 17 novembre 2021 est par conséquent rejeté et la décision du 18 octobre précédent confirmée. 5. 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. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence sont ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant prélevé sur l'avance de frais déjà versée.

E. 6

La recourante n'ayant pas eu gain de cause, elle ne peut prétendre à aucun dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

- 16 -

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 7 août 2023.

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