

VS_GERICHTE S1 22 1 vom 20. Dezember 2023

VS Kantonsgericht, 2023-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_1

FR: VS_GERICHTE S1 22 1 du 20 décembre 2023

IT: VS_GERICHTE S1 22 1 del 20 dicembre 2023

Regeste

S1 22 1 ARRÊT DU 20 DÉCEMBRE 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 Laure Panchard, avocate, 1920 Martigny 1 contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 17 LPGA, 43 et 44 aLPGA ; révision, valeur probante d'une expertise psychiatrique)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale 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'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 30 décembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision du 17 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1er janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI, dans le cadre d'une procédure de révision. Plus particulièrement, il remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'OAI s'est fondé pour lui réduire sa rente d'invalidité.

E. 2.1

A teneur de l'article 17 LPGA (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

- 10 - analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 complet 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 du Tribunal fédéral 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 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

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

- 11 - 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 du Tribunal fédéral 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 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 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 du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Le rapport du SMR a 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 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 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). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance- invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard

- 12 - des principes développés par la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

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.). 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 lorsque 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1 et 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

- 13 - 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 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 est 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- V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 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

- 14 - 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. 3

Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si l'OAI pouvait légalement diminuer la rente d'invalidité du recourant, au motif qu'il avait récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. L'intéressé remet uniquement en cause cette capacité de travail, sans contester la détermination du taux d'invalidité. Singulièrement, il soutient que les avis des Drs C _____ et E _____ remettaient en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D _____ et auraient ainsi dû conduire l'OAI à mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire.

E. 3.1

Dans son expertise du 14 décembre 2020, le Dr D _____ a retenu que le recourant avait souffert d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode moyen sans syndrome somatique depuis janvier 2019, dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante et d'une entité apparentée à un trouble douloureux somatoforme persistant. Ces troubles provoquaient auprès de l'intéressé un ralentissement psychomoteur modéré (verbal, moteur et idéique), des troubles modérés de la concentration, une fatigue, une tristesse modérée, une faible estime de soi et un isolement social partiel (p. 55 de l'expertise ; pièce OAI 194). Au vu de la gravité partielle de ces affections, l'expert a estimé que la capacité de travail était limitée à 50%, dès lors que l'intéressé avait néanmoins conservé certaines ressources et parvenait à gérer son quotidien, faire les courses, le ménage, la cuisine, à conduire une voiture, à partir en vacances, à regarder la télévision, à écouter de la musique, à rencontrer une compagne,

- 15 - à se promener et à avoir des contacts sociaux avec sa copine et quelques amis (p. 58 de l'expertise). Cette expertise repose sur l'ensemble du dossier, tient compte de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, et se base sur des constatations objectives faites par un spécialiste FMH en psychiatrie assisté d'une psychologue FSP. L'expert a en outre examiné à deux reprises l'intéressé pour une durée totale de 6 heures (p. 2 de l'expertise), ce qui était amplement suffisant pour qu'il se fasse une idée claire sur l'état de santé du recourant dans un délai relativement bref en conformité avec la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1 avec les références). Durant

ces entretiens, le recourant a eu l'occasion de s'exprimer longuement sur sa situation personnelle, ses troubles et leurs répercussions sur sa vie quotidienne. L'expert a retranscrit les déclarations du recourant dans le chapitre 3 « entretien » de l'expertise sans y ajouter ses propres observations. Il n'est pas vraisemblable de soutenir que le Dr D _____ aurait rapporté des informations fausses ou qu'il aurait inventé, romancé ou encore interprété les propos du recourant comme le prétend le Dr C _____, ce d'autant plus que ces déclarations sont usuellement confirmées après relecture par la personne expertisée. L'expert a ensuite examiné la gravité des troubles du recourant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels et a conclu, d'une manière circonstanciée, qu'une capacité de travail de 50% avait été retrouvée (pp. 48 à 50 de l'expertise). On ne discerne par conséquent aucun élément essentiel qui aurait été ignoré par l'expert et son rapport ne contient pas de contradictions manifestes susceptibles de remettre en doute sa valeur probante. Le SMR a d'ailleurs relevé la concordance entre les symptômes observés par l'expert et les examens complémentaires réalisés (cf. rapport final du 9 juillet 2021 ; pièce OAI 220).

E. 3.2

Les critiques émises, le 6 mai 2021, par le Dr C _____ ne sont pas convaincantes (pièce OAI 216). Ce médecin traitant, non spécialiste en psychiatrie, ne fait en effet valoir aucun élément objectivement vérifiable qui permettrait de justifier l'état anxieux et dépressif sévère qu'il diagnostique. Il se limite ainsi à faire valoir son opinion divergente quant à l'importance des atteintes de son patient et leurs répercussions sur sa capacité de travail résiduelle. Le tableau sombre qu'il dépeint n'est en outre pas corroboré par la fréquence de ses consultations avec le recourant (à hauteur de tous les trois mois ; p. 29 de l'expertise) et il ne parvient pas à justifier pour quelle raison aucun spécialiste en psychiatrie ne le suivait depuis janvier 2019. Le fait que l'intéressé n'a pas estimé nécessaire de consulter un spécialiste pour ses troubles psychiques au-delà de sa consultation du 20 décembre

- 16 - 2018 avec la Dresse A _____ (pièce OAI 182) et que l'OAI ait dû le menacer d'une sanction pour qu'il reprenne un tel suivi en mars 2021 (pièce OAI 196) est un indice révélateur supplémentaire quant à l'absence de gravité de son état psychique (un défaut de coopération optimale devant conduire à nier le caractère invalidant d'un trouble psychique ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3). Par ailleurs, il est également peu compréhensible que le médecin traitant du recourant n'ait pas jugé utile de le rediriger vers un psychiatre, s'il estimait réellement que son patient était « profondément dépressif », qu'il « sombr[ait] totalement, [n'avait] aucune ressource [et] aucun espoir de vie meilleure ». Le fait qu'il a limité la thérapie à la prise de médicament (Temesta®) démontre dès lors l'efficacité de celle-ci, ce qui est également un critère parlant en faveur d'un trouble non incapacitant (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3). Concernant l'isolement social du recourant, l'expert l'a qualifié à juste titre de partiel, dans la mesure où l'intéressé voyait régulièrement un couple d'amis et entretenait des contacts fréquents avec sa famille. Sur ce point, le Dr C _____, sans contester l'existence de relations sociales, souligne de manière répétée que son patient souffrait de solitude, que toute sa famille se trouvait au Portugal, et qu'il devait régulièrement se rendre auprès d'amis lorsqu'il se sentait trop angoissé à l'idée de rester seul toute la nuit. Il explique en outre que son patient ne recherchait pas de bénéfice secondaire par la perception d'une rente et qu'il souhaitait rester en Suisse uniquement afin de bénéficier d'un meilleur suivi médical que dans son

pays d'origine. Cette affirmation contraste cependant avec l'absence de volonté affichée par l'intéressé de se soumettre à un traitement spécialisé.

E. 3.3

Pour sa part, le Dr E _____ du CCPP a admis une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, en précisant qu'un essai devait être effectué dans un milieu protégé afin de tenir compte du déconditionnement du recourant et de son employabilité dans différents environnements de travail (cf. rapport du 28 juin 2021 ; pièce OAI 215). Avec le SMR, on relève que les symptômes et les diagnostics décrits par le CCPP se confondent largement avec les constatations de l'expert. Le Dr E _____ admet du reste également qu'une capacité de travail partielle avait été récupérée par son patient, confirmant dès lors l'appréciation du Dr D _____.

Le déconditionnement dont fait - 17 - état le CCPP n'a au demeurant pas été ignoré par l'expert qui l'a inclus dans son analyse et a retenu que malgré les limitations fonctionnelles que présentait le recourant, les ressources qui avaient été conservées lui permettaient de réaliser toute sorte d'activités durant la journée (p. 35). On rappellera de surcroît qu'un déconditionnement issue d'un mode de vie sédentaire et inactif ou lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent pas en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (arrêts du Tribunal fédéral I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1, repris plus récemment à l'arrêt 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Le Dr E _____ n'indique du reste pas que le déconditionnement de son patient résulterait d'une atteinte à la santé. Cela étant, l'avis du CCPP ne vient pas remettre en doute les observations de l'expert ni ne mentionne des éléments importants qui auraient été ignorés par ce dernier, de sorte que l'état de fait était suffisamment établi au degré de la vraisemblance prépondérante pour la solution du litige sans que l'intimé ne doive mettre en œuvre une autre mesure d'instruction (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).

E. 3.4

Au vu des éléments qui précèdent, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré d'une façon notable depuis la décision du 21 janvier 2019, justifiant un nouvel examen de son droit à des prestations AI. L'intimée a dès lors procédé à un nouveau calcul de la perte de gain du recourant sur la base d'une capacité de travail de 50%. Le taux d'invalidité arrêté à 60% n'a fait l'objet d'aucune contestation et doit dès lors être purement et simplement confirmé. Dans ces circonstances, la décision du 17 novembre 2021 est confirmée et le recours du 30 décembre 2021 rejeté.

E. 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. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice arrêtés à 500 fr., sur le vu notamment des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Cette somme est compensée par l'avance de frais d'un montant équivalent déjà consentie.

E. 4.2

Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimé, lequel agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

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 20 décembre 2023.

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