

# **VS\_GERICHTE S1 23 92 vom 16. Oktober 2024**

VS Kantonsgericht, 2024-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1\\_23\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_92)

FR: VS\_GERICHTE S1 23 92 du 16 octobre 2024

IT: VS\_GERICHTE S1 23 92 del 16 ottobre 2024

## **Regeste**

S1 23 92 ARRÊT DU 16 OCTOBRE 2024 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 Katia Berset, avocate, Fribourg contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 16 LPGA, art. 17 LAI et 28 aLAI ; refus de prestations AI, capacité de travail dans une activité adaptée, degré d'invalidité)

## **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 19 juin 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 16 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 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**

La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

### **E. 2**

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer des prestations AI au recourant. Ce dernier estime, dans un premier temps, que l'intimé a violé les dispositions régissant la reconsidération et, subsidiairement, les principes de la sécurité du droit et de la protection de la bonne foi.

- 8 -

### **E. 2.1**

Selon l'article 53 alinéa 2 LPGAA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Tant la révision procédurale que la reconsidération au sens de l'article 53 LPGA supposent qu'un organe d'exécution d'une assurance sociale ait rendu une décision ou une décision sur opposition. En l'absence de concrétisation spécifique dans la LPGA, la notion de décision se détermine en fonction de l'article 5 alinéa 1 PA et consiste en un acte juridique par lequel un rapport juridique individuel et concret est réglé de façon unilatérale et contraignante (ATF 133 V 50 consid. 4.1.2 ; MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, n. 21 ad art. 53 LPGA).

## **E. 2.2**

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. L'article 27 alinéa 2 LPGA prévoit le droit pour chacun d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Cette disposition est étroitement liée au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst.). Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de cette disposition comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 139 V 524 consid. 2.2 et 131 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2018 du 10 août 2018 consid. 3.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et respecter ses obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (arrêt du Tribunal fédéral K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in : SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_287/2017 du 22 août 2017 consid. 5.1 et 8C\_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.3, non publié in ATF 135 V 339 ; ULRICH MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in : Sozialversicherungs-rechtstagung 2006, n° 35 p. 27).

- 9 - Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). L'existence d'un renseignement erroné doit être prouvée ou au moins rendue hautement vraisemblable par celui qui se prévaut du principe de la bonne foi, l'absence de preuve étant défavorable à celui qui veut déduire un droit de

l'état de fait non prouvé (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_654/2021 du 12 janvier 2022 consid. 4.2 et 8C\_419/2016 du 23 décembre 2016 consid. 3.2 avec la référence citée).

### **E. 2.3**

En l'occurrence, le recourant soutient que l'intimé ne pouvait pas reconsidérer son projet de décision du 18 octobre 2022. Il estime également que sa bonne foi devait être protégée, dans la mesure où il s'était fondé sur les indications contenues dans ce projet de décision et avait notamment engagé des frais en consultant un avocat. Il est précisé au recourant qu'un projet de décision, par lequel l'OAI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre (art. 57a al. 1 LAI), ne constitue pas une décision au sens de l'article 5 PA. Par conséquent, le premier préavis du 18 octobre 2022 rendu par l'intimé pouvait valablement être modifié par la suite, dans le cadre d'un nouveau projet de décision ou d'une décision finale, sans que les principes régissant la révision procédurale et la reconsidération d'une décision administrative ne soient applicables (MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, n. 22 ad art. 53 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2018 du 29 octobre 2018 consid. 6.3.1, 8C\_715/2022 du 8 mars 2023 consid. 10.3, 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008 [in : RSAS 2008 360] et I 524/03 du 16 décembre 2003 consid. 3). Par ailleurs, on ne saurait considérer que le projet de décision de l'OAI (art. 57a LAI) constitue en soi une « promesse » ou des « renseignements erronés » puisque son but est justement de permettre à l'intéressé de faire valoir son droit d'être entendu et, notamment, de signaler d'éventuelles erreurs avant qu'une décision formelle soit prise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_92/2011 du 9 novembre 2011 consid. 2.2). On peine du

- 10 - reste à voir les dispositions irrévocables que le recourant a engagées sur la base du projet de décision du 18 octobre 2022. Il apparaît en effet plus que vraisemblable qu'il aurait également mandaté un conseil juridique si le projet de décision avait d'emblée rejeté tout droit à une rente, ce d'autant plus qu'il avait la possibilité de demander l'assistance juridique en procédure administrative, à l'instar de l'assistance judiciaire qu'il a sollicitée et obtenue dans la présente procédure (S3 23 30). Le premier grief du recourant est, dans ces circonstances, infondé et doit être rejeté.

### **E. 3**

Sur le fond, le recourant remet en cause la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée entre le 1er décembre 2020 et le 30 avril 2021.

#### **E. 3.1**

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 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 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. 3.2**

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

- 12 - 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 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 non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte 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).

### **E. 3.3**

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-

- 13 - 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 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. 3.4**

En l'occurrence, en se basant sur l'expertise du 9 juillet 2021 du Dr G \_\_\_\_\_ et sur l'avis du Dr I \_\_\_\_\_, l'intimé a considéré que le recourant ne souffrait d'aucune affection psychique et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, sa capacité de travail n'avait jamais été réduite. Le recourant remet en cause la période de son incapacité de travail. Selon lui, les différents médecins avaient attesté un arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2021.

#### **E. 3.4.1**

Au niveau psychiatrique, le médecin traitant du recourant a posé les diagnostics d'épisode dépressif et de trouble de l'adaptation en mai 2020, en soutenant qu'ils étaient d'intensité modérée à sévère (cf. rapport du 30 août 2020 ; pièce OAI 25) sans cependant instaurer un traitement particulier ou adresser son patient à un spécialiste. Ce n'est qu'en décembre 2020 que l'intéressé a été examiné par le Dr E \_\_\_\_\_, lequel n'a pas retenu d'épisode dépressif, mais un diagnostic d'hypomanie (F30.0). Dans son rapport très succinct du 21 février 2021, ce dernier ne fait pas état d'un trouble incapacitant qui affecterait son patient ou des limitations psychiques qui l'empêcheraient de maintenir une activité professionnelle (cf. pièce OAI 41).

- 14 - L'expertise du 9 juillet 2021 du Dr G \_\_\_\_\_ a ensuite démontré, au terme d'une analyse particulièrement fouillée répondant aux critères jurisprudentiels justifiant de lui reconnaître une entière valeur probante, qu'aucun trouble psychique incapacitant n'affectait le recourant. L'expert a expliqué que depuis son licenciement au 14 août 2019, l'intéressé avait subi une évolution fluctuante de symptômes affectifs mais qu'il avait néanmoins conservé des périodes pendant lesquelles il se sentait bien (en profitant de ses vacances au Portugal et en passant du bon temps avec ses frères) et avait gardé des capacités à faire face aux exigences de la vie quotidienne (à l'instar des tâches ménagères), niant dès lors l'existence d'un épisode dépressif. Ceci dit, le Dr G \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé avait subi une accumulation de facteurs de stress (dégradation de l'ambiance au travail, problème de santé physique, licenciement, fin des indemnités journalières APG en novembre 2020, séparation d'avec sa femme en avril 2021) conduisant à un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée évoluant vers une dysthymie (p. 20 de l'expertise ; pièce OAI 61). L'expert a dès lors admis que le recourant avait souffert temporairement d'un épisode dépressif léger ou moyen, en réaction à la fin des prestations APG en novembre 2020. Néanmoins, il ne ressort nullement du rapport d'expertise que ce trouble (léger ou moyen) avait une influence sur la capacité de travail ou qu'il provoquait

des limitations psychiques. On relèvera du reste que cette affection était réactionnelle à un facteur psychosocial étranger à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 précité consid. 4.2), de sorte qu'il ne saurait lui être reconnu un caractère incapacitant. L'expert a ensuite exploré les faits ayant conduit à la consultation du 21 février 2021 auprès du Dr E \_\_\_\_\_, à savoir une consommation d'alcool, une relation extra conjugale et la séparation d'avec son épouse, en réaction à la déception et la frustration dues à la fin des prestations APG. A cet égard, l'expert a motivé de manière fondée et cohérente les raisons pour lesquelles un diagnostic d'hypomanie n'était pas établi (p. 21 de l'expertise). En revanche, il a retenu une structure de personnalité fruste avec des traits immatures et faibles capacités d'introspection, présente depuis l'enfance, qui ne l'a pas pour autant empêché de s'intégrer dans la vie professionnelle suisse, de poursuivre différents engagements stables sur plusieurs années et dans divers secteurs, de mener une vie sociale marquée de rencontres et de surmonter ses plaintes afin d'assumer seul les tâches ménagères. Ce trouble, bien qu'il ait favorisé l'adoption d'un rôle d'invalidé face à des problèmes sortant du champ médical, n'a par conséquent justifié aucune diminution de la capacité de travail (pp. 21 et 22 de l'expertise). Cela a été confirmé par le SMR qui, après avoir examiné les indicateurs jurisprudentiels, a constaté que les critères de gravité n'étaient pas remplis (cf. pièce OAI 87).

- 15 - Au terme de son expertise circonstanciée, le Dr G \_\_\_\_\_ n'a dès lors retenu aucune incapacité de travail pour un motif psychique, y compris durant la période litigieuse du 1er décembre 2020 au 30 avril 2021. Le dossier ne comprenant pas d'avis médical motivé faisant état du contraire, aucune raison ne permet d'écarter l'appréciation de l'expert.

#### **E. 3.4.2**

Sur le plan somatique, le rapport d'expertise de la Dresse H \_\_\_\_\_ n'ayant pas pu être remis à l'intimé, un examen clinique a été effectué par le Dr I \_\_\_\_\_ du SMR le 10 octobre 2022. Ce dernier a relevé que l'importance des douleurs physiques expliquées par un substrat anatomique ne justifiaient pas l'intensité des plaintes algiques et les répercussions fonctionnelles et qu'un contexte psycho social difficile jouait un rôle. Cette observation concorde avec l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_, relevant que les troubles physiques n'expliquaient pas la persistance et la gravité des plaintes physiques (cf. p. 22 de l'expertise ; pièce OAI 61) et qu'ils étaient amplifiés et entretenus par l'état psychique du recourant ainsi qu'une attitude histrionique (cf. p. 23 de l'expertise). Les troubles physiques, de type mécanique et inflammatoire, reposent dès lors sur un substrat anatomique objectivable et ont justifié des limitations fonctionnelles physiques. Dans une activité adaptée prenant en compte ces limitations, le Dr I \_\_\_\_\_ a considéré qu'une pleine capacité de travail avait été conservée depuis toujours (cf. examen clinique du 12 octobre 2022 ; pièce OAI 86). Les différents rapports produits par le recourant ne permettent pas de s'écarter de l'avis motivé du SMR et de retenir une incapacité de travail dans toute activité durant la période litigieuse. On note premièrement que les différents examens effectués auprès du Dr K \_\_\_\_\_ en fin d'année 2020 n'ont pas permis d'identifier la cause des douleurs, que les infiltrations réalisées n'ont pas amoindri les plaintes et que les IRM n'ont pas montré d'argument en faveur d'une épicondylite des coudes (cf. pièce OAI 100, pp. 361 à 367). Aucun diagnostic neurologique n'a ensuite pu être posé par le Dr F \_\_\_\_\_, ses examens étant normaux (cf. rapport du 8 février 2021 ; pièce OAI 43). Par ailleurs, s'il ressort des rapports du Dr K \_\_\_\_\_ que l'arrêt de

travail du recourant devait se prolonger, on comprend qu'il se prononçait uniquement en lien avec l'activité habituelle et non pour une activité adaptée. Au vu des constatations qu'il a faites lors de ses différentes consultations, on ne saurait en effet objectivement considérer que le recourant ne pouvait pas reprendre le moindre travail. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il reconnaît qu'une activité adaptée pouvait être reprise mais avec un rendement réduit de 50% sans cependant démontrer cette diminution. Il fonde également son avis sur la base de troubles psychiques qui étaient selon lui totalement incapacitants (cf. pièce OAI 100, - 16 - p. 360 [R 8]), opinion contrastant avec l'expertise probante du Dr G \_\_\_\_\_ dont la psychiatrie est la spécialité. Cela étant, au vu de l'absence de substrat organique majeur mis en évidence par les examens somatiques et des constatations faites par l'expert psychiatre, aucune raison ne justifie de retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée jusqu'au 30 avril 2021. Le recourant n'est en effet pas parvenu à rendre vraisemblable que ses troubles l'empêchaient d'exercer une activité adaptée durant la période litigieuse.

### **E. 3.4.3**

Au vu des éléments qui précèdent, l'intimé pouvait valablement refuser d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, au motif qu'il avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. Le taux d'invalidité dans une telle activité, fixé à 2%, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations (art. 28 al. 1 LAI), n'est pas contesté et doit par conséquent être confirmé. Dans ces circonstances, le recours du 19 juin 2023 est rejeté et la décision du 16 mai 2023 confirmée. 4. Par décision présidentielle du 26 septembre 2023, X \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dès le 19 juin 2023 (S3 23 30). Celle-ci comprend la dispense des avances de frais et des sûretés, la dispense des frais de procédure et la désignation d'un conseil juridique commis d'office (art. 3 al. 1 LAJ). 4.1. Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité. 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 du recourant mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'Etat du Valais s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152). 4.2. Selon l'article 30 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar) du 11 février 2009, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le - 17 - Tribunal fédéral a admis comme règle de base un tarif horaire de l'ordre de 180 fr. s'agissant des honoraires d'un avocat commis d'office (ATF 137 III 185 et 132 I 201, arrêt 9C\_411/2016 du 21 novembre 2016 consid. 4.2 ; art. 30 al. 1 LTar). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). En l'occurrence,

l'intervention de la mandataire du recourant a consisté en la rédaction d'un recours motivé de 10 pages, ainsi que diverses correspondances en lien avec l'assistance judiciaire. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures déposées, de l'activité de travail utile déployée par son avocat, de l'ampleur du dossier et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe les honoraires de Me Berset à un montant arrondi de 1200 francs, débours et TVA compris. Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 17 OAJ ; RVJ 2000 152).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire. 3. Un montant de 1200 francs sera versé à Me Katia Berset par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 16 octobre 2024.

## **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 du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont

- 11 - 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). Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de

façon concluante et ne remplissent donc que peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

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