

S1 25 29

ARRÊT DU 5 MARS 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(refus de prestations AI)

Faits

A. X _____, ressortissante portugaise née en 1969, divorcée et mère de quatre enfants majeurs, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Dès le 20 juin 2022, elle a travaillé en qualité d'employée de production à plein temps auprès de l'entreprise A _____ SA, à B _____ (pièces OAI 2 p. 2 ss et 15 p. 32 ss).

B. Le 19 juillet 2023, la prénommée s'est retrouvée mêlée à une bagarre lors de laquelle elle a chuté et subi de multiples contusions musculo-squelettiques, en raison desquelles elle a été prise en charge aux urgences de l'Hôpital de Sion. Après avoir adressé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) une déclaration d'accident-bagatelle le 4 août 2023, elle a annoncé une rechute dès le 5 septembre suivant, date à partir de laquelle son médecin traitant, le Dr C _____, a attesté une incapacité totale de travail. La CNA a pris en charge le cas (pièces OAI 36 pp. 118 s., 141, 217, 226 et 243, et 38 p. 335 ss).

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit réalisée le 7 septembre 2023 a mis en évidence une subluxation trapézo-métacarpienne par lésion ligamentaire interne et, à moindre degré, externe sur une articulation dégénérative ainsi que l'absence de lésion traumatique du scaphoïde ou des os du carpe (pièce OAI 36, p. 186).

Le 25 janvier 2024, le Dr C _____ a estimé que le pronostic était très réservé et indiqué qu'une intervention chirurgicale, dont il ne connaissait pas la nature, était prévue en février 2024, ce qui engendrerait une longue convalescence (pièce OAI 36, p. 128 s.).

Le 13 février 2024, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine ophtalmologique, a procédé à une extraction extra capsulaire de la cataracte par phakoémulsification avec mise en place d'un implant de chambre postérieure au niveau des deux yeux de l'intéressée (pièce OAI 18, p. 46 ss).

Le 19 février 2024, le Dr E _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que la santé de l'assurée, au niveau de son épaule droite, était déjà altérée avant l'accident du 19 juillet 2023 (lésions dégénératives du tendon du sous-scapulaire avec infiltration graisseuse du corps musculaire, tendinopathie du sus-épineux), que cet événement n'avait pas causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées et que, pour les

seules séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'assurée était entière (pièce OAI 36, p. 110 s.).

Le 20 février 2024, la CNA a recommandé à l'intéressée de s'annoncer auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) sans délai, dans la mesure où sa situation professionnelle pouvait nécessiter des mesures de soutien, et lui a transmis le formulaire utile pour ce faire (pièce OAI 36, p. 96).

C. Le 28 février 2024, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI, en raison de douleurs au niveau du poignet droit consécutives à l'accident du 19 juillet 2023.

Le 31 juillet 2024, le Dr C _____ a attesté une incapacité totale de travail de l'intéressée jusqu'au 25 août suivant, date à partir de laquelle il n'a plus émis de certificat médical. Le 6 août 2024, ce médecin a estimé que le pronostic était bon dans une activité professionnelle adaptée, que les consultations avaient désormais lieu à la demande de sa patiente et que le traitement suivi par celle-ci (physiothérapie, ergothérapie, antalgiques en réserve) ne durerait plus que quelques semaines (pièce OAI 39, pp. 352 s. et 359).

Par projet de décision du 26 novembre 2024, l'OAI a refusé tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité) à l'assurée, motif pris qu'au 26 août 2024, soit avant le terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, elle avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain et ne présentait aucune invalidité. Non contesté, ce projet a été confirmé par décision du 22 janvier 2025 (pièces OAI 27 p. 59 s. et 28 p. 61 ss).

D. X _____ a recouru céans le 19 février 2025 à l'encontre de la décision de l'OAI du 22 janvier précédent. Elle a soutenu qu'elle souffrait toujours au niveau de sa main et de son épaule suite à l'accident du 19 juillet 2023, qu'elle présentait aussi d'autres douleurs ainsi qu'un manque de force, qu'elle devait effectuer de la physiothérapie et qu'elle prenait beaucoup de médicaments, de sorte qu'elle ne pouvait plus travailler à 100 %. Elle a ajouté être en litige avec une personne qui lui volerait son courrier, raison pour laquelle elle ne s'était pas opposée à la décision du 26 novembre 2024. Afin de développer sa défense, elle a enfin déclaré avoir besoin de temps pour fournir des éléments probants.

Dans sa réponse du 1^{er} avril 2025, l'OAI a renvoyé à la motivation de la décision litigieuse et conclu au rejet du recours. Cette écriture a été transmise à la recourante, qui ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

Le 17 juin 2025, l'institution de prévoyance professionnelle de l'intéressée a indiqué que ni cette dernière ni son employeur ne lui avait communiqué une incapacité de gain et qu'aucune demande de prestation d'invalidité n'avait été formulée, si bien qu'elle ne pouvait se déterminer en la présente cause. Elle a ajouté avoir requis une copie du dossier auprès de l'OAI.

L'échange d'écritures a été clos le 18 juin 2025.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 19 février 2025 (date du sceau postal), le recours à l'encontre de la décision du 22 janvier précédent a été interjeté dans le délai 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.

2.

2.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité) à la recourante.

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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (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).

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 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).

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 une telle 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). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent généralement 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 très rarement 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).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3).

2.5 Bien que la procédure en matière d'assurances sociales soit régie par la maxime inquisitoire (art. 61 let. c LPGA), selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA), il n'en demeure pas moins que les parties ont un devoir de collaborer, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 et 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas pour autant du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 145 V 90 consid. 6.3, 139 V 176 consid. 5.2 et 117 V 261 consid. 3b).

3.

3.1 En l'occurrence, l'intimé a refusé à la recourante tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité), motif pris qu'au 26 août 2024, soit avant le terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, elle avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain et qu'elle ne présentait aucune invalidité. L'intéressée soutient quant à elle ne plus pouvoir travailler à 100 %, notamment en raison de douleurs persistantes à la main et à l'épaule suite à son accident non professionnel du 19 juillet 2023.

3.2 A la lecture des pièces au dossier, force est de constater que l'argumentation de la recourante ne peut pas être suivie. En effet, celle-ci se contente d'affirmer, sans aucune pièce médicale à l'appui, qu'elle ne serait plus en mesure de travailler à 100 % dès lors qu'elle souffrirait toujours au niveau de la main et de l'épaule suite à l'accident du 19 juillet 2023 et qu'elle présenterait également d'autres douleurs ainsi qu'un manque de force. S'il est vrai que le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, une simple affirmation comme celle de l'intéressée ne respecte manifestement pas le fardeau de la preuve, alors qu'il aurait pourtant été aisé pour celle-ci de requérir un certificat médical de son médecin traitant, le Dr C _____, afin de confirmer ses dires. Cela vaut d'autant plus que, donnant suite à la demande formulée par la recourante dans son recours du 19 février 2025, le Tribunal lui a imparti un délai de 30 jours, après réception de la réponse de l'OAI, afin de formuler d'éventuelles observations. Malgré la bonne réception de ce courrier, l'assurée n'y a toutefois pas donné suite. Ainsi, comme rappelé ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.5), en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait déduire un droit du fait non prouvé d'en supporter les conséquences.

A l'inverse, l'OAI a fondé sa décision de refus de prestations AI sur les certificats médicaux émis par le Dr C _____, attestant une incapacité totale de travail à partir du 5 septembre 2023 et jusqu'au 25 août 2024, soit avant le terme du délai d'une année prévu par l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, à savoir le 5 septembre 2024. La teneur de ces certificats est en outre confirmée par le rapport du 6 août 2024 de ce médecin, qui a estimé que le pronostic était bon dans une activité professionnelle adaptée (sans toutefois décrire une telle activité), que les consultations avaient désormais lieu à la demande de sa patiente et que le traitement suivi par celle-ci (physiothérapie, ergothérapie, antalgiques en réserve) ne durerait plus que quelques semaines. Cet avis va en outre dans le même sens que celui du Dr E _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui

relevait, déjà en février 2024, que, pour les seules séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'intéressée était entière.

3.3 Partant, dès lors que plusieurs des conditions cumulatives de l'article 28 alinéa 1 LAI font défaut (pas d'incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et pas d'invalidité de 40 % au terme de cette année), c'est à juste titre que l'OAI a refusé tout droit à une rente d'invalidité à la recourante. De plus, en l'absence de toute incapacité de travail dès le 26 août 2024, l'octroi de mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas non plus.

Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision du 22 janvier 2025 confirmée.

4.

4.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al. 1^{bis} LAI), ce montant étant prélevé sur l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2 La recourante n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

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 5 mars 2026