

S1 14 86 / S1 14 202

JUGEMENT DU 12 JUIN 2015

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ; Candido Prada, greffier

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 17, 18 et 28 LAI ; taux d'invalidité, valeur probante des rapports médicaux et conditions objectives et subjectives permettant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle [reclassement et aide au placement])

Faits

A. X_____, né le 30 octobre 1960, ressortissant de A_____, actif comme peintre en bâtiment, a chuté sur une plaque de glace le 20 décembre 2009. Souffrant d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, il a été opéré le 20 avril 2010 par le Dr B_____, chirurgien orthopédique à l'Hôpital C_____ (1^{ère} intervention). Les frais liés à cet accident ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

L'intéressé a ensuite suivi des séances de physiothérapie et a été revu mensuellement par le Dr B_____. Ce médecin traitant a indiqué que la situation postopératoire semblait évoluer positivement ce qu'a d'ailleurs confirmé l'assuré lors d'entretiens avec son gestionnaire auprès de la CNA.

Sans activité professionnelle depuis le 15 décembre 2009 et dans l'incapacité de travailler depuis sa chute, il a, sur recommandation de la CNA, déposé une demande de prestations AI le 28 juin 2010.

Dans un rapport du 23 août 2010, le Dr D_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'intéressé, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de déchirure du tendon du sus-épineux dans sa partie antéro-supérieure et latérale associée à une tendinose du long chef du biceps et une probable lésion du labrum antéro-supérieure à droite (2009) et d'arthroscopie de l'épaule à droite avec une ténotomie du biceps, acromioplastie et une synovectomie subtotale (2010). Il a confirmé que son patient était en incapacité totale de travailler et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable sous réserve de certaines limitations fonctionnelles (pas d'activité le bras droit au-dessus des épaules ni de port de charge près ou loin du corps).

Un rapport d'évaluation de l'intéressé daté du 13 septembre 2010 précise qu'il maîtrise bien le français oral, l'écrit avec des fautes et qu'il le lit couramment. Concernant sa formation, il aurait, après une scolarité obligatoire effectuée au A_____, suivi une formation de constructeur technique par correspondance à l'issue de laquelle il aurait obtenu un certificat en 1986. La conseillère de l'OAI a ajouté que « la nature de cette formation est floue, l'assuré déclare que ce papier lui aurait permis de travailler dans le domaine du bois, du bâtiment et de l'agriculture, sans autre précision. Le certificat

aurait brûlé durant la guerre. L'assuré aurait également suivi une formation sur le tas de peintre en bâtiment au A_____ ».

Dans un rapport du 30 septembre 2010, le Dr B_____ a déclaré qu'après une bonne évolution postopératoire, son patient présentait depuis sa dernière consultation du 27 août 2010 une diminution de la mobilité de son épaule droite associée à des douleurs. Il a évoqué un début de capsulite et confirmé l'incapacité de travail.

L'état de l'intéressé ne s'améliorant pas, une arthro-IRM a été réalisée le 22 octobre 2010 qui a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux avec lésion transfixiante de quelques fibres de la partie antérieure permettant une extravasation de liquide dans la bourse sous-acromiale ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire avec probable syndrome inflammatoire associé. Le 29 novembre suivant, le Dr B_____ a pratiqué une nouvelle arthroscopie de l'épaule droite avec synovectomie et résection de la clavicule distale et complément de décompression sous-acromiale (2^e intervention).

Selon le Dr B_____, l'évolution postopératoire a été positive après cette deuxième intervention (rapport du 18 janvier 2011), ce qu'a également confirmé l'intéressé lors de son entretien avec son gestionnaire CNA le 26 janvier 2011.

Après avoir revu X_____ à sa consultation du 25 février 2011, le Dr B_____ lui a reconnu une capacité de travail de 50% à partir du 1^{er} avril suivant. Une reprise d'activité a été tentée, mais s'est soldée par un échec après une dizaine de jours. En effet, l'intéressé ne parvenait pas à effectuer les tâches habituelles d'un peintre en bâtiment (lever le bras au-dessus de l'horizontal). Après cette tentative infructueuse, l'intéressé s'est retrouvé à nouveau en incapacité totale de travail.

Dans son rapport du 4 avril 2011, le Dr B_____ a noté une nouvelle fois une meilleure évolution depuis la seconde arthroscopie.

Le 23 mai 2011, l'assuré a été examiné par le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Ce spécialiste a posé le diagnostic de status post arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie du biceps, acromioplastie et synovectomie. Il a en outre relevé une discordance entre les plaintes de l'assuré et la trophicité pratiquement normale de son épaule droite. Il a donc suggéré un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) afin d'épuiser les possibilités de traitement conservateur et d'évaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré ainsi que son aptitude à exercer son activité habituelle. Finalement, il a

déconseillé toute nouvelle intervention notamment compte tenu des attentes subjectives et exagérées de l'intéressé et indiqué que la recherche d'une activité adaptée devait être privilégiée.

Durant un séjour d'environ un mois à la CRR (du 22 juin au 19 juillet 2011), l'assuré a suivi un stage en ateliers professionnels et fait l'objet d'un bilan biologique ainsi que d'une évaluation de la capacité fonctionnelle de ses membres supérieurs. Dans leur rapport, les conseillers en réadaptation professionnelle de la CNA, quelque peu sceptiques concernant la formation de l'intéressé, ont relevé qu'il aurait obtenu au terme de sa scolarité obligatoire un diplôme équivalent à une maturité suisse et aurait ensuite effectué des études pédagogiques pendant deux ans pour finalement suivre une formation théorique et divers cours et stages en peinture au A_____. S'agissant de la maîtrise de la langue, ces conseillers ont noté que l'examiné s'exprimait et comprenait le français de manière satisfaisante. Sur le plan des aptitudes pratiques, ils ont retenu qu'il comprenait les consignes et était en mesure de les appliquer conformément à la demande, que la prise d'initiative était faible, que sa capacité d'autocritique dépendait de ses connaissances et qu'il réalisait les activités de manière autonome. Finalement, ils ont conclu que l'exercice d'une activité respectant certaines limitations fonctionnelles (pas de travaux itératifs au-dessus du plan horizontal avec le bras droit ni de port de charge excédant une dizaine de kilos) pouvait être raisonnablement exigible.

Dans son rapport du 18 août 2011, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation auprès de la CRR, a mentionné que l'intéressé, invoquant des douleurs persistantes (au niveau des cervicales, des membres inférieurs et supérieur droit ; pas toujours concordantes selon les conseillers en réadaptation de la CNA), avait fait preuve d'autolimitation et que sa motivation et sa participation aux thérapies réadaptatives physiothérapeutiques avaient été relativement limitées. Il a également rappelé l'existence de discordances soulevées par G_____, physiothérapeute diplômée. En effet, cette dernière avait notamment relevé que les mobilités actives du membre supérieur droit observées lors du status locomoteur étaient inférieures à celles enregistrées lors de tests et que durant les pauses, il avait effectué des relâchements du membre supérieur droit contre un mur ou sur un établi avec une élévation supérieure à 120°. Dans son rapport, le Dr F_____ a également indiqué qu'une évaluation psychiatrique avait pointé le fait que l'assuré se sentait plutôt démuni et avait débuté un processus d'invalidation. Constatant qu'au terme de son séjour l'examiné ressentait toujours des douleurs à son épaule droite, il

l'a dirigé vers son confrère, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à la CRR et a confirmé une incapacité totale de travail jusqu'au 21 août 2011.

Dans son rapport du 22 août 2011, le Dr H_____, se basant sur une arthro-IRM réalisée trois jours auparavant (rapport du 19 août 2011 du Dr F_____, radiologue), a diagnostiqué une rupture du sus-épineux rebelle à deux arthroscopies avec acromioplastie et ténotomie du biceps. Vu l'évolution défavorable, il a recommandé un traitement par infiltration et, en cas d'échec, une intervention avec excision du moignon tendineux enflammé et réinsertion du sus-épineux.

Le 5 septembre 2011, l'intéressé a repris le travail dans un but thérapeutique au sein d'une entreprise de peinture appartenant à un proche ; il a expliqué à son gestionnaire CNA qu'il ne pouvait pas faire grand-chose, qu'il n'arrivait pas à faire du crépi ou à appliquer de la peinture et se contentait de porter quelques bidons et d'apporter le matériel nécessaire à ses collègues.

Dans son rapport du 9 septembre 2011, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic posé par le Dr H_____ et a rappelé qu'à ce stade il fallait envisager soit une reconversion professionnelle, soit une nouvelle intervention chirurgicale sans garantie.

Le 19 avril 2012, le Dr B_____ a procédé à une troisième intervention (suture par voie ouverte de la coiffe à droite).

Dans son rapport du 13 septembre 2012, le Dr I_____, chirurgien orthopédique à la Clinique J_____, qui a examiné l'assuré à la demande de son confrère B_____, a confirmé les diagnostics précédemment posés et émis un pronostic réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle de plâtrier-peintre.

Le 24 septembre 2012, le Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant auprès de la CNA, a relevé que les troubles cervicaux invoqués par l'intéressé étaient sans lien avec sa chute et les a imputés à une probable comorbidité dégénérative. Il a confirmé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et qu'il était nécessaire d'entreprendre des mesures de reclassement professionnel dans une activité adaptée.

Le 7 novembre 2012, le Dr L_____, radiologue FMH, a effectué une radio de la colonne cervicale de l'assuré ainsi qu'une IRM cervicale. Ces examens n'ont rien mis

en évidence (aucun signe de canal cervical étroit, ni de hernie discale ou myélopathie), à l'exception d'une légère discopathie C5-C6 et C6-C7 (rapport du 8 novembre 2012).

Dans son rapport du 23 novembre 2012, le Dr B_____, reprenant les conclusions du Dr L_____, a une nouvelle fois rappelé à la CNA la nécessité d'une conversion professionnelle dans une activité adaptée « derrière un bureau » sans mouvement au-delà de 90° ni port de charge et qu'une reprise de l'activité habituelle était exclue.

Le 14 janvier 2013, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a indiqué que malgré la troisième intervention, l'évolution restait défavorable mais qu'il considérait la situation de l'intéressé comme suffisamment stabilisée pour un premier bilan des séquelles lésionnelles. Compte tenu des troubles actuels, il a recommandé un suivi médical espacé ainsi que la prescription d'antalgiques et anti-inflammatoires. En outre, il a reconnu que les séances de physiothérapie pouvaient être interrompues en l'absence de résultats. Quant aux examens complémentaires réalisés (radio et IRM des cervicales) il a relevé qu'ils n'avaient, à l'exception d'une légère discopathie C5-C6 et C6-C7, pas mis en évidence d'autre pathologie. Il a conclu que si l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, en revanche, on pouvait exiger de lui qu'il exerce sa capacité de travail dans une activité adaptée, sans travaux répétitifs au-dessus de l'épaule droite ni port de charge supérieur à 5-10 kg.

Le 27 février 2013, lors d'un entretien, l'assuré a informé les gestionnaires CNA et OAI qu'il accepterait toute proposition d'emploi (mesure d'orientation professionnelle) puis affirmé immédiatement après qu'il ne pourrait pas travailler normalement même dans une activité adaptée et n'a pas exclu des absences liées à ses douleurs au niveau de son épaule droite et de sa nuque. En outre, il a mentionné souffrir de troubles du sommeil et de céphalées de tension et indiqué qu'il se rendrait prochainement à une consultation chez un neurologue, le Dr O_____.

B. Par pli du 1^{er} mars 2013, la CNA a informé l'intéressé qu'elle considérait son état stabilisé et qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières le 31 mars suivant.

Dans son rapport du 11 mars 2013, le Dr O_____ a posé les diagnostics de probables céphalées de tension et d'acroparesthésies dans la main droite d'origine indéterminée. Il a indiqué que son examen était peu contributif, ne faisant ressortir ni déficit sensitivomoteur ni signe de Tinel ou phénomène de Phalen, que tous les réflexes étaient facilement obtenus, rendant peu probable une problématique

radiculaire. La seule anomalie que ce spécialiste a notée est une inversion de la latence motrice distale du médian qui toutefois n'explique pas les symptômes allégués. Ne sachant pas comment orienter plus avant sa démarche diagnostique, il a suggéré un traitement de fond d'algomodulateur.

Le 10 avril 2013, la CNA a décidé d'octroyer à X_____ une rente d'invalidité de 20% à partir du 1^{er} avril 2013 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% liées aux séquelles découlant de sa chute de décembre 2009. Critiquant cette décision et invoquant une aggravation de son état de santé et donc un taux d'invalidité retenu trop faible, l'intéressé a recouru sans succès contre cette décision au Tribunal cantonal (ATC du 31 mars 2014, S2 13 74), puis au Tribunal fédéral (arrêt 8C__372/2014 du 12 mai 2015).

C. Le 15 avril 2013, X_____ s'est inscrit à l'assurance chômage.

D. Le 17 avril 2013, l'intéressé a informé oralement l'Office AI qu'il était incapable de travailler en raison de douleurs constantes et qu'il avait eu un accident de circulation car il n'avait pas pu tourner sa nuque en raison de ses cervicales douloureuses.

Dans son rapport du 22 avril 2013, le Dr O_____ a confirmé ses précédents diagnostics et indiqué que la troisième intervention sur la coiffe des rotateurs n'avait pas amélioré la situation de son patient et qu'elle s'était dégradée à nouveau depuis quelques mois. En outre, ne l'ayant pas examiné sous l'angle de sa capacité de travail, il a juste mentionné que son épaule l'empêchait de porter des charges supérieures à 10 kg de façon répétitive. Finalement, il a une nouvelle fois suggéré un traitement algomodulateur.

Du rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013, il ressort que l'intéressé a refusé la mise en place de mesures professionnelles, déclaré ne pas pouvoir travailler et indiqué ne pas vouloir mettre en valeur sa capacité de travail tant que son recours contre la décision de la CNA n'était pas tranché. Compte tenu de ce qui précède, le Service de réadaptation de l'Office AI, constatant que les conditions subjectives d'octroi de mesures d'ordre professionnel n'étaient pas remplies, a décidé de classer ce dossier.

Dans son rapport du 4 novembre 2013, le Dr D_____ a mentionné que son patient se plaignait toujours de douleurs et de limitations pour certains mouvements de son épaule. En outre, il a confirmé que si l'activité habituelle n'était plus exigible, en revanche une réadaptation était envisageable.

Dans son rapport du 30 décembre 2013, le Dr O_____ a confirmé que du point de vue strictement neurologique, son patient - qu'il n'avait plus revu depuis le 8 mars 2013 (rapport du 11 mars 2013) - ne présentait aucune incapacité de travail.

Le 13 janvier 2014, l'Office AI a invité le Service médical régional (SMR) à lui fournir son appréciation de la situation médicale de l'intéressé et cas échéant à lui indiquer s'il considérait ce dernier apte au travail. Le 24 janvier 2014, le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et réhabilitation auprès du SMR, a rendu son rapport dans lequel il a posé les diagnostics - invalidants - de rupture post traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée à trois reprises et - sans répercussion sur la capacité de travail - de status post maladie de Lyme, de cervicalgie commune et d'embolie pulmonaire en 2004. Il a relevé qu'il ne présentait pas d'autre maladie significative d'origine non traumatique (le Dr N_____ n'ayant relevé qu'une discrète discopathie et le Dr O_____ indiquant que les céphalées de tension et acroparesthésies de la main n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail), mais uniquement des limitations au niveau de son épaule et que le cas était stabilisé. Il a conclu que l'assuré présentait à partir du 14 janvier 2013 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans port de charge ou travaux lourds excédant 5-10 kg avec le bras droit et sans activité répétitive ni posture proche ou au-dessus de l'horizontale avec ce membre).

E. Le 29 janvier 2014, l'Office AI, s'appuyant sur le rapport du SMR, a rendu deux projets de décision. Dans le premier, il a reconnu le droit de l'intéressé à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (invalidité de 100% du 1^{er} décembre 2010 au 14 janvier 2013). Dans le second, il lui a refusé tout reclassement professionnel ou aide au placement, considérant que malgré un taux d'invalidité de 23% (comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminés compte tenu d'une déduction du salaire statistique selon l'ESS de 15%), que son assuré ne souhaitait pas entreprendre de formation, que, le cas échéant, il ressortait des résultats de ses évaluations que la réussite d'une formation type certificat fédéral de capacité (CFC) ou attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) n'était pas acquise et que son état de santé lui permettait d'exercer pleinement une activité adaptée simple et répétitive à plein temps même sans formation spécifique.

F. Le 10 mars 2014, l'Office AI, reprenant les mêmes arguments, a confirmé ses refus d'aide au placement et de mesure de reclassement professionnel.

Le 28 avril 2014, X_____, représenté par Me M_____, a recouru céans contre cette décision. Dans son écriture, il a indiqué qu'il contesterait le taux d'invalidité retenu de 23% (trop bas) dès que la décision concernant sa demande rente lui serait notifiée. En outre, il a critiqué l'instruction incomplète du dossier. Sur le plan médical, il a argué que ses médecins traitants avaient constamment contesté « une capacité de travail de 80% » et attesté que leur patient ne pouvait pas utiliser sa capacité résiduelle en l'absence de mesure de reclassement professionnel. Au surplus, il a critiqué le fait que l'intimé ne lui ait pas proposé des activités conformes à son état de santé. Il a conclu à l'admission de son recours, à l'octroi de mesures professionnelles (reclassement et formation) ainsi qu'à une indemnité de dépens.

Dans sa réponse du 20 mai 2014, l'intimé a rappelé avoir notamment pris sa décision sur la base du rapport probant du médecin d'arrondissement de la CNA (Dr N_____) et que malgré un degré d'invalidité reconnu de 23%, le recourant ne remplissait pas les conditions pour prétendre à l'octroi de mesures professionnelles (défaut de scolarité en Suisse, absence de formation professionnelle, maîtrise insuffisante du français, manque de capacités pour réussir une formation, pas d'amélioration de la capacité de gain même avec une formation pratique dans le cadre d'un travail et surtout refus du recourant à accepter de telles mesures [rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013 du conseiller en réadaptation de l'Office AI]). Finalement l'intimé a relevé que sur un marché du travail équilibré, il existait un nombre suffisant de places adaptées à ses limitations fonctionnelles, même sans formation particulière. Il a donc conclu au rejet du recours.

Le 17 juin 2014, le recourant a répliqué en contestant les griefs retenus par l'intimé concernant l'absence de scolarité en Suisse et une connaissance linguistique orale insuffisante - proposant même d'être auditionné par la Cour de céans - et déclaré qu'il ne demandait qu'à exercer sa capacité résiduelle de gain dans « une formation adaptée ».

Le 22 juillet 2014, l'intimé a indiqué ne pas avoir d'observation supplémentaire à formuler.

L'échange d'écritures concernant les mesures de réadaptation a été clos le 28 juillet 2014.

G. Le 14 août 2014, l'Office AI a confirmé sa décision d'octroyer à X_____ une rente entière d'invalidité, mais limitée dans le temps (du 1^{er} décembre 2010 au 30 avril 2013). Pour le surplus, ledit office, reprenant l'avis du SMR, a retenu qu'à partir du

14 janvier 2013 le recourant ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 23%, soit un pourcentage inférieur au minimum légal ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Le 17 septembre 2014, X_____ a recouru céans contre cette décision et sollicité la jonction des causes le concernant (S1 14 86 ; refus de mesures professionnelles) et (S1 14 202 ; rente d'invalidité limitée dans le temps). Dans son écriture, il a invoqué une violation du principe selon lequel les mesures de réadaptation priment la rente, alors que les médecins traitants dont le Dr B_____ recommandaient la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel. En outre, il a argué du fait que l'instruction médicale était incomplète, qu'il n'avait pas été correctement entendu au cours de la procédure, le SMR n'ayant procédé à aucune expertise pluridisciplinaire ou examen du recourant et que l'avis du SMR était contraire à ceux des médecins traitants (Drs B_____ et D_____). Il a aussi reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des douleurs au niveau de ses cervicales et d'avoir calqué sa situation médicale sur celle retenue par la CNA, alors que les critères déterminant l'invalidité ne sont pas identiques en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents. Il a conclu à l'admission de son recours, à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 avril 2013, subsidiairement à une demi-rente, et plus subsidiairement à un quart de rente, à l'octroi d'une indemnité de dépens et à ce que les frais de la cause soient mis à la charge de l'intimé.

Dans sa réponse du 14 octobre 2014, l'intimé, se basant sur l'avis du Dr P_____, a rappelé que le recourant ne présentait aucune affection invalidante d'origine non traumatique pouvant justifier un écart par rapport à l'appréciation médicale retenue par la CNA au sujet de sa capacité de travail et qu'au surplus le Dr O_____ avait qualifié les diagnostics de probables céphalées de tensions et acroparesthésies de la main droite de non invalidants (absence d'incapacité de travail sur le plan neurologique), et que le médecin traitant avait également confirmé cette constatation dans son rapport du 4 novembre 2013. L'intimé a donc conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 17 novembre 2014, le recourant a réitéré ses critiques concernant l'instruction médicale lacunaire de son dossier et l'absence d'examen effectué par le SMR violant ainsi son droit d'être entendu.

Le 2 décembre 2014, l'intimé a informé la Cour de céans qu'il n'avait pas d'observations supplémentaires à ajouter.

Dans un pli du 12 décembre 2014, Q_____ institution supplétive LPP a indiqué qu'elle renonçait à déposer des observations.

L'échange d'écritures concernant l'octroi de la rente d'invalidité limitée dans le temps a été clos le 17 décembre 2014.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste les 28 avril 2014 et 17 septembre suivant, les deux recours dirigés respectivement contre les décisions datées du 10 mars 2014 (refus de reclassement professionnel et refus d'une aide au placement [S1 14 86]) et du 14 août 2014 (octroi d'une rente limitée dans le temps [S1 14 202]) ont été interjetés, compte tenu des fêtes judiciaires, dans le délai légal de 30 jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. En vertu de l'article 61 in initio LPGA en lien avec l'article 80 alinéa 1 lettre d de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), lequel renvoie aux articles 56 alinéa 1 et 11b alinéa 1 LPJA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (ATF 131 V 59 consid. 1, 128 V 126 consid. 1). Cette jonction s'impose également afin de simplifier les procédures (arrêt 2C_71/2009 et 2C_73/2009 du 10 juin 2009 considérant 1 et la référence).

En l'occurrence, les causes (S1 14 86) et (S1 14 202) opposent les mêmes parties et se rapportent à un même complexe de faits, si bien qu'il y a lieu d'ordonner leur jonction, conformément à la requête formulée par le recourant dans son second recours du 17 septembre 2014.

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à obtenir une rente d'invalidité non limitée dans le temps en raison d'un état de santé défaillant réduisant fortement sa capacité de travail et qui n'aurait pas été relevé au cours de l'instruction médicale

qualifiée de lacunaire. Il a également trait au droit du recourant de prétendre légitimement ou pas à un reclassement professionnel ainsi qu'à une aide au placement.

4. La décision du 14 août 2014 expose correctement les dispositions légales relatives à la notion d'invalidité, de sorte qu'il peut y être renvoyé.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'office de l'assurance-invalidité (OAI), les expertises de médecins indépendants de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997 318 consid. 3b ; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

5.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et qu'enfin les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

5.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

6.1 En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a fait l'objet de nombreuses investigations médicales. Le Dr E_____, tout d'abord, constatant une discordance entre les plaintes de son patient et la trophicité de son épaule droite, l'a adressé à la CRR (rapport du 23 mai 2011). Puis le Dr F_____, faisant également état dans

son rapport des discordances susmentionnées et d'un processus d'invalidation entamé constatés par d'autres spécialistes ou médecins lors du séjour à la CRR, a dirigé l'intéressé vers le Dr H_____ (rapport du 18 août 2011). Ce dernier, sans se prononcer sur la capacité de travail, a suggéré une troisième intervention sur l'épaule droite en cas d'échec des infiltrations (rapport du 22 août 2011). Concernant les douleurs au niveau des cervicales, l'intéressé a été examiné par les Drs K_____ (rapport du 24 septembre 2012), L_____ (rapport du 8 novembre 2012), N_____ (rapport du 14 janvier 2013) et O_____ (rapports des 22 avril et 30 décembre 2013), qui ont tous confirmé (ou du moins pas exclu) qu'il était apte à exercer une activité adaptée (sans tâche avec le bras droit au-dessus de l'horizontal ou de port de charge supérieur à 5 kg). C'est sur la base de l'ensemble des rapports des médecins susnommés, clairs et convaincants, que le Dr P_____ du SMR a retenu que le recourant était apte à fournir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

A cet égard, on rappellera qu'un examen personnel de l'intéressé par le SMR n'était pas indispensable dans la mesure où son dossier contient suffisamment d'appréciations médicales fondées elles sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346).

En outre, comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée - résultant d'une atteinte à la santé assurée - des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'article 8 LPGA.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant

totallement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Ainsi, la critique du recourant selon laquelle le SMR aurait simplement calqué son avis médical sur celui des médecins d'arrondissement de la CNA et de ceux de la CRR ne résiste pas à l'examen puisque le Dr P_____ a notamment tenu compte dans son rapport du 24 janvier 2014 des cervicalgies d'origine non traumatique (et donc pas couvertes par la CNA). Le fait qu'il ne les ait pas désignées, tout comme le Dr O_____, d'invalidantes, ne signifie nullement que l'instruction médicale du dossier puisse, du point de vue de l'assurance-invalidité, être qualifiée de lacunaire. La Cour de céans retient donc que le rapport du SMR, basé sur de nombreuses appréciations médicales, est clair, non contradictoire et complet, et que le recourant n'a soulevé aucun élément médical objectif permettant d'en douter, de sorte qu'il faut reconnaître au rapport du SMR une pleine valeur probante.

6.2 Concernant l'autre grief du recourant selon lequel les Drs B_____ et D_____ n'admettent que leur patient ne serait apte à travailler que si des mesures de reclassement professionnel dans une activité adaptée sont entreprises, il doit être rejeté. En effet, on rappellera qu'un reclassement professionnel ne peut être prescrit et octroyé par la simple volonté d'un médecin, mais sur la base de critères légaux et jurisprudentiels. La tâche du médecin dans l'évaluation de l'invalidité consiste uniquement à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler et à déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger d'elle (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1). En revanche, c'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier des caractéristiques physiques et psychiques de l'assuré ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a et ATF 109 V 25).

6.3 Eu égard à ce qui précède, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire telle que requise par le recourant. On rappellera en effet qu'il est de jurisprudence constante que, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation

anticipée des preuves; Alfred Kölz / Isabelle Häner / Martin Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3^e éd., Zurich 2013, p. 52 n° 153 ; Gustavo Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63; cf. aussi ATF 122 III 219 consid. 3b et c, ATF 120 Ib 229 consid. 2b ; ATF 119 II 117 consid. 4c ; ATF 119 V 344 consid. 3c avec les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst : ATF 122 V 162 consid. 1d ; RAMA 1985 p. 238 consid. 2d ; arrêt 8C_964/2012 du 16 septembre 2013).

6.4 Considérant que le recourant est du point de vue médico-théorique pleinement apte à exercer une activité adaptée à son état de santé à partir du 14 janvier 2013 (rapport 24 janvier 2014 du Dr P_____) et qu'il n'a pas contesté le calcul de son degré d'invalidité déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité, il y a lieu de confirmer le taux d'invalidité de 23% retenu par l'intimé soit un pourcentage n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

7. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

7.1 Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI). Pour prétendre à un reclassement, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes (OFAS, Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, dans son état au 1^{er} janvier 2015, chiffre 4010) :

- la personne assurée doit présenter une invalidité imminente ou déjà survenue qui l'empêche d'exercer sa profession antérieure ou de poursuivre l'activité lucrative qu'elle exerçait ou le travail qu'elle effectuait dans son domaine d'activités ;
- la personne assurée doit être susceptible de réadaptation, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle ; et
- la formation doit être adaptée au handicap et correspondre aux capacités de l'assuré. Elle doit être simple, adéquate et procurer une capacité de gain approximativement équivalente à celle de l'activité antérieure (Les frais d'une

formation qui n'offre aucune perspective d'une future mise en valeur économique du travail ne sont pas pris en charge).

Ainsi, il y a droit au reclassement lorsque l'atteinte à la santé a des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'elle aurait pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une perte de gain d'au moins 20% environ ouvre en principe le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références, ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités).

En outre, la reconnaissance d'une telle mesure présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'OAI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 111 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, en particulier parce qu'il n'a pas la volonté nécessaire de se réadapter, l'OAI peut refuser de mettre en œuvre une telle mesure. Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêts I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 et I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible (ATF 124 V 108 consid. 2a; 121 V 260 consid. 2c et les références; arrêt I 657/02 du 16 septembre 2003 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal cantonal valaisan S1 10 207 du 24 mars 2011 consid. 3 c/aa).

7.2 En l'espèce, force est de constater que si le recourant remplit à l'évidence les conditions objectives tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20%), en revanche il ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire.

En effet, le recourant a, lors de son stage aux ateliers professionnels de la CRR (de fin juin 2011 à mi-juillet 2011) fait preuve d'un comportement désintéressé, les conseillers en réadaptation précisant qu'il manquait de motivation (comportement fluctuant, absence d'initiative et d'investissement dans les activités proposées, absence de

projection dans le champ professionnel) pour prétendre décrocher une place de travail. En outre, le conseiller en réadaptation OAI a noté dans son rapport du 23 octobre 2013, que le recourant n'adhérait pas à la mise en place de mesures professionnelles (ce que ce dernier contestera bien plus tard dans son recours), qu'il avait déclaré ne pas vouloir mettre en œuvre sa capacité de travail tant que son litige avec la CNA n'était pas réglé et indiqué qu'en raison de ses douleurs il ne pourrait pas travailler normalement même dans une activité adaptée (procès-verbal d'entretien du 1er mars 2013 à l'Office AI en présence des gestionnaires CNA et OAI). En outre, compte tenu de sa formation relativement floue et non vérifiable en l'absence de justification des diplômes ou certificats obtenus (baccalauréat ou maturité fédérale, attestation relative aux deux années d'étude pédagogique et à la formation théorique suivie dans le domaine de la construction puis de la peinture en bâtiment), de ses lacunes linguistiques au niveau du français écrit et de l'absence de connaissance informatique, la Cour de céans peut conformément à la vraisemblance prépondérante, se rallier à l'avis de l'intimé selon lequel le recourant n'est pas en état de suivre avec succès une formation de type CFC ou AFP. Au surplus, on relèvera, comme indiqué par l'intimé, que la majeure partie des postes de travail pouvant entrer en ligne de compte (employé contrôle qualité, coursier, opérateur sur une machine outils, ouvrier dans l'industrie légère, employé à l'assemblage de pièces dans le secteur de l'horlogerie...) ne nécessite pas de formation particulière (rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013).

Au vu de l'ensemble des éléments précités, c'est en vain que le recourant demande à être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. Son recours doit également être rejeté sur ce point.

8.1 Aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'OAI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (ATF 116 V 80 consid. 6;

arrêt I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, I 170/06 du 26 février 2007 et 9C_879/2008 du 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'article 18 alinéa1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'article 18 alinéa 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c ; CMRP chiffre 5005).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'article 18 LAI avait une teneur différente, mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

8.2 La Cour de céans constate que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi résultent de manière prépondérante de son aptitude au placement - refus catégorique d'y recourir (rapport final de réadaptation du 23 octobre 2013), de ses difficultés linguistiques au niveau de l'écrit, de son manque de formation et de sa motivation défailante - que de ses limitations au niveau de l'épaule droite. Dans ces circonstances, l'Office AI n'a pas à répondre de ces difficultés et c'est à juste titre qu'il a refusé de lui octroyer une aide au placement (arrêt 9C_783/2012 du 11 avril 2013 consid. 3.4 ; CMRP chiffre 5005).

9. Mal fondés, les recours sont rejetés et les décisions des 10 mars 2014 et 14 août 2014 confirmées.

Les frais de justice, fixés principalement au regard du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 800 francs, sont mis à la charge du recourant et compensés avec les deux avances déposées (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Les causes (S1 14 86) et (S1 14 202) sont jointes.
2. Les recours sont rejetés.
3. Les frais par 800 francs sont mis à la charge de X_____.
4. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 12 juin 2015