

S1 20 296

JUGEMENT DU 15 MAI 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Romain Kramer, avocat, 1800 Vevey

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1975, a débuté trois formations professionnelles, qu'il n'a pas terminées (typographe, école de commerce et électricien), et a effectué différents emplois dans des domaines variés, sans parvenir à garder une place de travail fixe (cf. pièces 14 et 27).

Dès 1996, il a souffert de problèmes lombaires. En 2004, la symptomatologie est réapparue sous forme de lombalgies accompagnées progressivement d'une sciatique dans le membre inférieur gauche. Une IRM a mis en évidence une hernie discale L5-S1 qui a dû être opérée le 14 février 2005. L'évolution post-opératoire a été favorable et l'assuré a pu reprendre une activité professionnelle (cf. pièce 142, p. 360).

B. Le 31 août 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), afin d'obtenir un reclassement professionnel (pièce 2).

Le 5 décembre 2005, une incapacité de travail totale a été attestée par le Dr A _____, médecin traitant de l'assuré (pièce 142, p. 353). A la demande de l'assurance perte de gain maladie, une expertise a été mise en œuvre auprès du Dr B _____, FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 21 février 2006 (pièce 142, p. 355), l'expert a posé les diagnostics de lombosciatique irritative droite de topographie L5 et de status après lombosciatique gauche conduisant à une cure de hernie discale L5-S1 gauche en février 2005. Il a observé d'importantes restrictions fonctionnelles au niveau du rachis en raison de la lombosciatique suraiguë droite. Pour cette raison, il a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité d'aide électricien exercée par l'assuré et a estimé que la capacité de travail était également nulle dans une activité adaptée tant que le traitement était en cours.

Dès le 10 juillet 2006, le Dr A _____ a estimé que l'assuré était apte à reprendre à plein temps une activité sans port de charges, en positions alternées et avec pauses fréquentes (pièces 143, p. 375 et 377).

Par décisions séparées du 26 mars 2007, l'OAI a refusé à l'intéressé, d'une part, tout droit à des mesures d'ordre professionnel et, d'autre part, tout droit à une rente d'invalidité, dès lors qu'après comparaison des revenus sans et avec invalidité, la perte de gain ne s'élevait qu'à 14% (pièces 30 et 31).

C. En raison du développement de sciatalgies droites, un bilan radiologique a été réalisé les 6 avril 2007 et 8 mai suivant. Celui-ci a mis en évidence une hernie discale L4-L5 à droite. Pour cette raison, l'assuré a subi une 2^e opération, le 15 mai 2007, laquelle a été suivie d'une incapacité de travail temporaire de six semaines (cf. pièce 32, p. 82).

D. Le 2 décembre 2010, l'OAI a reçu une nouvelle demande de la part de l'assuré, qui était en incapacité de travail totale depuis le 6 novembre 2010 à la suite d'une 3^e microdissectomie L4-L5 réalisée le 2 novembre précédent (pièces 34 et 32).

Interpellé, le Dr C _____, médecin-chef du Service de neurochirurgie de l'hôpital de D _____, a indiqué que si l'évolution post-opératoire se faisait normalement, une reprise progressive d'une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg et permettant les changements fréquents de positions, pourrait avoir lieu dès avril 2011 (pièce 41 et 42).

Entendu par l'OAI le 25 janvier 2011 (pièce 49), l'assuré a expliqué qu'il avait essayé d'ouvrir sa propre entreprise de placement en juillet 2006, sans succès, qu'il avait ensuite repris un emploi temporaire d'aide électricien par le biais de l'agence E _____ SA (pièce 53) jusqu'à sa 2^e opération du 15 mai 2007 (cf. pièce 32, p. 82) et qu'il n'avait plus travaillé depuis lors.

Avec l'aide du service de réadaptation de l'OAI, l'assuré a été mis au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation de « webmaster » du 24 février 2011 au 16 juin 2011 (pièce 58).

Dans un rapport du 9 mai 2011, le Dr C _____ a considéré qu'au vu de l'évolution observée lors du dernier contrôle du 23 février 2011, une reprise progressive d'un travail adapté, sans travaux de force, en particulier sans travaux sur les chantiers, était exigible (pièce 67).

Mandaté pour analyser l'évolution de la situation sous l'angle médical depuis mars 2007, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), par la Dresse F _____, a noté que le Dr C _____ avait retenu les mêmes limitations fonctionnelles qu'en 2007 et qu'il estimait que le patient pouvait reprendre une activité adaptée à 100%. Le SMR a dès lors conclu que l'aggravation n'avait été que temporaire et que l'exigibilité était superposable à celle de 2007, à savoir 100% dans une activité en position alternée, avec deux pauses de 15 minutes, avec port de charges limité à 5-10 kg, sans travaux lourds et évitant les mauvaises postures (porte-à-faux et rotation du tronc) (pièce 70).

Le 15 juillet 2011, le Service de réadaptation a pris note de l'échec de l'assuré aux deux modules de formation de « webmaster » et a relevé que le premier marché du travail offrait suffisamment de postes adaptés aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, de sorte qu'il mettait un terme à son mandat (pièce 73).

Par décisions séparées du 24 octobre 2011 (pièces 88 et 89), l'OAI a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi que le droit à un reclassement professionnel, dès lors que l'exercice d'une activité légère et adaptée était toujours exigible, et entraînait une perte de gain de 16%. En revanche, il a octroyé à l'assuré une aide au placement afin de l'épauler dans ses recherches d'activités. Toutefois, en l'absence de collaboration de l'intéressé (pièces 95, 96, 104), le mandat a été classé le 7 mars 2013 (pièce 105).

E. En octobre 2015, l'assuré s'est adressé à IPT Intégration pour tous (pièce 107).

Le 10 juillet 2018, il a trouvé un emploi de concierge à 40% pour le compte de G _____ AG.

Dès le 31 janvier 2020, il a été mis en arrêt de travail totale par le Dr H _____, FMH en médecine interne auprès du Centre médical du I _____ (pièce 108).

F. Le 7 juillet 2020, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une nouvelle demande de prestations AI (pièce 111).

Dans un rapport du 5 août 2020, le Dr H _____ a indiqué que son patient avait subi une 4^e intervention au rachis lombaire le 12 septembre 2014 pour récurrence d'une hernie discale L5-S1 gauche et qu'en octobre 2018, il avait souffert d'un 1^{er} épisode de cervico-scapulalgies gauches et de brachialgies intermittentes dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 droite, laquelle avait récidivé en novembre 2019 et était devenue totalement incapacitante dès le 31 janvier 2020. De son point de vue, une réadaptation professionnelle s'imposait dans les meilleurs délais (pièce 113, p. 264). Il a également remis un rapport du Dr J _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique au Centre médical de K _____, qui avait examiné l'assuré le 8 avril 2020 ; à cette occasion, les brachialgies avaient disparu et il n'y avait pas de lésion compressive ; le praticien n'avait pas constaté de déficit de la mobilité au niveau cervical ni de souffrance aux articulations sacro-iliaques ni de trouble neurologique au niveau des membres inférieurs, mais une importante dysbalance musculaire pour laquelle il avait suggéré des séances de physiothérapie (pièce 113, p. 267).

Mandatée, la Dresse F _____ du SMR a constaté, le 17 août 2020, que le problème de cervico-brachialgies gauches était un élément nouveau par rapport à la dernière décision entrée en force et que cette atteinte cervicale entraînait des limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir : pas d'échelle, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et pas de travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs. En revanche, elle a considéré que ce trouble n'entraînait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que globalement, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé (pièce 116).

Par projet de décision du 17 août 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser toute prestation AI, dès lors que la capacité de travail était toujours de 100% dans une activité légère et adaptée, ce qui correspondait à une perte de gain de 12% après comparaison des revenus idoines et prise en compte d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé (pièce 115).

G. Le 22 octobre 2020, l'intéressé s'est opposé à ce projet, par l'entremise de M^e Romain Kramer (pièce 130). Il a contesté la valeur probante de l'avis de la Dresse F _____, qui n'avait pas tenu compte des conséquences de l'opération de 2014 et n'avait pas examiné l'assuré avant que ce médecin du SMR ne conclue que les cervico-brachialgies n'avaient pas de caractère incapacitant. L'assuré a déposé un rapport du Dr H _____ du 5 octobre 2020 qui attestait que la situation s'était aggravée depuis 2011 avec des cervico-scapulalgies gauches et des brachialgies intermittentes, qui justifiaient une incapacité de travail totale de longue durée depuis le 31 janvier 2019 (recte : 2020). De son point de vue, le rapport du SMR ne tenait pas suffisamment compte des nouveaux éléments cliniques et des plaintes de l'assuré.

Interpellé, le SMR a relevé que l'atteinte lombaire mentionnée par le Dr H _____ était connue de longue date et que l'opération de la récurrence de hernie discale de 2014 ne changeait pas les limitations retenues au niveau lombaire. Il a, en revanche, admis que l'atteinte cervicale était nouvelle et qu'il y avait lieu de tenir compte de limitations spécifiques à ce niveau. Il a toutefois expliqué qu'en l'absence de déficit neurologique sensitivomoteur, les cervicalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail durable dans une activité adaptée, mais uniquement des incapacités temporaires lors des phases d'exacerbation de la douleur. A l'instar du Dr H _____, il a confirmé que l'activité de concierge n'était plus exigible et que l'assuré devait se réadapter dans une activité compatible avec son état de santé (pièce 132).

Une prise de position a également été requise du Service de réadaptation, qui a fourni quelques exemples d'activités permettant la variation des postures, pouvant être adaptés sur le plan ergonomique et ne nécessitant pas de formation particulière (pièce 133).

Nanti de ces éléments, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations AI, par décision du 11 novembre 2020, dans la mesure où le taux d'invalidité était de seulement 12% par comparaison du revenu sans invalidité que l'assuré aurait perçu dans le domaine de la construction avec le revenu d'invalidité qu'il pouvait gagner pour des tâches simples tous domaines confondus, réduit de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles (pièce 134).

H. Le 16 décembre 2020, l'intéressé a recouru céans contre ce prononcé en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique pour déterminer sa capacité de travail, principalement à l'octroi d'au moins un quart de rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Comme lors de la procédure d'audition, il a critiqué la valeur probante de l'avis du SMR, qui s'était prononcé sans connaître la nature de l'opération de 2014 et sans l'examiner personnellement. Il a également contesté la compatibilité des professions retenues par le Service de réadaptation avec ses affections, notamment dans la mesure où il ne pouvait pas faire de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs. Enfin, il a contesté le revenu d'invalidité fondé sur l'ESS ainsi que l'abattement de 10% qui, de son point de vue, devait être porté à 25%. A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment déposé un rapport du 17 novembre 2020 du Dr H _____ qui contestait que le rendement puisse être de 100% dans les professions d'ouvrier de montage et de conditionnement retenues par le Service de réadaptation et qui estimait que le droit à un quart de rente d'invalidité devait être reconnu à son patient.

Répondant le 26 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a observé que la Dresse F _____ avait suivi le dossier depuis la 1^{ère} demande de prestations et était parfaitement au courant du contexte et des avis des médecins traitants. S'agissant de la 4^e opération de 2014, il a relevé qu'elle n'avait eu qu'un impact transitoire sur la capacité de travail de l'assuré, puisque celui-ci avait pu reprendre par la suite une activité professionnelle. Il a souligné que, dans son premier rapport du 5 août 2020, le Dr H _____ avait également préconisé une réadaptation professionnelle, ce qui signifiait qu'il convenait que des activités étaient encore exigibles. Enfin, il a rappelé que le marché du travail équilibré recouvrait suffisamment de postes adaptés aux limitations

du recourant, lequel était jeune, disposait de bonnes ressources, de sorte qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était suffisant.

Dans sa réplique du 8 mars 2021, le recourant a maintenu que les activités proposées n'étaient pas adaptées et a tenu à souligner qu'il n'avait pas réussi à conserver son emploi sur le long terme après l'opération de 2014 en raison des douleurs. Il a déposé un rapport d'IRM lombo-sacrée réalisée le 20 janvier 2021, lequel retenait des atteintes au niveau L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'un rapport du 25 janvier 2021 du Dr H _____ qui a estimé que ces résultats confirmaient les plaintes du patient et justifiaient une réduction de la capacité de travail de 50% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles.

Prenant position le 20 avril 2021, l'intimé a remarqué que l'IRM était postérieure à la décision litigieuse qui déterminait l'objet du litige et qu'elle ne traitait que des plaintes lombaires et non pas des cervicalgies. A la demande du SMR, les clichés des examens radiologiques de la colonne lombo-sacrée du 21 janvier 2021 et de la colonne cervicale du 30 janvier 2020 lui ont été transmis le 17 juin 2021.

Le recourant a également remis les deux nouvelles pièces suivantes :

- un rapport du 20 mai 2021 du Dr L _____, FMH en neurologie, qui concluait à une radiculopathie L5 bilatérale à composante aiguë et chronique, ainsi qu'à une atteinte purement séquellaire en S1 gauche, sans signe de souffrance neurogène aiguë ;
- un rapport du 25 mai 2021 de la Dresse M _____, FMH en neurochirurgie, qui proposait de procéder à une fixation L4-L5 et L5-S1 avec TLIF, décompression radiculaire L5 gauche directe et L5 droite indirecte.

Le 17 août 2021, l'intimé a versé en cause l'avis rendu par le SMR le 30 juillet 2021. Ce dernier y relevait que les douleurs des membres inférieurs de topographie radiculaire avaient été décrites pour la première fois dans le rapport du Dr H _____ du 17 novembre 2020 seulement, soit postérieurement à la décision entreprise, et qu'elles n'avaient pas nécessité des investigations en urgence. En outre, le SMR remarquait que, depuis le rapport du 17 novembre 2020, les douleurs cervicales et brachiales n'étaient plus mentionnées. De son point de vue, l'atteinte des racines nerveuses investiguées dès janvier 2021, pour laquelle un traitement spécifique était proposé, pouvait uniquement justifier une nouvelle demande de prestations AI.

Dans ses ultimes observations du 20 septembre 2021, le recourant a estimé qu'il était arbitraire de soutenir que les radiculopathies, qui constituaient une atteinte à la santé

dégénérative, étaient survenues postérieurement à la décision entreprise du 11 novembre 2020 uniquement parce que le Dr H _____ ne les avait signalées que dans son rapport du 17 novembre 2020, soit six jours après la décision. Il a également relevé qu'aucun rapport complet n'avait été demandé au médecin traitant, de sorte que l'absence de référence au syndrome douloureux cervical ne pouvait pas être retenue comme une preuve de son inexistence.

Cette écriture a été transmise à l'OAI pour information et l'échange d'écritures a été clos le 14 octobre 2021.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 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 16 décembre 2020, le présent recours à l'encontre de la décision du 11 novembre 2020, reçue par le mandataire le 16 novembre suivant, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI dans le contexte d'une nouvelle demande, singulièrement sur le point de savoir si, par analogie avec l'article 17 aLPGA, l'état de santé de celui-ci a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, partant, son droit à des prestations AI.

3.1 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 septembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3.2 Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (art. 17 aLPGA ; ATF 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

3.3 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. OFAS, Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffres 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à lui donner 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) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le

principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

4. L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du mois de juillet 2020, il sied d'examiner si un changement important des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision de refus de rente du 24 octobre 2011 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 11 novembre 2020 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence).

4.1 En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 24 octobre 2011, le recourant venait de subir une 3^e microdiscectomie L4-L5 le 2 novembre 2010 et souffrait de lombalgies chroniques sur status post cure de hernie discale L5-S1 gauche le 14 février 2005 avec déficit modéré sensitivomoteur du membre inférieur droit, canal lombaire étroit L4-L5 et status post microdiscectomie pour hernie discale L4-L5 le 15 mai 2007 (cf. rapport final du SMR du 30 mai 2011 ; pièce 70).

4.2.1 Lors de la nouvelle demande de juillet 2020, le Dr H _____ a signalé que l'assuré avait subi une nouvelle intervention sur le rachis lombaire en 2014 et qu'il avait présenté des cervico-scapulalgies gauches et des brachialgies intermittentes dès octobre 2018, dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 droite, lesquelles avaient justifié une incapacité de travail totale dans son emploi de concierge dès le 31 janvier 2020.

C'est en raison de ce dernier élément que l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant et de soumettre l'ensemble des rapports médicaux au SMR pour un avis final sur la capacité de travail encore exigible de la part de l'intéressé. Comme l'a relevé l'intimé, respectivement le SMR, la récidive de hernie discale L5-S1 opérée le 12 septembre 2014 n'était pas à proprement parler un élément nouveau, puisque l'atteinte lombaire était déjà connue depuis 2005 et que plusieurs limitations fonctionnelles avaient déjà été admises en lien avec cette problématique.

4.2.2 Quoi qu'il en soit, contrairement à ce que prétend le recourant, il sied d'admettre que le SMR a dûment apprécié l'ensemble du dossier médical dans ses rapports des 17 août 2020 et 28 octobre 2020. La Cour ne voit pas quel aspect médical aurait été négligé par le SMR. Ce dernier a tenu compte tant des lombalgies chroniques que des cervico-brachialgies gauches pour apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant. Toute une série de limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes a été reconnue. Ni le recourant, ni son médecin traitant ne le contestent.

Ces derniers estiment cependant que même en choisissant une activité parfaitement adaptée aux handicaps du recourant, la capacité de travail de celui-ci ne serait pas entière. Selon le Dr H _____, dans son dernier rapport du 25 janvier 2021 remis en cours de procédure, la capacité de travail résiduelle serait de 50% au vu de l'IRM lombaire du 20 janvier 2021 confirmant les plaintes du patient. Le médecin traitant ne motive toutefois pas son avis par des constatations objectives et ne dit pas quels éléments ayant un impact sur la capacité de travail n'auraient pas été pris en compte par le SMR. Il sied de relever que ce dernier ne nie pas les douleurs aux niveaux lombaire et cervical, mais qu'il estime que dans une activité adaptée (ce qui n'est pas le cas de l'activité d'aide électricien ni de celle de concierge qu'a exercées le recourant, contrevenant ainsi à son obligation de réduire le dommage) les douleurs ne seraient pas si intenses et n'empêcheraient pas le recourant de travailler. Comme l'a expliqué le SMR, en l'absence de déficit neurologique sensitivomoteur, les cervicalgies chroniques ne justifient pas une incapacité de travail durable mais uniquement des incapacités passagères durant les phases d'exacerbation (cf. pièce 132). Ce point de vue n'est pas spécifiquement remis en cause par le médecin traitant.

Par ailleurs, la Cour constate qu'avant d'estimer la capacité de travail résiduelle à 50%, le Dr H _____ soutenait qu'un quart de rente d'invalidité devait être octroyé au recourant, confondant manifestement les notions d'incapacité de travail et d'invalidité (cf. rapport antérieur du 17 novembre 2020 déposé à l'appui du recours), et qu'avant la procédure de recours, le même médecin estimait qu'une réadaptation professionnelle

s'imposait compte tenu du jeune âge du patient, sans mentionner une quelconque baisse de rendement (cf. rapport 5 août 2020 déposé à l'appui de la nouvelle demande de prestations ; pièce 113). Face à de tels avis fluctuants, la Cour ne saurait accorder plus de valeur probante à l'avis du médecin traitant qu'à celui du SMR, et ceci même si celui-ci n'a pas procédé à un examen personnel de l'assuré avant de se prononcer. En effet, un tel examen n'est pas indispensable si le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales fondées elles sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346), ce qui est le cas en l'espèce.

4.3 Le recourant prétend encore que les activités proposées par le service de réadaptation de l'OAI ne seraient pas compatibles avec son état de santé.

A cet égard, la Cour rappelle que selon une jurisprudence constante, le marché du travail offre un éventail large d'emplois simples et légers et ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, dont on doit reconnaître qu'un nombre significatif pourrait parfaitement convenir au recourant. On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, mais il ne faut non plus pas poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain (cf. arrêt 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3). Ainsi, même si les limitations fonctionnelles auxquelles est confronté le recourant peuvent paraître importantes, elles ne sont pas telles qu'elles l'empêchent d'exercer toutes activités. Même si certaines des activités listées par l'intimé (notamment ouvrier de montage dans l'horlogerie) ne paraissent pas pleinement adaptées, de nombreuses autres le sont comme celles d'employé au contrôle qualité dans le domaine de la petite production industrielle, visiteur mystère dans le domaine des banques et assurances, conseiller à la clientèle ou encore représentant.

5. Dans le cadre du recours, l'assuré a produit des rapports d'IRM et de neurologues postérieurs à la décision attaquée. Si selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie, en principe, la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; arrêt 9C_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2), ces documents ont néanmoins été soumis au SMR, qui a constaté, dans son avis du 30 juillet 2021, que les douleurs des membres inférieurs de type radiculaire avaient été rapportées pour la première fois le 17 novembre 2020 (soit postérieurement à la décision entreprise) et qu'elles n'avaient pas nécessité d'investigations en urgence. Il a relevé que ce n'était qu'en janvier 2021, que le bilan avait permis de poser un diagnostic clair et de proposer un traitement. Il a

dès lors conclu que cette aggravation de l'état de santé de l'assuré pourrait uniquement justifier une nouvelle demande et non remettre en question la décision attaquée.

La Cour se rallie à ces explications convaincantes. En effet, aucun document médical ne mentionne de signes de radiculopathie avant la décision attaquée, ni même de simples plaintes de l'assuré laissant suggérer ce genre d'atteinte. Ainsi, il sied d'admettre que l'aggravation - sous forme de radiculopathie L5 aiguë - est postérieure à la décision attaquée et ne remet pas en question la capacité de travail médico-théorique exigible du recourant à cette date-là.

6. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant conteste le revenu d'invalidé fixé sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), ainsi que le taux d'abattement de 10% qu'il estime insuffisant.

6.1 Lorsque la personne assurée n'exerce pas d'activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé ou, en tout cas, n'exerce pas une nouvelle activité lucrative que l'on peut raisonnablement exiger d'elle, les salaires des tables selon l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique peuvent être utilisés (ATF 148 V 174 ; 143 V 295 consid. 2.2). En règle générale, la valeur totale est appliquée. Dans la pratique, la comparaison des revenus effectuée à l'aide de l'ESS doit se baser sur le groupe de tableaux A (salaires bruts standardisés), en se référant généralement au tableau TA1_tirage_skill_level, secteur privé. En outre, lors de l'utilisation des salaires bruts standardisés, il convient, selon la jurisprudence, de partir à chaque fois de la valeur dite centrale (médiane) (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 126 V 75 consid. 3b/bb).

En l'occurrence, le recourant ne pouvant plus travailler dans la branche spécifique du bâtiment, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé au revenu moyen qu'il pourrait gagner dans n'importe quelle branche ou secteur d'activité, en effectuant des tâches simples et légères, à savoir de niveau de compétence 1, pour tenir compte du fait qu'il ne possède aucune formation.

6.2 L'intimé a ensuite procédé à un abattement de 10% sur le salaire statistique d'invalidé, pour tenir compte du fait que le recourant doit dorénavant se limiter à des activités légères et adaptées.

Selon la jurisprudence, une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique peut être appliquée pour tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, à savoir des limitations liées au handicap, de l'âge,

des années de service, de la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et du taux d'occupation (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le recourant estime qu'un abattement de 25% devrait être retenu dans son cas. Il n'avance toutefois aucun argument, qui serait susceptible de faire apparaître l'appréciation de l'intimé comme contraire au droit et inappropriée. En particulier, le recourant ne démontre pas que l'intimé aurait ignoré des facteurs pertinents, se serait fondé sur des considérations qui manquent de pertinence ou aurait violé le droit. En l'espèce, une déduction de 10% pour tenir compte du fait que l'assuré est dorénavant limité à l'exercice de tâches légères apparaît conforme à la législation et adéquate. Le taux d'invalidité arrondi de 16% doit dès lors être confirmé.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans, par appréciation anticipée des preuves, de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée 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 d'administrer d'autres preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; 122 II 464 consid. 4a).

8. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 11 novembre 2020 confirmée.

9. Les frais de justice par 500 fr. sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA et 69 al.1bis LAI).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.

Sion, le 15 mai 2023