

S1 21 67

JUGEMENT DU 24 MAI 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(Refus de rente et de mesures d'ordre professionnel)

Faits

A. X _____, né le xx.xxxx1, a obtenu un certificat de maturité en juin 2005. Il a ensuite poursuivi des études universitaires à A _____, obtenant un bachelor of Arts en lettres et sciences humaines en 2013. En dernier lieu, il exerçait depuis 2018 une activité de réceptionniste dans une gravière à B _____, laquelle impliquait également le port de charges de manière régulière.

B. En incapacité de travail totale depuis le 20 mars 2019 pour des maux de dos, il a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) le 5 septembre 2019.

Le 2 octobre 2019, sur mandat de l'assurance perte de gain de son employeur, l'assuré a été examiné par le Dr C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. Dans un rapport du lendemain, ce dernier a retenu un diagnostic de syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ni signe de discopathie significative. Il a fait références à deux IRM, l'une lombaire et cervicale du 13 mai 2019, qui avait mis en évidence une petite hernie discale paramédiane gauche en L1-L2 pouvant irriter la racine L2 à son émergence du fourreau dural, sans étroitesse ni sténose canalaire, et l'autre cervicale du 24 juin 2019 qui avait révélé la présence d'une hernie discale intra-foraminale gauche en C6-C7 avec possible mise à l'étroit de la racine C7 gauche dans son foramen et d'une discrète discopathie en C5-C6 et C6-C7. Il a estimé que dans l'activité habituelle de réceptionniste, une reprise à 50% était envisageable après un délai d'un mois, et que dans une activité sans port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 à 15 kg, l'assuré pourrait travailler à 100% immédiatement.

Dans des avis des 19 novembre et 9 décembre 2019, le Dr D _____, neurologue FMH, a conclu à l'existence d'un syndrome du tunnel carpien droit chez un droitier et a mentionné que l'assuré se plaignait de troubles sensitifs des 4 membres. Il a également émis l'hypothèse d'un déséquilibre immunitaire pour expliquer les troubles d'allure fonctionnelle survenus dans un contexte de choc psycho-affectif en lien avec le rejet scolaire, la difficulté à s'insérer dans un parcours professionnel épanouissant, une rupture sentimentale et la perte de son réseau social. Il a ainsi proposé de travailler sur ce registre d'ordre psychoaffectif, au moyen d'un suivi par un psychiatre ou un psychologue.

Interpellé par l'OAI, le Dr E _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu dans un rapport du 16 mars 2020 les diagnostics de hernie discale gauche L1-L2 et L6-L7. Selon lui, une capacité de travail de 3 heures par jour était exigible, sans décrire de limitations fonctionnelles, tout en précisant qu'il convenait d'éviter une chronicisation de la douleur à l'aide de séances de rééducation avec renforcement musculaire.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé le 16 avril 2020 que l'instruction du cas du recourant devait être poursuivie en sollicitant un avis médical de la Dresse F _____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Cette dernière a cependant signalé à l'OAI qu'elle n'avait vu l'assuré qu'à deux reprises et a ainsi renvoyé aux rapports du Dr D _____.

Dans un rapport final du 29 juin 2020, le SMR a ainsi retenu les diagnostics de syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de discopathie significative, de petite hernie discale paramédiane gauche en L1-L2, d'infiltration du foramen L1-L2 gauche de la colonne lombaire le 24 mai 2019, de hernie discale intra-foraminale gauche en C6-C7 et d'infiltration de la colonne cervicale le 17 mai 2019. Le SMR a relevé que l'assuré ne manquait pas de ressources : il marchait 20 à 30 minutes 2 fois par jour, pouvait faire du vélo pendant une heure, faisait la cuisine, du ménage léger et des courses peu importantes ; il pouvait rester assis 1 heure comme passager d'un véhicule et prendre les transports en commun et n'était pas limité uniformément dans tous les domaines. Le SMR a admis que l'activité de réceptionniste qu'il exerçait auprès d'une gravière n'était pas complètement adaptée compte tenu du fait qu'elle impliquait des ports de charges et a fixé la capacité de travail dans cet emploi à 50%. En revanche, une activité légère et adaptée restait possible à 100%, en position de travail alternée, avec un port de charge d'au maximum 10 à 15 kg occasionnellement, sans travaux lourds, sans travail en porte-à-faux ou en rotation du tronc et au-dessus de la tête et sans vibrations. La date d'exigibilité a été fixée au 2 octobre 2019, date de l'expertise du Dr C _____.

Le 2 juillet 2020, l'OAI a ainsi établi deux projets de décision, l'un visant à refuser à l'intéressé toute rente d'invalidité et l'autre lui niant tout droit à des mesures d'ordre professionnel.

L'assuré s'est opposé à ces prononcés par courrier parvenu à l'OAI le 4 août 2020. Il a fait valoir que sa maladie était particulièrement compliquée et ses hernies discales n'expliquaient pas toutes ses douleurs aux quatre membres, que l'expertise du

Dr C _____ était prématurée étant donné que sa situation médicale n'était pas stabilisée, contestant également la date du 2 octobre 2019 fixée par l'OAI pour l'existence de sa capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Il a rappelé qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 20 mars 2019 et que compte tenu de la pandémie Covid-19, il ne lui était pas possible de réintégrer le marché du travail en raison de cette période délicate.

Le 24 juillet 2020, l'assuré a effectué un bilan sanguin et une ponction lombaire auprès du service de neurologie de l'Hôpital de G _____. Le bilan sanguin a été qualifié de dans la norme et les résultats de la ponction lombaire ont été transmis au Dr D _____, lequel a considéré dans un avis du 30 octobre 2020 que les lombalgies étaient toujours présentes, évoluant en dents de scie. Il a retenu les diagnostics de syndrome du tunnel carpien droit, de syndrome lombo-vertébral et a évoqué une synthèse oligoclonale du liquide céphalo-rachidien en posant une hypothèse de névrite. Il a ajouté que le potentiel de réadaptation de l'assuré était très bon s'il était accompagné, soutenu, encouragé et reconnu. Il a listé le stress et des questions psycho-affectives comme éléments pouvant faire obstacle à une réadaptation.

Nanti de ces informations, le SMR a considéré dans son rapport final que cette dernière documentation médicale n'apportait pas d'éléments nouveaux, soulignant que le traitement médicamenteux ne comprenait qu'une thérapie dite naturelle sans antalgique ni antiinflammatoires ce qui ne parlait pas en faveur de douleurs d'intensité importante. Quant à la notion de déséquilibre immunitaire secondaire aux troubles psychoaffectifs soulevée par le Dr D _____, elle n'était pas reconnue scientifiquement de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

L'OAI a ainsi confirmé ses projets de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel dans deux décisions distinctes datées du 5 février 2021.

C. Dans deux écritures postées le 8 mars 2021, X _____ a interjeté recours contre ces décisions en soutenant être en incapacité de travail à 100% depuis le mois de mars 2019. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr C _____ ainsi que des avis du SMR, et a relevé que les certificats médicaux de ses médecins traitants avaient été ignorés à tort. Il a ajouté que ses douleurs lombaires et cervicales ne lui permettaient pas d'exercer une activité de bureau et qu'il était difficile de trouver un emploi dans le domaine dans lequel il avait suivi une formation. Le recourant s'est également plaint d'une violation de son droit d'être entendu dès lors qu'il n'avait pas eu accès aux rapports du SMR.

Dans sa réponse du 1^{er} juin 2021, l'OAI a rappelé la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux établis par les médecins traitant tout en relevant que la capacité de travail de 50% dès le 2 novembre 2019 avait été attestée par le Dr C _____, avec une augmentation de celle-ci à raison de 20% par mois par la suite. Il a également souligné que pour évaluer l'invalidité, il n'y avait pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide pouvait être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre.

L'assuré a répliqué le 18 août 2021 en continuant à critiquer l'expertise du Dr C _____, estimant que le phénomène de dents de scie de sa maladie n'était pas suffisamment et correctement pris en compte. Il a également contesté le fait que le Dr D _____ n'avait pas envisagé de nouvelles investigations, en joignant à son envoi un rapport de ce spécialiste du 1^{er} avril 2021 qui préconisait une évaluation universitaire auprès du centre de neuro-immunologie de H _____. Était également annexé à son écriture un avis médical de la clinique universitaire de neurologie de cet établissement, daté du 28 juin 2021 et signé par les Drs I _____ médecin-chef et par la Dresse J _____, qui faisait état d'un syndrome de douleur chronique récurrente avec fatigue ainsi qu'une légère perturbation sensorielle et faiblesse du cou droit du corps d'origine non claire ; en outre, ces spécialistes considéraient que d'un point de vue clinico-neurologique, aucun déficit clair ne pouvait être objectivé dans le cadre de la consultation actuelle et constataient une incohérence dans les résultats, ces derniers étant peu explicables d'un point de vue anatomique. Ils concluaient en préconisant des investigations médicales complémentaires.

L'OAI a déposé une duplique le 31 août 2021 en se référant à un avis du SMR du 23 août précédent, qui estimait que les derniers avis médicaux déposés apportaient un nouvel éclairage sur la situation médicale du recourant, mais ne permettaient pas de remettre en cause sa précédente appréciation. Il a ainsi maintenu ses conclusions de rejet des recours et de confirmation des décisions entreprises.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles remarques du recourant sur cette dernière écriture.

Considérant en droit

1.1 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.

Postés le 8 mars 2021, les recours à l'encontre des décisions du 5 février précédent ont été interjetés dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Les recours concernent le même assuré et les décisions entreprises concernent le même état de fait, portent sur des questions juridiques communes et les parties à la procédure sont les mêmes, de sorte qu'il se justifie de les liquider dans un seul jugement (ATF 131 V 59 consid. 1, 128 V 192 consid. 1).

1.2 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 en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2.1 Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu, dans la mesure où il n'aurait pas eu connaissance des rapports du SMR avant la décision du 5 février 2021.

2.3 La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'article 4 aCst. et qui s'applique également à l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b ; 127 III 578 consid. 2c ; 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; 124 V 181 consid. 1a ; 375 consid. 3b et les références). Une condition nécessaire du droit de

consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (ATF 128 V 278 consid. 5b/bb et les références).

De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 2^{ème} éd., 2006, n. 1346 ; cf. également ATF 134 V 97). Toutefois, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). En outre, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort et ainsi à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.4 En l'espèce, force est de constater que le recourant a eu accès à toutes les pièces de son dossier dans le cadre de la présente procédure et qu'il a pu faire valoir ses arguments devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen.

Dans ces conditions, renvoyer l'affaire à l'OAI serait une mesure vaine, formaliste et contraire au principe d'économie de procédure. En définitive, un renvoi de l'affaire ne ferait que prolonger artificiellement la durée du litige, que toutes les parties ont intérêt à voir se résoudre. Dès lors, le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu se révèle ainsi mal fondé.

3.1 Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant à une rente et à un reclassement, plus particulièrement sur l'appréciation médicale de sa capacité de travail dans une activité lucrative.

3.2 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).

3.3 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-là 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 l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un

examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

3.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une

expertise médicale (arrêts 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un syndrome lombovertébral et cervico-brachial, qui sont de nature à justifier des limitations fonctionnelles dans le cadre d'une activité professionnelle. Tant le Dr C _____ que le SMR ont d'ailleurs estimé que le port de charge devait être limité à 10-15 kg, qu'il convenait d'alterner les positions et que les travaux en porte-à-faux et en rotation du tronc ainsi qu'avec des vibrations devaient être évités. Cependant, de l'avis du SMR et du Dr C _____, une activité adaptée reste possible.

Le Dr D _____, neurologue traitant, a reconnu dans son rapport du 9 décembre 2019 que l'IRM cérébrale du recourant était dans la norme et que les troubles sensitifs hémicorporels et les fourmillements aux extrémités ne pouvaient être expliqués. Il a évoqué de nombreux facteurs de stress, un rejet scolaire, de la difficulté à s'insérer dans un parcours professionnel épanouissant, une rupture sentimentale humiliante, la perte du réseau social, soit autant d'éléments psychoaffectifs qui sont parmi les plus forts promoteurs de déséquilibres immunitaires et de troubles d'allure « fonctionnelle ». Il a

ainsi proposé à son patient de travailler dans des registres d'ordre psychoaffectif, social, professionnel, afin de trouver un meilleur équilibre dans sa vie. Dans un avis du 31 octobre 2020, il a estimé que l'incapacité de travail était entière dans le métier de réceptionniste pratiqué en dernier, mais n'a pas pris position sur une éventuelle capacité de travail dans un emploi adapté. Il a également pronostiqué un très bon potentiel de réadaptation si son patient était accompagné, soutenu, encouragé et reconnu, ce qui rejoint sa précédente appréciation selon laquelle ce ne sont pas les troubles lombaires et cervicaux qui pourraient engendrer une incapacité totale de travail, mais d'autres problématiques liées à certains facteurs de stress déjà mentionnés et pour lesquels aucune incapacité de travail n'a jamais été attestée.

Compte tenu de ces considérations, émanant de l'un des médecins traitants du recourant, et des avis convergents du Dr C _____ et du SMR, la Cour de céans considère que les plaintes de l'assuré sont dépourvues de socle objectif pouvant justifier une incapacité totale de travail dans toute activité et que les conclusions claires et cohérentes de l'expertise du Dr C _____ doivent être suivies, son rapport jouissant d'une entière valeur probante dès lors qu'il a été établi en connaissance de l'anamnèse et des autres pièces du dossier, notamment les IRM déjà pratiquées, et a décrit les plaintes de l'assuré pour en déduire qu'une activité adaptée restait possible. Aucun autre avis médical ne vient véritablement contredire cette expertise, qui plus est corroborée par le SMR, de sorte que c'est à bon droit que l'OAI en a suivi les conclusions.

Au cours de la procédure de recours, le recourant a produit un rapport du 28 juin 2021 établi par les Drs I _____ et J _____ de la clinique universitaire de neurologie de H _____. Ces derniers ont décrit un syndrome de douleur chronique récurrente, tout en constatant qu'aucun déficit clair ne pouvait être objectivé, les résultats des tests étant incohérents et peu explicables d'un point de vue anatomique. Faute de diagnostic clair se reposant sur des observations cliniques non équivoques, il est naturel que cette appréciation n'ait pas conduit le SMR à modifier ses conclusions précédentes. De l'avis de la Cour de céans, l'avis du SMR continue ainsi à jouir d'une entière valeur probante et les constatations des spécialistes bernois, qui d'ailleurs restent vagues et ne contiennent aucune conclusion claire quant à la capacité de travail de l'intéressé, ne sauraient invalider cet avis pris en connaissance de l'entier du dossier du recourant.

C'est ainsi à juste titre que l'OAI a estimé qu'il pouvait œuvrer dans un emploi adapté et lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

5.1 Dans son recours à l'encontre de la décision de refus de mesures d'ordre professionnel, le recourant a insisté sur son incapacité totale de travail dans toute activité. Ses arguments se recoupent ainsi avec ceux décrits à l'encontre de la décision de refus de rente.

5.2 Selon l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'article 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et arrêt 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1).

Comme exposé ci-dessus, la Cour de céans considère que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée, et son degré d'invalidité n'atteint pas le seuil de 20% requis par la jurisprudence. C'est donc également à bon droit que l'OAI lui a refusé des mesures d'ordre professionnel, étant en outre précisé que de telles mesures ne seraient pas susceptibles d'améliorer sa capacité de gain, compte tenu de sa formation déjà acquise.

6.1 En définitive, aucun des griefs articulés par le recourant ne peut être retenu de sorte que les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises du 5 février 2021 confirmées.

6.2 Par décision présidentielle du 19 avril 2021 (S3 21 34), l'intéressé a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle limitée à la dispense de l'avance des frais et de l'émolument pour la procédure de recours (art. 3 al. 1 let. a et b LAJ ; loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire). Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ, lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont mis à la charge de la collectivité.

Les frais de justice, sous la forme d'un émolument de jugement de 800 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge du recourant mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ et 69 al. 1*bis* LAI). A cet égard, le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'Etat du Valais s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 24 mai 2023