

S1 22 10

ARRÊT DU 3 JUIN 2024

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Emmanuel Crettaz, avocat, Sierre

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimée

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, contestation du taux d'invalidité, valeur probante de l'avis du SMR)

Faits

A. X _____, né le 5 octobre 1979, est au bénéfice d'un CFC de pâtissier-confiseur (2000) et d'un certificat de maître d'apprentissage (2006).

Cette première profession ayant dû être abandonnée en raison des séquelles d'une poliomyélite survenue durant sa prime enfance, l'intéressé a déposé une première demande de prestations AI en date du 27 janvier 2015. Dans ce cadre, il a bénéficié d'un reclassement en qualité d'employé de bureau. En juin 2019, il a obtenu une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP).

En juillet 2019, il a annoncé au centre ORIF d'Aigle qu'après mûre réflexion, compte tenu de ses douleurs, de sa fatigabilité et de sa situation familiale (4^{ème} enfant venant de naître), il avait décidé de chercher un emploi à un taux d'activité entre 50 et 60% (p. 470 du dossier AI), ce qui a été confirmé à l'OAI (p. 474 du dossier AI).

A cette époque, le Service médical régional (SMR) de l'AI, avait notamment relevé que l'assuré souffrait de séquelles de poliomyélite avec des lombalgies secondaires ; sur le plan psychique, on avait noté un état dépressif en cours d'amélioration, sans répercussion sur la capacité de travail (cf. également le rapport du Dr A _____, psychiatre, du 7 février 2019, p. 536 ss du dossier AI). Il souffrait par ailleurs d'une rhinoconjonctivite avec dyspnée en cas de contact avec des sciures de bois. Le SMR avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en position alternée, sans port de charges de plus de 10 kilos, sans marche prolongée, surtout en terrain irrégulier, sans exposition aux poussières, activité accroupie ou à genoux, sur des échelles ou des échafaudages, sans utilisation répétée des escaliers, sans mouvements en porte à faux du tronc ou contraignants pour la colonne lombaire (se pencher, rotations). Dans son rapport du 12 février 2020, le SMR s'était alors écarté de l'avis du Dr B _____, médecin traitant, limitant la capacité de travail de son patient à 50% (4 heures par jour) dans une activité adaptée (rapport du Dr B _____ du 17 décembre 2019, p. 528 ss du dossier AI, rapport SMR du 12 février 2020, p. 542 ss dossier AI). L'Office cantonal AI (OAI) du Valais avait ainsi retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que la profession d'employé de bureau.

Par décision du 16 mars 2020, l'OAI a nié le droit de X _____ à une rente, à de nouvelles mesures de reclassement ainsi qu'à une aide au placement. Suivant l'avis de son SMR, il a considéré que son assuré bénéficiait désormais d'une pleine capacité de

travail comme employé de bureau AFP. Son taux d'invalidité était alors de 12%. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. En date du 6 octobre 2020, X _____ a présenté une nouvelle demande de prestations en se prévalant d'une aggravation de son état de santé en raison d'une péjoration des séquelles neurologiques de sa poliomyélite (p. 576 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 14 octobre 2020, le Dr B _____ a indiqué que les dernières années avaient été perturbées par une aggravation progressive du tableau clinique relatif aux suites de sa poliomyélite, aggravation accrue durant les derniers mois avec des chutes à répétition, imprévisibles et imprévisibles, une boiterie et des douleurs à la marche et à la charge sévères en fin de journée. Le patient décrivait également des rachialgies en région dorso-lombaire prédominant à gauche déclenchées par les mouvements et aggravées en position statique. L'hémiplégie du côté droit s'était également aggravée au cours des derniers mois, traduisant une atteinte neurologique progressive. Le Dr B _____ avait dès lors adressé son patient à des spécialistes du Département de l'appareil locomoteur du C _____ pour une nouvelle évaluation (cf. *infra*), lesquels avaient retenu une atteinte neurologique progressive avec parésie du membre supérieur droit, non présente précédemment, ainsi qu'une fatigabilité accrue, une intolérance au froid, des douleurs modérées à sévères avec importante limitation (p. 592s. du dossier AI).

L'assuré a produit le rapport des spécialistes du Département de l'appareil locomoteur du C _____, les Drs D _____, médecin assistant, et E _____, médecin cadre hospitalier. Ces derniers avaient été consultés en date du 23 septembre 2020. Outre l'atteinte neurologique connue et qui s'aggravait progressivement, il n'y avait pas de « drapeaux rouges » à l'anamnèse. Ils ont pris acte que le patient avait interrompu son travail d'employé de bureau en raison de chutes et qu'il suivait alors un stage comme assistant professionnel. Ses 8 heures 1/2 de travail par jour l'épuisaient malgré les aménagements mis en place par son employeur, lui permettant de faire des pauses. Ils ont admis une aggravation neurologique objectivable depuis le rapport du Dr F _____, neurologue, de 2017, avec une parésie du membre supérieur droit qui n'était pas présente, l'installation d'une fatigabilité accrue et une intolérance au froid. A leur sens l'incapacité de travail était supérieure à 11% ; ils estimaient que l'intéressé devait alors se limiter à une activité à 50%, à adapter (p.594 ss du dossier AI). Ils ont ainsi attesté une incapacité de travail de 50% jusqu'au 30 novembre 2020 (à réévaluer ensuite), le patient ne devant pas travailler quotidiennement plus d'une demi-journée (p. 601 du dossier AI ; cf. également le courrier du 10 novembre 2020 du Dr D _____

confirmant la péjoration de l'état clinique de son patient, p. 627 du dossier AI). Par la suite, le Dr E _____ a confirmé avoir attesté une incapacité de travail de 50% du 23 septembre 2020 au 13 novembre 2020, « sans forcément préconiser un taux plus que cela » ; une nouvelle consultation par ce patient n'ayant pas été prévue, il ne pouvait se prononcer avec précision pour la période postérieure. S'agissant des limitations, l'intéressé devait s'orienter vers une activité permettant de changer de position, sans port de charges, utilisation de machines vibrantes et déplacements longs. Dans une telle activité, on pouvait s'attendre à une capacité de travail de 50% (rapport du 7 juin 2021, p. 701 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 2 novembre 2020, le SMR a admis la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé. Le Dr G _____ a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 23 septembre 2020, date du consilium des médecins du C _____, étant précisé qu'il n'y avait pas de profession mieux adaptée que celle d'employé de bureau. Selon le Dr G _____, l'aggravation était non seulement plausible mais était clairement établie, de sorte que les renseignements médicaux fournis étaient d'emblée suffisants pour statuer. Le pronostic demeurait incertain avec une lente dégradation demeurant possible (p. 618 ss du dossier AI).

En novembre 2020, des mesures d'intégration précoce ont été envisagées afin d'aider l'assuré à trouver une activité à 50% en attendant le terme du délai d'attente d'une année, courant dès l'aggravation de septembre 2020, requis avant de pouvoir statuer sur son droit à une rente (p. 617 du dossier AI). Néanmoins, compte tenu du caractère pleinement adapté de la profession d'employé de bureau, aucune mesure d'intégration précoce n'a finalement été jugé nécessaire. L'OAI partait du principe que les limitations étaient inchangées et que seul le taux d'occupation devrait être ramené à 50% (p. 628 ss du dossier AI).

Par le biais de l'Office régional de placement de l'assurance-chômage, l'assuré a fait, du 28 août 2020 au 28 février 2021 un stage à 80% auprès du H _____, à I _____, en qualité d'aide MSP auprès de jeunes requérants d'asile souffrant de troubles psychiques ou de difficultés d'intégration, activité qui lui a bien convenu, y compris au plan physique (p. 642 du dossier AI). Aucune place n'était toutefois disponible au terme de ce stage.

Ensuite, un stage de deux mois, du 10 mai au 13 juin 2021, comme employé de bureau a été aménagé par l'OAI auprès de la J _____, à K _____. Ce stage était

renouvelable jusqu'au 13 juin 2021 ; il prévoyait un horaire de 7 heures par jour réparti sur 3 jours par semaine.

Le 10 juin 2021, l'assuré a néanmoins signalé à l'OAI des douleurs dorsales et une fatigue importante qu'il corrélait à la prise de ses médicaments. Il a été rappelé à l'assuré qu'il pouvait demander de travailler uniquement à la demi-journée ou de travailler un jour sur deux (p. 706 du dossier AI). Il n'est pas établi que de tels aménagements ont été mis en œuvre (cf. *infra*).

Dans un rapport du 18 juin 2021, le Dr B _____ n'a pas précisé quel taux d'activité était exigible dans une activité adaptée. Il a uniquement précisé que ce taux était très limité et que le potentiel de réadaptation de son patient était nul.

Le 30 juin 2021, un bilan de stage a eu lieu en présence du responsable administratif de la J _____. Ce dernier a décrit un assuré motivé, intéressé et ponctuel ; l'intégration avait été bonne et son travail de qualité. Il a par contre fait part de beaucoup de lacunes (français, comptabilité, information lors de demandes des parents) et d'un faible niveau de formation pratique. Le responsable a également rapporté des problèmes liés à l'état de santé (perte de concentration/attention et de fluidité dans le travail). Un engagement n'était pas envisagé. L'OAI a averti son assuré du fait qu'en cas d'aggravation de son état de santé, il devait avertir l'Office afin de faire une « demande de plausibilité » (p. 715 du dossier AI). Le certificat de stage du 7 juillet 2021, confirmait notamment que l'horaire avait été de 7 heures par jours avec de courtes pauses matin et après-midi et un arrêt de 30 minutes à la mi-journée ; le responsable a répété que l'intéressé lui avait paru diminué par sa prise de médicaments et avait peiné à se déplacer, à monter/descendre les escaliers et à maintenir une position statique, assise ou debout prolongée, ce qui était à son avis problématique pour un travail de bureau (p. 718 du dossier AI).

Le 16 juillet 2021, le Dr B _____ s'est référé à la récente évaluation accomplie auprès du C _____ (p. 719 du dossier AI).

Le 5 août 2021, le conseiller ORP s'est inquiété auprès de l'OAI de l'aptitude de cet assuré à travailler compte tenu de la quantité de morphine (Targin) prise et des réserves émises dans le rapport de stage de la J _____ (p. 721 du dossier AI).

Toujours épaulé par l'OAI, l'assuré a ensuite accompli un stage au sein du Service des ressources humaines de L _____ ; il y a travaillé à la mi-journée (4h12/jour). Son

emploi était léger et adapté ; il fallait par contre monter deux étages à pieds, les locaux ne disposant pas d'ascenseur.

Le 5 août 2021, l'OAI a interpellé le Dr B _____ afin de savoir si l'état de santé de son patient s'était modifié et, dans l'affirmative, afin qu'il produise de nouveaux rapports médicaux y relatifs. L'assuré a également été invité à produire de nouvelles pièces médicales en cas de péjoration de son état de santé, l'OAI partant toujours du principe qu'il appartenait à son assuré d'instruire son dossier médical (p. 725s. du dossier AI).

Le 22 août 2021, l'intéressé a de nouveau fait part à l'OAI des douleurs dont il souffrait durant son stage. L'OAI lui a répété qu'il lui appartenait de requérir un rapport de son médecin en cas de péjoration de son état de santé (p. 728 du dossier AI).

Le 7 septembre 2021 l'OAI a rencontré l'assuré et son conseiller ORP. L'assuré a répété être entravé par les effets des médicaments qu'il devait prendre en quantité pour atténuer ses douleurs durant son stage. Le conseiller ORP a annoncé qu'il renonçait à exiger de l'intéressé qu'il poursuive ses recherches d'emploi compte tenu de la dégradation de son état de santé. L'assuré a de nouveau été invité à fournir un certificat d'incapacité de travail si besoin, hypothèse dans laquelle l'OAI recontacterait dans un second temps le Dr B _____ afin d'obtenir de nouveaux rapports médicaux (p. 732 du dossier AI).

Le 21 septembre 2021, le responsable du stage auprès de L_____ a confirmé que l'intéressé était vite fatigué et rapportait des pertes de concentration corrélées à la prise de médicaments (p. 734 du dossier AI). Le 23 septembre suivant, l'assuré a répété avoir dû augmenter sa dose de médicaments et ressentir fatigue et perte de concentration ; il lui arrivait parfois de devoir quitter prématurément son poste en raison de ses douleurs. Bien que content du travail fourni et du comportement de l'intéressé, le responsable du stage avait le sentiment que l'assuré faisait beaucoup d'efforts afin de surmonter ses problèmes de santé. L'OAI a alors annoncé à l'assuré qu'il mettait un terme au stage en raison de l'incompatibilité du poste, clôturait le mandat d'aide au placement et allait demander au médecin traitant de « réinstruire son dossier médical » (p. 735 du dossier AI).

En date du 24 septembre 2021, alors qu'aucun nouveau rapport médical n'avait été requis, l'OAI a notifié un projet de décision tenant compte d'un taux de capacité de 50%. Il prévoyait l'octroi d'une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 57%.

Le Dr B _____ a émis en date du 29 septembre 2021 un certificat médical attestant que son patient avait dû stopper son activité auprès de L _____ en date du 23 septembre 2021 pour raisons médicales (p. 748 du dossier AI).

Le Service d'aide au placement a rendu son rapport final en date du 27 septembre 2021. Il a souligné que les deux dernières places de stages comportaient des tâches adaptées aux limitations fonctionnelles. L'assuré y avait néanmoins ressenti de fortes douleurs et une péjoration de son état de santé, malgré notamment la bienveillance du personnel et la mise à disposition d'une chaise ergonomique lors du second stage. Il a été rappelé que le gestionnaire de dossier avait été invité à instruire le dossier médical étant donné l'aggravation annoncée par l'assuré (p. 745).

Le 3 novembre 2021, le gestionnaire du dossier a répondu au Service d'aide au placement de l'AI que c'était à l'assuré d'apporter des éléments médicaux probants concernant l'aggravation de son état de santé. Ce même jour, le Service d'aide au placement a invité son assuré à consulter rapidement son médecin traitant et à remettre à l'OAI le plus d'éléments médicaux possibles attestant la péjoration de sa situation, étant précisé qu'il fallait que ces nouvelles pièces soient communiquées avant la notification de la décision finale afin que son état de santé puisse être réévalué (p. 759 du dossier AI).

Le 4 novembre 2021, l'assuré a contesté le projet de décision du 24 septembre 2021 en se prévalant des problèmes de santé constatés par les responsables de la J _____ et des M _____ de L _____, malgré l'aménagement des postes et la prise importante de morphine. Il a ajouté que ses troubles avaient continué de s'aggraver après l'arrêt des stages. Il ne s'estimait pas apte à travailler, même à 50%. Le responsable de l'aide au placement l'ayant invité à reprendre contact avec son médecin traitant, il a annoncé avoir pris un rendez-vous avec ce dernier en date du 9 novembre 2021 et a ajouté qu'un rapport médical suivrait (p. 766 du dossier AI).

Le Dr B _____ a adressé son rapport à l'OAI en date du 12 novembre 2021. Il a rappelé le traitement mis en place et a souligné l'exacerbation des douleurs, des faiblesses musculaires et des troubles de la concentration sur importante fatigue induits par la médication et les efforts effectués au cours des stages, pourtant très bien adaptés. Le médecin traitant en a déduit qu'une réévaluation plus complète de la capacité de travail devait être opérée, estimant pour sa part ce patient totalement inapte au travail (p. 768 du dossier AI).

Dans un avis du 24 novembre 2021, le SMR, par le Dr G _____, a considéré que le Dr B _____ n'avait apporté aucun élément nouveau depuis les évaluations du Dr N _____ (CRR) et du C _____, mais n'avait proposé qu'une interprétation différente d'une situation objectivement inchangée. Il a notamment souligné que les lombalgies, la fatigabilité et les troubles de la concentration étaient par essence des éléments purement subjectifs et avaient déjà été pris en compte dans son rapport du 2 novembre 2020. Par ailleurs le traitement par Targin était inchangé depuis 2020 ; or, selon le Dr G _____, une tolérance aux opiacés s'installait en cas de prise sur le long terme, ce qui ne plaidait pas en faveur d'une péjoration des troubles de la concentration. Il n'a ainsi pas estimé utile d'instruire plus avant le dossier médical de cet assuré.

Par décision du 26 novembre 2021, écartant les griefs de son assuré, l'OAI a confirmé le droit à une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 57% dès le 1^{er} septembre 2021, terme du délai d'attente d'une année ayant couru dès le 23 septembre 2020.

C. X _____, représenté par Me Emmanuel Crettaz, a interjeté recours céans en date du 12 janvier 2022. En substance, il a mis en doute la valeur probante de l'avis du Dr G _____, lui reprochant de ne pas avoir clarifié la situation médicale alors même qu'il avait admis une péjoration de son état de santé. Il a par ailleurs critiqué le manque de motivation de la décision entreprise, laquelle violait ainsi son droit d'être entendu. Il a finalement mis en doute sa capacité de mettre en valeur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ainsi que le calcul de son taux d'invalidité. Le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise et, principalement, à sa mise au bénéfice d'une rente entière depuis une date à préciser après administration des preuves. Subsidiairement, il a requis le renvoi de la cause à l'intimé pour aménagement d'une expertise médicale bidisciplinaire. Plus subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause pour nouvel examen relativement au calcul du taux d'invalidité, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimé a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 8 février 2022. Il estimait que le recourant n'avait fourni aucune argumentation médicale objective et fondée, a contesté le grief de défaut de motivation et a souligné que le SMR avait précisément pour tâche d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il a ajouté que le calcul du taux d'invalidité avait bien été joint à sa décision, laquelle précisait que cette feuille de calcul en faisait partie intégrante. La mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction médicale, en particulier d'une expertise, ne lui paraissait pas nécessaire.

Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 7 mars 2022. L'intimé en a fait de même par duplique du 15 mars 2022.

La caisse de pension Manor, institution de prévoyance LPP, a renoncé à se déterminer sur le recours.

L'échange d'écritures a été clos en date du 6 septembre 2022.

Considérant en droit

1.

1.1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 12 janvier 2022, le présent recours à l'encontre de la décision du 26 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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.

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 et 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI, dans le cadre d'une procédure de révision (nouvelle demande). Plus particulièrement, il remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel l'OAI s'est fondé pour lui accorder une demi-rente d'invalidité fondée sur une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée.

2.1. 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). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (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).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.2. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avèreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 c. 2). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure.

A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, l'administration se doit ainsi d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles ; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

En l'occurrence, la plausibilité de l'aggravation a été admise et l'intimé est entré en matière sur la demande de révision.

Cela étant, l'Office intimé était tenu d'examiner la demande de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b), notamment en mettant en œuvre les mesures d'instruction médicale nécessaires. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit en effet chercher à établir de façon complète tous les faits pertinents de la cause, en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont elle a besoin (art. 43 al. 1 LPGA ; DTA 2010 p. 222 consid. 1.2). Le devoir d'instruction de l'autorité, appelé maxime ou principe inquisitoire, s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). En cas d'incertitude à propos d'un fait qui peut être démontré par document, renseignement, expertise, etc., l'autorité a le devoir d'étendre son instruction à cette question.

2.3. A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel complet du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le

même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

2.4. 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 la part de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au Service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis LAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, 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 LPG, 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral C_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 du Tribunal fédéral 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).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3).

Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2). 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

2.5. 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.

3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision du 16 mars 2020 reposant sur un examen complet du droit à la rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 26 novembre 2021.

En mars 2020, malgré les séquelles de sa poliomyélite avec lombalgies secondaires, un état dépressif en cours d'amélioration et une rhino conjonctivite dyspnée en cas de contact avec des sciures de bois, l'assuré était considéré comme ayant conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il devait alors s'orienter vers une profession en position alternée, sans port de charges de plus de 10 kilos, sans marche prolongée, surtout en terrain irrégulier, sans exposition aux poussières, sans activités en position accroupie ou à genoux, sur des échelles ou des échafaudages, sans utilisation répétée des escaliers, sans postures en porte à faux du tronc ni mouvements contraignants pour la colonne lombaire (se pencher, rotations). Le métier d'employé de bureau avait été considéré comme adéquat. L'avis contraire du Dr B _____, limitant la capacité de travail de son patient à 50%, avait alors été écarté.

A l'appui de la nouvelle demande du 6 octobre 2020, le recourant a produit une série de pièces médicales. Dans son rapport du 14 octobre 2020, le Dr B _____ a fait mention d'une aggravation progressive du tableau clinique relatif aux suites de la poliomyélite, aggravation accrue durant les derniers mois avec des chutes à répétition, imprévisibles et imprévisibles, une boiterie et des douleurs à la marche et à la charge sévère en fin de journée. Il a ajouté des rachialgies en région dorso-lombaire et une aggravation de l'hémiplégie du côté droit. Les spécialistes du C _____, en

particulier le Dr D _____, ont confirmé l'atteinte neurologique progressive avec une parésie du membre supérieur droit, non présente précédemment, l'installation d'une fatigabilité accrue et une intolérance au froid. Un horaire de travail de 8h30 par jour épuisait ce patient malgré les aménagements mis en place par l'employeur. Lors de leur examen du 23 septembre 2020, les médecins du C _____ ont alors attesté jusqu'au 30 novembre 2020 une incapacité de travail de 50%, étant précisé que l'intéressé ne devait pas travailler durant plus d'une demi-journée. Ce degré de capacité de travail était « à adapter » et aurait dû être réévalué après le 30 novembre 2020 par un autre praticien, les spécialistes du C _____ n'ayant pas prévu de revoir l'intéressé.

Dans son rapport du 2 novembre 2020, le SMR, par le Dr G _____, a admis la plausibilité de l'aggravation dès le 23 septembre 2020 et a retenu une capacité de travail de 50% dès cette date dans la profession d'employé de bureau, jugée des plus adaptées. Il a dès lors posé que la situation médicale était claire et qu'on pouvait statuer sans mettre en œuvre d'autre mesure d'instruction médicale. Il a néanmoins ajouté que le pronostic était incertain, une lente dégradation demeurant possible.

Sur cette base, l'OAI a admis que l'assuré avait rendu une aggravation de son état plausible. Néanmoins, la date de la péjoration remontant au 23 septembre 2020, il fallait que cette dernière perdure durant une année avant de pouvoir statuer à nouveau sur le droit à une rente. Dans cette attente, l'OAI, suivant l'avis du SMR en partant du présupposé que la capacité de travail allait demeurer de 50%, n'a pas jugé utile de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction médicale durant cet intervalle.

Il sied dès lors de vérifier si, à l'aune des éléments versés au dossier, la capacité de travail prévalant en septembre 2020, par 50%, demeurerait encore suffisamment établie lorsque l'intimé a statué en date du 25 novembre 2021 ou si, entre-temps, des éléments avaient mis ce taux de capacité en doute, ce qui aurait justifié l'aménagement de mesures d'instruction complémentaires.

Du 28 août 2020 au 28 février 2021, le recourant a accompli un stage à 80% auprès du H _____, à I _____, en qualité d'aide MSP. Cette activité lui a bien convenu, y compris au plan physique ; aucune place de travail n'a toutefois pu être proposée à son issue.

Les autres stages mis en œuvre par la suite ont été moins concluants. Lors de son engagement de deux mois à la J _____, du 10 mai au 13 juin 2021, au taux de 50%, l'assuré a rapporté une fatigue et des douleurs importantes. L'employeur a par ailleurs

signalé des problèmes de pertes de concentration/attention et de fluidité dans le travail. L'intéressé lui avait paru diminué par son traitement antalgique.

On ignore si cette activité était pleinement adaptée. En effet, il n'est pas établi que l'intéressé a pu se limiter à une activité à la mi-journée comme préconisé par les spécialistes du C _____ ; *a priori*, cela ne semble pas avoir été le cas, puisqu'un horaire de sept heures par jour a été mentionné dans le rapport de stage. De même, le responsable du stage indique que l'intéressé peinait à se déplacer, à monter/descendre les escaliers et à maintenir une position statique assise. Or, il est rappelé que, dans la décision de mars 2020 déjà, l'OAI avait précisé que l'intéressé devait notamment pouvoir œuvrer en position alternée, sans marche prolongée, surtout en terrain irrégulier et sans utilisation répétée des escaliers. De même, en septembre 2020, les praticiens du C _____ avaient préconisé une activité permettant l'alternance des positions. Ces éléments mettaient dès lors en doute l'adéquation du stage auprès de cette fondation. Aucune investigation n'a été néanmoins faite à l'aune de ces plaintes.

Le stage aux M _____ de L _____ s'est également soldé par un échec et a même été interrompu en raison de l'aggravation des troubles annoncée malgré l'adaptation du poste. Le Service d'aide au placement a du reste préconisé la poursuite de l'instruction médicale (pp. 735 et 745 du dossier AI). Pour sa part, le Dr B _____ a attesté que le second stage, pourtant adapté, avait dû être interrompu pour raisons médicales en date du 23 septembre 2021 ; dans son rapport du 12 novembre 2021, il a expressément préconisé une réévaluation plus complète de la capacité de travail de son patient compte tenu de l'exacerbation des douleurs, des faiblesses musculaires et des troubles de la concentration sur importante fatigue induits par la médication et les efforts effectués au cours des stages.

A défaut de nouvel examen médical, le Tribunal ignore ainsi si l'augmentation des plaintes, voire de la prise d'antalgique avec effet potentiel sur la capacité de concentration, était médicalement justifiée ; en effet, l'intimé est parti du présupposé erroné qu'il appartenait à l'intéressé d'apporter des preuves d'une éventuelle péjoration de son état (cf. *supra*).

A l'aune de ces éléments, le Tribunal constate que la situation au moment où l'intimé a statué, en novembre 2021, n'était pas suffisamment établie. Cela vaut d'autant plus que, dans son rapport du 7 juin 2021, le Dr E _____ avait précisé n'avoir attesté une capacité de travail de 50% que de manière plutôt imprécise, à réévaluer « sans forcément préconiser un taux plus que cela », pour la période limitée du 23 septembre

2020 au 13 novembre 2020. Les praticiens du C _____ ont précisé qu'ils ne pouvaient se prononcer avec précision pour la période postérieure au 13 novembre 2020. Ils n'ont ainsi pas posé d'avis médical clair quant à la capacité de travail de l'intéressé à long, voire même moyen terme (pas plus de deux mois). Partant, contrairement à l'avis du SMR, sur lequel s'est appuyé l'intimé, on ne saurait tenir le seul avis des praticiens du C _____ comme étant suffisant pour statuer au-delà de la période du 23 septembre 2020 au 13 novembre 2020 ; en particulier, compte tenu des difficultés rencontrés lors des derniers stages et des certificats du Dr B _____, l'évaluation du C _____ ne permettait pas de statuer en connaissance de cause sur la situation de l'assuré en date de la décision entreprise. Il est finalement rappelé que le SMR lui-même avait admis que le pronostic demeurait incertain, une lente dégradation demeurant possible. Le Tribunal n'est dès lors pas en position d'éléments médicaux suffisamment clairs et probants pour pouvoir statuer en l'état du dossier.

L'autorité cantonale qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder elle-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'intimé aurait dû poursuivre son instruction en interpellant les experts du C _____ en vue d'un nouvel examen, ou en mandatant d'autres spécialistes afin d'avoir un avis actualisé sur l'état de santé du recourant au moment de la décision

entreprise, notamment à l'aune des problèmes survenus lors des derniers stages et de l'avis du Dr B _____.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

4.1 En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

4.2 La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI).

La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Eu égard à l'issue de la cause, X _____ a obtenu gain de cause. Les frais de procédure arrêtés au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI).

4.3 Aux termes des articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a; 110 V 365 consid. 3c; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b).

Selon l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 5D_54/2014 du 1^{er} juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de

l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. Ainsi, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

En l'occurrence, le mandataire du recourant a rédigé un recours motivé de 23 pages, une réplique de 4 pages et un courrier. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocat du recourant, de la complexité moyenne de l'affaire et de l'ampleur du dossier, la Cour fixe des dépens à charge de l'intimé à un montant arrondi de 2200 francs, débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar).

Prononce

1. Le recours est admis. La décision du 26 novembre 2021 est annulée et le dossier est renvoyé à l'Office cantonal AI du Valais pour instruction médicale complémentaire dans le sens du considérant 3.
2. L'Office cantonal AI du Valais versera à X _____ une indemnité de 2200 francs pour ses dépens.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 3 juin 2024