

S1 23 192

ARRÊT DU 10 JUILLET 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Michael Steiner et Christophe Joris, juges ;
Delphine Rey, greffière

en la cause

A.____, recourant, représenté par Maître Alexandre Lehmann, avocat, Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, Sion, intimé

(nouvelle demande, rente d'invalidité, mesures d'ordre professionnel)

Faits

A. A.____, né en 1975, de nationalité portugaise, a travaillé comme aide-viticulteur à plein temps du 27 septembre 2019 au 28 septembre 2020 (p. 626 ss du dossier AI). Auparavant, il avait été employé comme manœuvre sur les chantiers (p. 5 ss du dossier AI).

B. Le 28 novembre 2006, l'assuré est entré en collision avec une voiture alors qu'il circulait au guidon de sa moto. Il a subi un traumatisme abdominal avec rupture d'un kyste hydatique hépatique. Deux jours plus tard, il a bénéficié d'une hémi-hépatectomie droite avec résection diaphragmatique partielle (p. 1247 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 25 juin 2007, le Prof. B.____, spécialiste en chirurgie viscérale, générale et d'urgence FMH, a mentionné la présence d'une probable pseudarthrose de la xiphoïde (p. 452 du dossier AI). En raison de la persistance des douleurs au niveau de la paroi abdominale, l'assuré a séjourné du 11 au 31 juillet 2007 à la C.____ (ci-après : C.____). Lors de son séjour, il a par ailleurs mentionné des lombalgies chroniques depuis l'accident (p. 50 ss du dossier AI). En février 2008, le Dr D.____, spécialiste en médecine générale FMH, a indiqué que son patient présentait une discopathie L4-L5 et L5-S1 associée à une hernie discale L4-L5 et L5-S1 droite (p. 1263 du dossier AI).

Le 7 avril 2009, l'assuré a subi un traumatisme du 3^{ème} doigt de la main droite avec suspicion de fracture de la phalange moyenne, laquelle a été traitée conservativement et a entraîné une incapacité de travail de quatre semaines (p. 1397 ss du dossier AI).

C. Le 22 août 2009, l'assuré a été victime d'une chute à vélo, laquelle a mis en évidence une pseudarthrose du scaphoïde carpien gauche (p. 1225 du dossier AI).

Le 23 octobre 2009, une décompression du nerf médian du tunnel carpien droit a été réalisée (p. 44 du dossier AI).

Le 9 février 2010, l'assuré a bénéficié d'une cure de pseudarthrose du scaphoïde carpien gauche, puis de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 6 décembre suivant (p. 1390 du dossier AI).

D. Le 25 mai 2010, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office AI du Valais (ci-après : OAI). Il a indiqué s'être fracturé deux doigts de la main droite ainsi que le poignet gauche (p. 5 ss du dossier AI).

En avril 2011, l'assuré a subi d'une fracture pluri-fragmentaire intra-articulaire proximale de la phalange proximale du pouce gauche, laquelle a été traitée par ostéosynthèse (p. 1435 du dossier AI).

Le Dr E.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH et médecin SMR, a procédé à un examen personnel de l'assuré. Dans son rapport du 13 mars 2012, il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status post-cure de pseudarthrose du scaphoïde carpien gauche par greffe cortico-spongieuse et vissage le 9 février 2010, de lombalgies récidivantes (discarthrose L4-L5 avec petite hernie paramédiane droite, discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane droite et rétrolisthésis de L5-S1 de degré un selon Meyerding) et de possible pseudarthrose de l'apophyse xiphoïde séquellaire de l'accident du 28 novembre 2006. Il a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité du 22 août 2009 au 25 août 2011, puis une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, position de travail alternée assis-debout, pas de porte-à-faux ni de rotation du tronc, pas de manutention en force et port de charges limité à 15 kg) dès le 26 août 2011 (p. 201 du dossier AI).

En raison de la persistance des douleurs au niveau de la main gauche, l'assuré a effectué un nouveau séjour à la C.____ du 18 décembre 2012 au 9 janvier suivant (p. 1453 ss du dossier AI).

Le 10 avril 2013, l'assuré a subi une panarthrodèse du poignet gauche (p. 1504 s du dossier AI). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 27 mars 2015 (p. 1546 du dossier AI).

Le 15 juillet 2013, l'assuré a subi une ostéosynthèse par voie palmaire en raison d'une fracture du radius gauche diaphyso-métaphysaire (p. 1503 du dossier AI).

Le 17 décembre 2013, l'assuré a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la malléole externe et une suture osseuse de la malléole interne de la cheville gauche des suites d'une chute dans les escaliers en décembre 2013 (p. 1533 et 1568 du dossier AI). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 13 octobre 2014 (p. 1540 du dossier AI).

En raison de douleurs abdominales, l'assuré a été hospitalisé au Service de chirurgie de F.____ du 21 au 27 octobre 2015 puis du 29 octobre 2015 au 6 novembre suivant, où il a subi une laparotomie exploratrice, adhésiolysse et section de bride charnue d'une anse

jéjunale accolée au diaphragme droit et suture de lésions séreuses (p. 405 s du dossier AI).

Par décisions du 25 janvier 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2010 au 30 novembre 2011 et du 1^{er} juin 2012 au 30 novembre 2015. En substance, il a reconnu que l'assuré présentait dans toute activité professionnelle une incapacité de travail totale justifiée médicalement depuis le 22 août 2009. Dès le 26 août 2011, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail, avec un rendement normal, dans une activité adaptée. En raison d'une récurrence de la maladie, une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, a été octroyée à l'assuré dès le 1^{er} juin 2012. Une activité adaptée était de nouveau exigible à 100% dès le 1^{er} septembre 2015 (p. 291 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 28 novembre 2016, les médecins du Service d'orthopédie-traumatologie de F._____ ont rappelé que l'assuré avait subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse d'une fracture bimalléolaire en 2013 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2014 avec complication d'infection et de déhiscence de la plaie. Ils ont indiqué que l'assuré avait bénéficié le 17 novembre 2016 d'une arthroscopie de la cheville gauche. L'évolution était favorable (p. 397 ss du dossier AI).

E. Par courrier du 20 février 2017, l'assuré a informé l'OAI d'une aggravation de son état de santé (p. 346 du dossier AI). Dans la demande de prestations AI complétée le 6 mars 2017, il a mentionné plusieurs atteintes à la santé, à savoir au pied gauche, à la main gauche, à l'estomac et à la colonne vertébrale ainsi que des problèmes psychologiques (p. 350 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 7 mars 2017, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale FMH, a rappelé que son patient avait été victime de plusieurs accidents ayant eu pour conséquences de nombreuses interventions chirurgicales notamment au niveau des membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'une importante intervention avec hémi-hépatomie droite avec résection diaphragmatique partielle. En raison de complications de type pseudo-arthrose une reprise opératoire avait été nécessaire afin de soulager les douleurs. En novembre 2016, son patient a subi une arthroscopie de la cheville gauche. Il présentait toujours une boiterie à la marche, de fortes douleurs ainsi qu'une tuméfaction de la cheville. Un nouveau séjour à la C._____ était programmé. Il a estimé que son patient ne pouvait pas retrouver une activité professionnelle en milieu économique libre et des doutes persistaient quant à la possibilité d'un travail adapté (p. 362 s du dossier AI).

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H.____, le 23 octobre 2017. Ce dernier a retenu les diagnostics de status après réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture bimalléolaire de la cheville gauche en 2013 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2014, d'arthrose de la cheville gauche et ténosynovite des tendons des péroniers latéraux à gauche opérés d'une arthroscopie avec synovectomie à gauche et de ténosynovectomie des péroniers latéraux. Il a considéré qu'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle n'était pas envisageable. En revanche, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec son membre inférieur gauche (pas de travail lourd, pas d'activité de marche, pas de déplacement dans des terrains accidentés, pas d'activité nécessitant l'utilisation d'échelles et d'échafaudages ni la montée et la descente d'escaliers, pas de travail en position accroupie, pas de port de charges lourdes et possibilité de s'asseoir régulièrement) (p. 1566 ss du dossier AI).

Le 22 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2018 (p. 471 ss du dossier AI). L'assuré a contesté ce projet le 22 février suivant (p. 482 du dossier AI).

Le 12 mars 2018, la CNA a mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2018 en lien avec les événements d'août 2009 et décembre 2013 (p. 1581 s du dossier AI).

Dans un courrier du 6 avril 2018, le Dr G.____ a notamment exposé les différentes atteintes à la santé de son patient. Il a en outre listé tout ce que ce dernier ne pouvait pas faire : – soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges mêmes légères – marcher longtemps, marcher sur un terrain accidenté ou instable – garder la même posture, debout ou assis plus de 30 à 60 minutes – travailler dans une position instable, engendrant un risque de chute (échafaudages, échelles, escaliers) – effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents des membres inférieurs et supérieurs – pivoter sur le membre inférieur gauche – monter/descendre fréquemment plusieurs escaliers – manipuler ou saisir des objets du bout des doigts – faire du travail de précision (guider, placer, régler, ajuster) – exécuter des mouvements rapides des doigts, des poignets et de la cheville – fermer complètement la main, tenir, serrer, faire des gestes de visser, dévisser – effectuer des mouvements complets de flexion, d'extension, de latéralité ou de rotation du poignet et de la cheville (p. 484 ss du dossier AI).

Par décision du 17 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 janvier 2018 (p. 495 ss du dossier AI).

Par décision du 5 février 2019, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité était inférieur au 10% minimum. Elle lui a en outre alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% (5% pour l'événement du 28 novembre 2006, 15% pour celui du 22 août 2009 et 10% pour l'accident du 11 décembre 2013) (p. 1585 ss du dossier AI).

F. Le 28 septembre 2020, l'assuré a été victime d'un accident qui a entraîné des fractures de l'arc antérieur de la 3^e à la 9^e côte à droite (p. 1592 s du dossier AI).

Le 26 novembre 2020, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI auprès de l'OAI, accompagnée d'un certificat médical établi par le Dr G.____ attestant une incapacité de travail totale dès le 20 novembre 2020 puis une reprise de travail à plein temps dès le 19 décembre suivant (p. 505 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 28 janvier 2021, le Dr G.____ a d'abord rappelé les problèmes de santé de l'assuré. Il a ensuite expliqué que son patient avait subi des fractures de l'arc antérieur de la 3^e à la 9^e côte à droite le 28 septembre 2020. Il a considéré que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée (p. 530 s du dossier AI).

Dans un avis du 22 février 2021, le SMR a considéré que la seule nouvelle atteinte à la santé de l'assuré étaient des fractures en série des côtes droites, lesquelles justifiaient une incapacité totale de travail du 28 octobre 2020 au 18 décembre suivant. L'exigibilité était ensuite inchangée et superposable à celle qui existait avant l'accident du 28 septembre 2020. Il a précisé que le niveau socio-culturel, l'absence de scolarité et l'analphabétisme étaient des facteurs extra-médicaux et sans répercussion sur la capacité de travail. Il a rappelé que le Dr E.____ avait retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier de chantier depuis le 22 août 2009 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles consécutives à la cure de pseudarthrose du scaphoïde carpien de la main gauche et aux lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (p. 552 ss du dossier AI).

Par décision du 19 avril 2021, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité (p. 556 ss du dossier AI). Non contestée, cette décision est entrée en force.

G. En raison de scapulalgies bilatérales, une échographie et des radiographies des épaules ont été réalisées le 28 septembre 2021. Ces examens ont mis en évidence une déchirure médio-distale du tendon et une enthésopathie calcifiante du sous-scapulaire sans déchirure significative à droite et une enthésopathie calcifiante de l'insertion du sous scapulaire à gauche (p. 668 ss du dossier AI).

I.____ SA, assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, a reconnu une incapacité de travail dès le 23 septembre 2021. Après avoir consulté son service médical (Dr J.____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH), elle a informé l'assuré le 18 mars 2022 qu'elle verserait des indemnités journalières entières jusqu'au 31 mars 2022, puis de 50% jusqu'au 1^{er} mai 2022 (p. 1596 du dossier AI).

Le 18 mai 2022, l'assuré a été opéré par le Dr K.____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite avec reconstruction de la coiffe des rotateurs, ténodèse biologique du tendon du long chef biceps (LCB), acromioplastie et résection prophylactique de la clavicule latérale de l'épaule droite en raison d'une lésion antéro-supérieure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (p. 646 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 4 juillet 2022, le Dr K.____ a indiqué que l'évolution post-opératoire était lentement favorable. Il a proposé à l'assuré de poursuivre la rééducation en physiothérapie et de suivre des séances de balnéothérapie. Il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle (p. 652 s du dossier AI).

Dans un rapport de consultation du 6 septembre 2022, le Dr K.____ a indiqué que l'assuré se plaignait toujours de douleurs à l'épaule droite mais également au membre supérieur gauche et à la cheville gauche. Il a recommandé la poursuite de la rééducation en physiothérapie. Il a en outre prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au prochain contrôle et a indiqué qu'un travail de force semblait difficile à reprendre pour l'assuré (p. 650 s du dossier AI).

H. Le 27 septembre 2022, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations AI auprès de l'OAI en y mentionnant une aggravation de son état de santé depuis le 22 septembre 2021. Il a joint à sa demande les rapports médicaux suivants (p. 626 ss du dossier AI) :

- Un rapport du 29 août 2022 dans lequel le Dr G.____ a expliqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis avril 2021 en raison d'une atteinte aux épaules, principalement à l'épaule droite. Ce médecin a indiqué que son patient était toujours en réhabilitation suite à son opération à l'épaule droite et que son incapacité de travail était totale. Il a considéré qu'au vu des nombreuses atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait plus travailler dans un circuit économique libre (p. 617 ss du dossier AI).

- Un rapport daté du même jour dans lequel les Drs L.____ et M.____ du N.____ (ci-après : N.____) ont indiqué que l'assuré avait repris un suivi auprès de leur service le 22 septembre 2021. Ils ont retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Ils ont indiqué que d'un point de vue purement psychiatrique, l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée tenant compte de sa fragilité psychique (p. 615 s du dossier AI).
- Un rapport du 13 septembre 2022 dans lequel le Dr K.____ a indiqué suivre l'assuré depuis octobre 2021 en raison d'une rupture partielle bursale du tendon supra-épineux de l'épaule droite et d'une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche sans rupture. Dès lors que l'évolution avait été défavorable après un traitement conservateur, une reconstruction du tendon supra-épineux droit avait été réalisée le 18 mai 2022 (p. 613 s du dossier AI).

Dans un rapport du 30 novembre 2022, le Dr G.____ a rappelé les atteintes à la santé de son patient. Concernant les épaules, il a indiqué que l'assuré présentait une enthésopathie calcifiante de l'insertion du sous-scapulaire de l'épaule gauche et qu'il avait été opéré le 18 mai précédent à l'épaule droite. Il a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle tant dans son activité d'ouvrier agricole que dans une activité adaptée. Il a rappelé les limitations fonctionnelles de son patient (p. 663 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 6 décembre 2022, le Dr K.____ a indiqué que son patient se plaignait toujours de douleurs à l'épaule droite à la mobilisation ainsi qu'au niveau du membre supérieur gauche et de la cheville gauche. Il a noté qu'au vu des douleurs, il était difficile d'objectiver la guérison de la coiffe des rotateurs. Il a proposé de compléter le bilan par une arthro-IRM. Il a prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au prochain contrôle et a proposé à son patient d'entreprendre les démarches administratives auprès de l'OAI (p. 696 s du dossier AI).

Dans un rapport du 5 janvier 2023, le Dr O.____ du N.____ a confirmé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il a indiqué que l'assuré prenait du Zolpidem en raison de ses problèmes de sommeil. Il a ajouté que la prise d'un antidépresseur avait été interrompue en raison des effets secondaires. La prise d'un tel médicament allait cependant être discutée lors du prochain contrôle. Il a indiqué que l'assuré présentait des difficultés de concentration et une asthénie physique et psychique, lesquelles constituaient des facteurs limitants pour son travail. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle. En revanche, il pouvait

reprendre progressivement un travail adapté tenant compte de sa fatigabilité, de ses problèmes de concentration et de ses problèmes d'attention à hauteur de 30 à 40%. Il a souligné l'importance des problèmes physiques. Il a en outre émis un doute quant aux capacités intellectuelles de l'assuré (p. 678 ss du dossier AI).

L'assuré a été vu par le Dr K._____ le 12 janvier 2023. Ce médecin a indiqué dans son rapport du 16 janvier que l'examen clinique avait montré une cicatrice calme, l'absence de trouble neurovasculaire, une mobilité gléno-humérale passive en abduction de 90°, une flexion de 90°, une rotation externe de 40° et une rotation interne L5, un test de Jobe tenu mais douloureux, un Lift off négatif, une rotation externe contre résistance avec force conservée mais douloureuse, une dyskinésie scapulo-thoracique avec scapular assistant test positif et une absence de douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et de l'humérus proximal. L'arthro-IRM avait montré des tendons en continuité. Il a proposé la poursuite du traitement en physiothérapie et une évaluation par l'OAI car une reprise du travail semblait impossible. Le prochain contrôle était agendé à un an de l'intervention chirurgicale (p. 692 s du dossier AI).

Sur avis du SMR, l'OAI a interpellé le 17 janvier 2023 le Dr K._____ afin de déterminer si la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité légère et adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec les épaules (p. 685 ss du dossier AI). Ce médecin n'a toutefois pas pu répondre à la question, estimant que les plaintes de l'assuré ne concernaient pas que les épaules (p. 701 du dossier AI).

Dans un rapport final du 29 mars 2023, le SMR a rappelé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 22 août 2009 mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Concernant le trouble anxieux et dépressif mixte, le SMR a considéré qu'il n'était pas incapacitant. S'agissant de l'épaule droite, le SMR a estimé que la situation devait être considérée comme stabilisée depuis le contrôle orthopédique du 12 janvier 2023, soit à 7 mois de l'opération. La capacité de travail médico-théorique était ainsi entière depuis cette date dans une activité respectant les limitations des épaules. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : position de travail alternée, éviter les positions statiques prolongées, port de charges occasionnel de 10-15 kg au maximum, pas de travaux lourds, marche limitée, pas de déplacement sur des terrains accidentés, pas de travaux nécessitant de monter sur des échelles et des échafaudages ou de monter et descendre des escaliers, pas de travail en position accroupie, pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus des épaules, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, ni de vibration ou traction (p. 703 ss du dossier AI).

Le 20 avril 2023, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a notamment retenu que, dès le 12 janvier 2023 (date du contrôle orthopédique par le Dr K.____), l'intéressé disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses troubles physiques. Le taux d'invalidité a été arrêté à 3% (p. 711 ss du dossier AI).

Le même jour, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à un reclassement professionnel ainsi que tout droit à une aide au placement (p. 721 ss du dossier AI).

Le 24 mai 2023, A.____, représenté par Me Alexandre Lehmann, a critiqué ces projets de décision. Il a conclu, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 septembre 2022, subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Il a contesté l'avis du SMR, estimant que ses médecins traitants avaient retenu une incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2021 et qu'une activité adaptée n'était pas possible. En cas de doutes, une expertise judiciaire comportant les volets orthopédique/rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne devait être mise en œuvre. Il a précisé qu'il y avait par ailleurs lieu de procéder à une évaluation de ses facultés intellectuelles, rappelant que selon la jurisprudence un QI inférieur à 70 pouvait entraîner une incapacité de travail (p. 730 ss du dossier AI).

Après avoir rejeté les griefs de l'assuré, l'OAI a confirmé sa position par deux décisions formelles du 16 octobre 2023, la première refusant à l'assuré des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement) et la seconde lui niant tout droit à une rente d'invalidité (p. 740 ss du dossier AI).

I. A.____, représenté par Me Lehmann, a recouru céans le 15 novembre 2023 à l'encontre des décisions du 16 octobre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 septembre 2022 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a principalement repris les griefs mentionnés dans ses observations du 24 mai 2023, en ajoutant que les capacités intellectuelles pouvaient se péjorer avec l'âge, notamment en cas d'atteintes multiples à la santé physique et psychique et de consommation excessive d'alcool, comme dans son cas. Il a en outre reproché à l'OAI de ne pas avoir déterminé l'influence de sa dépendance à l'alcool sur sa capacité de travail selon une grille d'évaluation normative et structurée. Il a par ailleurs requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ce qui lui a été octroyé par décision présidentielle du 18 décembre 2023 (S3 23 60).

Le 9 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant n'a pas fait valoir de nouvelles observations dans le délai imparti.

Après interpellation de l'institution de prévoyance professionnelle du recourant, qui a renoncé à se déterminer, l'échange d'écritures a été clos le 5 février 2024.

Considérant en droit

1.

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.

Posté le 15 novembre 2023, le présent recours à l'encontre des décisions du 16 octobre précédent a été interjeté dans le délai de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, la nouvelle demande de prestations AI a été déposée en septembre 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dans le cadre d'une quatrième demande de prestations AI. Plus particulièrement, il remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel s'est fondé l'OAI pour lui refuser cette prestation.

2.2 A teneur de l'article 17 alinéa 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage

(let. a), ou atteint 100% (let. b). 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 (art. 17 al. 2 LPGA). 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 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel 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).

2.3 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 l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 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 SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 1109).

En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5). Le rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 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 (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2). S'agissant des 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

peu souvent 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).

3. Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si, depuis le dernier examen matériel du droit à des prestations, soit depuis la décision du 19 avril 2021, la situation médicale du recourant s'est aggravée et lui donne droit à une rente d'invalidité.

3.1 En l'occurrence, les éléments fournis par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de septembre 2022 rendaient plausible une aggravation de son état de santé, notamment au niveau somatique puisqu'il avait subi une arthroscopie de l'épaule droite en mai 2022.

3.2 Dans le cadre de sa quatrième demande de prestations AI, le recourant soutient qu'il n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison de ses multiples atteintes physiques à la santé (mains droite et gauche, poignet gauche, pied droit, cheville gauche et épaules droite et gauche). D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail ne serait que de 30 à 40% selon le psychiatre traitant.

3.2.1 Au niveau des épaules, le SMR s'est basé sur le rapport du 16 janvier 2023 du Dr K.____ pour retenir que la situation médicale de l'assuré pouvait être considérée comme stabilisée sept mois après l'opération. La mobilité gléno-humérale passive en abduction était à 90°, la flexion à 90° et la rotation externe à 40°. Le SMR a considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée dès le 12 janvier 2023. Il a retenu les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes en lien avec l'atteinte aux épaules : pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus des épaules, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et pas de vibration ou de traction.

Les rapports des médecins traitants du recourant ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du SMR :

Le recourant a allégué que le Dr K.____ avait indiqué qu'il était toujours en arrêt de travail à 100% et que la situation n'avait guère évolué. S'il est vrai que le Dr K.____ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, il a cependant indiqué

ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Il a proposé que l'assuré soit évalué par l'OAI.

Quant au Dr G.____, il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles supplémentaires en lien avec les problèmes d'épaules du recourant depuis septembre 2021.

3.2.2 Concernant les autres atteintes physiques à la santé, le Dr G.____ n'a fait que rappeler, dans ses rapports des 29 août et 30 novembre 2022, les diagnostics qu'il avait déjà posés auparavant, ces diagnostics ayant du reste d'ores et déjà été discutés par le SMR dans ses précédentes prises de position. Par ailleurs, il n'a pas mentionné de nouvelles limitations fonctionnelles. De plus, on rappellera que le médecin traitant entretient une relation de confiance avec son patient. Sous l'angle de la valeur probante, son avis est donc sujet à caution (cf. *supra* consid. 2.3).

3.2.3 Au niveau psychiatrique, les médecins du N.____ ont retenu un trouble anxieux et dépressif mixte. Les Drs L.____ et M.____ ont estimé que le recourant pouvait exercer une activité prenant en considération sa fragilité physique. Le Dr O.____ a, pour sa part, considéré que son patient pouvait reprendre progressivement une activité tenant compte de sa fatigabilité, de ses problèmes de concentration et de ses problèmes d'attention à hauteur de 30-40%. Les avis des médecins du N.____ ne peuvent être suivis. En effet, comme l'a relevé le SMR, le recourant ne suit aucun traitement antidépresseur et il prend uniquement du Zolpidem pour ses troubles du sommeil. On ajoutera à cela que le recourant a, certes, un suivi mensuel auprès du N.____ mais qu'il ne bénéficie d'aucun suivi par un psychologue. L'explication du Dr O.____, selon laquelle il est difficile d'entamer une psychothérapie en raison de l'analphabétisme du recourant, de sa maîtrise moyenne de la langue française et de ses capacités intellectuelles qui semblent un peu limitées, ne convainc guère. En effet, il est tout à fait possible de trouver en Suisse un thérapeute qui maîtrise le portugais. Le SMR a également relevé que suite à une expertise effectuée par l'assurance perte de gain maladie attestant une pleine capacité de travail à partir de mai 2022, le recourant a voulu s'inscrire au chômage mais qu'il en a été empêché en raison d'une atteinte à sa santé physique, à savoir en raison de son opération à l'épaule droite. Le SMR a en outre souligné qu'il s'agissait d'une atteinte réactionnelle du recourant à sa situation précaire (problèmes avec l'employeur, atteintes somatiques). Au vu de ces éléments, le Cour considère que c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'atteinte durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

La jurisprudence admet qu'un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70 constitue une atteinte à la santé au sens médical qui peut avoir une incidence sur la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_108/2014 du 24 septembre 2014 consid. 2.2). Il ne suffit toutefois pas que le QI se trouve en-dessous de ce seuil pour qu'on reconnaisse à l'assuré une incapacité de travail. Il faut d'une part que la diminution de l'intelligence de l'assuré ait des répercussions sur son comportement, son activité professionnelle, les activités normales de la vie quotidienne et son environnement social et, d'autre part, il faut l'apprécier en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2018 du 11 février 2019 consid. 5.2). Or, en l'espèce, le Dr O.____ a simplement émis un doute quant aux capacités intellectuelles de son patient, sans pour autant procéder à des tests, ni retenir une quelconque influence des capacités intellectuelles du recourant sur son comportement ou ses activités.

Finalement, le recourant a soutenu que son éthyliisme chronique devait être évalué selon une grille d'évaluation normative et structurée. Ce grief est mal fondé. En effet, aucun médecin n'a retenu un éthyliisme chronique chez le recourant. Dans son rapport du 5 janvier 2023, le Dr O.____ a simplement rapporté que son patient avait souffert par le passé d'une consommation – que l'on peut supposer excessive – d'alcool. Il a cependant précisé que son patient buvait occasionnellement de l'alcool depuis la fin de l'année 2021 mais qu'il était actuellement abstinente en raison d'une situation financière précaire.

3.2.4 Le rapport final du SMR du 29 mars 2023 constitue un rapport au sens de l'article 54a LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où il ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles la Dresse P.____ aurait procédé elle-même, mais sur une appréciation basée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Ce rapport s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales présentes et bénéficie ainsi d'une pleine valeur probante permettant à l'OAI et à la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'affaire (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). Il n'était au demeurant pas nécessaire que le SMR réexamine personnellement l'assuré, la situation médicale étant essentiellement établie, de sorte qu'un examen médical direct de l'intéressé passait au second plan (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3).

3.3 Au vu de ces éléments, on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps. De telles activités sont par ailleurs disponibles en suffisance sur le marché équilibré du travail qui, pour rappel, est une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la

demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2 avec les références). Elle ne revient en revanche pas à examiner si un invalide pourrait être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui incombe à l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

Dans ces conditions, l'OAI était en droit de refuser d'octroyer au recourant une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité de 3% n'est du reste pas remis en cause et doit être confirmé.

4. Le recourant a conclu, sans autre motivation, à l'annulation de la décision du 16 octobre 2023 lui refusant tout droit à des mesures d'ordre professionnel.

En l'espèce, le taux d'invalidité arrondi à 3% est largement inférieur au seuil d'environ 20% admis par la jurisprudence pour ouvrir le droit à un reclassement (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). C'est dès lors à bon droit que l'intimé a également nié le droit du recourant à une telle prestation.

S'agissant d'une aide au placement (art. 18 LAI), il convient de rappeler qu'elle nécessite une incapacité de travail au sens de l'article 6 LPG. Or, le recourant présente une entière capacité de travail dans une activité adaptée, si bien qu'il ne peut pas prétendre à une telle mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7).

5. Mal fondé, le recours est rejeté et les décisions entreprises du 16 octobre 2023 sont confirmées.

Les faits étant suffisamment établis, il n'y a pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, tel que l'expertise pluridisciplinaire requise par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

6.

6.1 L'émolument de justice, fixé, débours compris, sur le vu du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. ^fbis LPG, art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2, 89 al. 1 LPJA). Celui-ci ayant toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, par décision présidentielle du 18 décembre 2023 (S3 23 60), et aucun indice ne permettant de retenir que sa situation économique aurait notablement

changé depuis lors, le recourant doit être maintenu dans son droit à cette aide publique et être dispensé de verser les frais de la cause mis à sa charge, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

6.2 Me Alexandre Lehmann ayant été désigné comme avocat d'office dès le 15 novembre 2023, les dépens doivent être fixés au tarif de l'assistance judiciaire. Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 francs.

Sur la base du dossier, la Cour fixe les débours de Me Lehmann forfaitairement, en l'absence de décompte, à 90 francs. Quant aux honoraires, ils sont arrêtés à la somme de 1800 fr., TVA comprise, compte tenu de la nature et de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du fait que l'avocat a pour l'essentiel repris les arguments développés dans le cadre de la procédure administrative (art. 26 al. 1 et art. 40 al. 1 LTar). Partant, compte tenu du tarif applicable en assistance judiciaire (70% de 1800 fr. + 90 fr. de débours), le montant de 1350 fr. sera versé à Me Lehmann par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de A.____, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. L'État du Valais versera à Me Alexandre Lehmann une indemnité de 1350 fr. pour ses dépens dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 10 juillet 2025