

S1 12 40

JUGEMENT DU 30 NOVEMBRE 2012

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

Composition de la Cour: Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente, Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges; Véronique Largey, greffière

dans la cause

X _____, recourant, représenté par Me A _____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 43 al 1 et art. 63 ss LPGA; instruction médicale et coordination avec d'autres assureurs sociaux, renvoi du dossier)

Faits

A. Dans un rapport du 1^{er} février 2010, le Dr B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a mentionné que X_____, né le 26 avril 1953, avait été victime d'une glissade le 19 décembre 2010 (recte: 2009) (cf. déclaration de sinistre LAA du 5 janvier 2010 en pièce 53-97) en entrant dans sa voiture et avait subi une petite entorse de son genou gauche opéré trente ans plus tôt d'une entorse sévère avec ménissectomie interne et probable geste au niveau du ligament croisé antérieur. Ce médecin a précisé que sur le plan professionnel, le patient devait pouvoir reprendre son travail au début mars 2010 et qu'en cas de difficultés concernant cette reprise, celui-ci devrait impérativement être vu par le médecin d'arrondissement de la CNA (pièce 53-86).

Par décision du 22 mars 2010, la CNA a constaté que l'accident du 19 décembre 2009 n'avait aggravé l'état antérieur que passagèrement et a mis un terme à l'octroi de ses prestations à compter du même jour (pièce 28-19; cf. également notice établie le 15 mars 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA en pièce 53-82).

Dans son courrier du 2 juin 2010, l'assurance militaire a constaté que X_____ remplissait les conditions légales pour être mis au bénéfice des prestations relatives à l'instabilité du genou gauche et aux troubles dégénératifs de ce genou, en tant que séquelles tardives de l'accident survenu le 17 octobre 1979 durant le cours de répétition accompli partiellement du 30 septembre au 20 octobre 1979 (pièce 28-17; cf. également notice établie le 21 mai 2010 par le médecin d'arrondissement de l'assurance militaire en pièce 53-72 et courrier du Dr C_____ de l'Hôpital de D_____ du 23 avril 1980 en pièce 53-148).

Le 25 janvier 2011, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu au médecin-conseil de l'assurance-militaire que sans intervention chirurgicale aux deux genoux, il n'était pas envisageable que le patient fût en mesure de récupérer une capacité de travailler partielle ou totale dans le domaine de la représentation ou de la vente. Il a estimé en outre que l'incapacité de travail était à répartir à raison de 50% pour le genou gauche et de 50% pour le droit (pièce 28-7).

Le 29 mars 2011, l'assurance militaire a écrit à F_____ qu'actuellement, X_____ présentait des suites tardives d'un accident au genou gauche couvert par l'assurance militaire et d'accidents au genou droit survenus en 1978 et assurés à l'époque par F_____ et que l'incapacité totale de travail était à répartir, selon le Dr G_____, à part égale entre les séquelles aux genoux gauche et droit (pièce 53-10).

B. Le 9 avril 2011, X_____, a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en y indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 19 décembre 2009 en raison d'une gonarthrose bilatérale et avoir été employé du 1^{er} mai 2007 au 31 juillet 2010 en tant que représentant par l'entreprise H_____, à un salaire brut mensuel de 3000 fr. plus commissions sur ventes (pièce 5). Le revenu figurant sur l'extrait de

compte AVS de X_____ était de 53'051 pour l'année 2008 et de 57'672 pour l'année 2009 (pièces 6-2 et 53-67). Quant au procès-verbal de taxation 2009, il fait état d'un salaire avec allocations et revenus de 67'000 fr. (pièce 16).

Le Dr G_____ a, dans son rapport du 21 avril 2011, diagnostiqué un status après plastie du ligament croisé antérieur et ménisectomie interne au genou gauche, un status après ménisectomie au genou droit ainsi qu'une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale. Il a mentionné que le dernier contrôle datait du 7 octobre 2010 et recommandé, pour la future thérapie, une arthroplastie totale au genou gauche et une ostéotomie au genou droit. Il a précisé enfin que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée évitant le travail exécuté uniquement en positions assise ou debout, en marchant en terrain irrégulier, en positions accroupie ou à genoux, en soulevant ou en portant ainsi qu'en montant des escaliers ou sur des échelles et des échafaudages (pièces 11 et 12).

Dans son avis du 28 avril 2011, le Dr I_____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a indiqué que le cas n'était pas stabilisé, que la reprise de l'activité habituelle ne pouvait vraisemblablement pas être envisagée avant d'éventuelles interventions chirurgicales selon le Dr G_____ mais que dans toute activité sédentaire principalement assise, sans port de charges, sans accroupissement ou agenouillement, sans travail depuis une échelle ou un échafaudage, sans déplacement sur terrain accidenté ou fortement incliné et sans montée ni descente d'escaliers de manière prolongée ou répétée, la capacité de travail était probablement entière (pièce 7-2).

Lors d'un entretien du 31 mai 2011 relatif à d'éventuelles mesures d'intervention précoce, l'assuré a mentionné des douleurs dans le dos ressenties depuis environ une année et pour lesquelles il n'avait pas encore consulté de médecin (pièce 19). Dans des rapports d'entretien puis d'analyse de la situation établis respectivement les 30 août (pièce 53-49) et 1^{er} septembre 2010 (pièce 53-42) par l'assurance militaire, il est mentionné qu'apparemment, l'assuré ressentait en plus des douleurs aux hanches et au dos mais qu'il n'avait pas de traitement pour cela.

Dans un rapport du 28 juillet 2011, l'assurance militaire a précisé que l'assuré avait établi un budget partiel en vue de se lancer en tant qu'indépendant dans la vente d'accessoires publicitaires en plastique (briquet, stylos, supports de plaques de voiture, etc...) et qu'il souhaitait être soutenu financièrement durant la première année d'activité (pièces 55-9; cf. également pièces 53-13, 53-21 et 53-29 concernant ce projet d'activité indépendante).

Le 25 août 2011, le Dr J_____, généraliste et médecin traitant, a confirmé les diagnostics posés par le Dr G_____ ainsi que l'incapacité totale de travail depuis le 19 décembre 2009. Il a précisé que son patient faisait état de gonalgies chroniques nettement exacerbées par la marche, que lui-même ne pouvait pas se prononcer sur les activités exigibles de celui-ci et que d'un point de vue médical, une réadaptation professionnelle était envisageable (pièce 28).

Dans son rapport médical final du 23 septembre 2011, le Dr I _____ a posé le diagnostic de gonarthrose bilatérale, post-traumatique à gauche. Il a précisé que dans son rapport basé sur la dernière consultation du 7 octobre 2010, le Dr G _____ avait estimé qu'il existait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les mêmes limitations que celles indiquées dans l'avis du SMR du 28 avril 2011. Il a indiqué que les possibilités de traitement exigibles avaient été appliquées, dans le sens que même si les possibilités de traitement n'avaient pas été épuisées, les traitements envisageables ne changeaient rien à l'exigibilité d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée mais permettraient de recouvrer une capacité de travail significative voire entière dans l'activité de représentant. Il a conclu à une incapacité de travail de 100% dès le 19 décembre 2009 dans l'activité habituelle mais de 0% dès le 7 octobre 2010 dans une activité adaptée privilégiant la position assise mais permettant de temps en temps l'alternance des positions et évitant le port de charges de plus de 10 kilos – le port de charges jusqu'à dix kilos étant autorisé de manière non répétitive et sur de courtes distances –, les travaux à genoux ou en position accroupie, les travaux lourds, la marche dans un périmètre non limité ou sur un terrain fortement incliné ou accidenté, la montée et la descente d'escaliers de manière prolongée ou répétée ainsi que les travaux sur des échelles ou des échafaudages (pièce 33-3).

C. Par projets de décision du 28 septembre 2011, l'Office AI a proposé de refuser à X _____ le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à un reclassement professionnel, tout en réservant le droit de l'assuré à une aide au placement selon l'art. 18 LAI sur simple demande écrite. En indexant pour l'année 2010 le salaire de 57'672 fr. touché par l'assuré en 2009, il a fixé le revenu sans invalidité à 58'231 fr. 45. Quant au revenu d'invalidité de 52'595 fr. 20, il l'a fondé sur le salaire ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour une activité simple et répétitive de niveau 4 exercée par un homme en 2010 et l'a réduit de 15%. La comparaison de ces deux montants aboutissait à un degré d'invalidité de 10% insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations susmentionnées.

A la suite de la contestation par l'assuré, représenté par Me A _____, de ces deux projets (pièce 41-2), le Dr I _____ a encore précisé le 24 novembre 2011 qu'il n'avait aucun argument médical pour modifier les conclusions de son rapport final du 23 septembre 2011 et que le recours à une instruction médicale complémentaire n'était pas nécessaire. Il a souligné notamment qu'une interdiction absolue de port de charges reviendrait à exclure de la vie quotidienne de l'assuré un grand nombre d'activités et qu'il était impensable, au vu de la pathologie et de l'âge de celui-ci, de lui interdire de porter un paquet de six bouteilles d'eau de 1.5 à 2 litres du caddie au coffre de la voiture ou du véhicule jusqu'à l'appartement (pièce 43-2).

D. Par décisions du 12 janvier 2012 notifiées directement à X _____, l'Office AI a confirmé ses projets de décision du 28 septembre précédent. Dans la décision relative au refus de reclassement professionnel, cet office a mentionné que le taux d'invalidité de 10% étant inférieur au seuil minimal de 20% ouvrant le droit à une mesure de reclassement, la question de la motivation de l'assuré au sujet d'une telle mesure n'étant pas déterminante. Dans la décision traitant du refus de rente d'invalidité, il a exposé que le Dr G _____ indiquait clairement et de manière probante que son

patient pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à l'atteinte touchant les deux genoux, qu'une interdiction totale de tout port de charges n'était pas compatible avec la pathologie et l'âge de l'assuré, que seule importait la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, que le fait que l'état de santé ne fût pas stabilisé et que la capacité de travail dans l'activité habituelle de représentant fût susceptible d'amélioration par le biais d'interventions chirurgicales futures n'était pas relevant, qu'une instruction médicale complémentaire n'était pas nécessaire, qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter du dernier revenu sans invalidité déterminant, lequel comportait également les commissions, qu'un revenu de valide moins élevé conduirait à un taux d'invalidité plus faible encore, que la référence aux données de l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé était justifiée par le fait que l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, qu'un nombre significatif d'activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services étaient adaptées aux troubles des genoux, que les critères de l'âge et des années de service ne constituaient pas des facteurs de réduction à appliquer à un salaire statistique correspondant à l'exercice d'une activité du niveau de qualification 4 et que le gain d'invalidé après réduction de 15% apparaissait donc correct.

Lors d'un entretien téléphonique du 31 janvier 2012 avec l'Office AI, le mandataire de X_____ a informé cet office qu'il n'avait pris connaissance de ces décisions notifiées directement à son client que la veille, que celui-ci aurait fait une chute fin décembre 2011 et qu'il aurait à présent des problèmes de dos. Interrogé sur la suite à donner dans ce cas, l'Office AI a répondu qu'il ne lui appartenait pas d'en décider mais qu'il convenait soit de recourir contre ces décisions, soit de déposer une nouvelle demande de prestations au vu de ce fait nouveau (pièce 47).

Par courrier du 31 janvier 2012, l'Office AI a confirmé à l'avocat de l'assuré que le délai légal de trente jours pour former recours contre les décisions du 12 janvier précédent avait commencé à courir dès le 30 janvier 2012, date à laquelle celui-ci en avait pris connaissance (pièce 48).

E. Le 28 février 2012, X_____, représenté par Me A_____, a interjeté recours céans contre les décisions du 12 janvier 2012. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de celles-ci et à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a mentionné que le 20 décembre 2011, l'articulation du genou gauche avait lâché alors qu'il descendait les escaliers à son domicile, qu'il avait chuté, que cette chute avait donné lieu à des douleurs thoraciques et abdominales surtout du côté gauche, que les examens médicaux consécutifs à cette chute avaient mis en évidence une lésion de la rate, qu'il devrait consulter le Dr K_____ pour déterminer l'origine de cette lésion et que selon le Dr J_____, la pathologie des genoux entraînait des troubles de type dégénératif et statique de la colonne lombaire et des lombalgies chroniques. Il a ajouté que, toujours de l'avis du Dr J_____, il n'y avait pas lieu de penser à l'existence d'une activité professionnelle, ce d'autant plus que les traitements proposés entraîneraient un arrêt de travail de plusieurs mois, et qu'une expertise pluridisciplinaire était recommandée au vu de la complexité du cas. Il a allégué enfin que son cas n'était pas stabilisé, que l'évaluation de sa situation médicale sur la seule base des affections aux genoux n'était pas complète puisque des

événements postérieurs aux avis médicaux étaient survenus, que le rapport établi le 6 février 2012 par le Dr J_____ était recevable à titre de nouveau moyen de preuve, que ces nouveaux problèmes médicaux augmentaient sensiblement l'incapacité de travail, qu'ils imposaient de modifier en conséquence la capacité de travail dans des activités simples et répétitives, qu'ils faisaient apparaître le taux d'invalidité de 10% comme inférieur à la réalité, que ces faits médicaux nouveaux avaient donc une influence sur l'octroi de mesures de reclassement professionnel à compter d'une incapacité de gain minimale de 20% et que l'incapacité totale de travail dans son activité antérieure nécessitait des mesures de reclassement professionnel afin de récupérer une capacité de travail dans une activité adaptée.

Était notamment joint au mémoire de recours un rapport du 6 février 2012, dans lequel le Dr J_____ a souligné que X_____ souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs (discopathie L5-S1) et statiques (glissement antérieur de L4 sur L5), que ce phénomène de lombalgies était entretenu par les troubles de la marche résultant des troubles dégénératifs des deux genoux, que le 20 décembre 2011, l'articulation du genou gauche avait présenté un lâchage plus important que d'habitude alors que le patient descendait les escaliers à son domicile, que celui-ci n'avait pas pu éviter la chute sur une marche avec réception sur le flanc gauche, qu'il en était résulté des douleurs thoraciques et abdominales surtout à gauche ainsi qu'une accentuation nette des lombalgies de sa colonne lombaire déjà endommagée par les troubles statiques et dégénératifs mentionnés plus haut, que le bilan pratiqué à la suite de cet accident avait permis d'exclure une lésion thoracique et pulmonaire ainsi qu'une rupture de la rate et que les examens pratiqués avaient toutefois mis en évidence une lésion au niveau de cet organe sous forme d'une masse splénique dont l'origine restait encore à déterminer dans le cadre d'une prochaine consultation auprès du Dr K_____, chirurgien. Il a expliqué que le patient était en incapacité de travail depuis le 19 décembre 2009, que tous les traitements conservateurs classiques n'avaient apporté aucune amélioration, que la capacité de travail ne pouvait être améliorée que si le patient bénéficiait de la pose d'une prothèse partielle voire totale du genou droit et d'une prothèse totale du genou gauche, que dans l'état actuel du patient, il n'y avait pas lieu de penser à l'existence d'une activité professionnelle, ce d'autant plus que les traitements proposés entraîneraient un arrêt de travail de plusieurs mois, et qu'étant donné la complexité du cas, une expertise pluridisciplinaire devait être organisée.

Dans sa réponse du 3 avril 2012, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de ses décisions. Il s'est référé à l'avis émis le 26 mars 2012 par le SMR au sujet des troubles lombaires signalés par le recourant. Cet office a souligné d'autre part que l'impression du Dr J_____, selon laquelle il n'existerait aucune activité professionnelle adaptée à la situation de l'assuré n'était pas déterminante, étant donné que l'examen des activités professionnelles concrètes entrant en considération au vu des données fournies par les médecins était du ressort de son service de réadaptation. A cet égard, l'intimé a ajouté qu'un certain nombre d'activités non qualifiées des secteurs de la production et des services étaient légères – sans port de charges ni travaux lourds – donc adaptées aux problèmes de genoux de l'assuré.

En annexe à cette réponse, l'Office AI a produit les documents suivants: une demande du 21 mars 2012 à l'attention du SMR, par laquelle étaient requis un avis concernant le rapport du Dr J_____ du 6 février 2012 ainsi que des éclaircissements au sujet des conséquences sur l'exigibilité des problèmes de santé supplémentaires (rate, accentuation des lombalgies) mis en évidence à la suite de la chute dans les escaliers survenue antérieurement à la décision entreprise; un avis du 26 mars suivant, dans lequel le Dr I_____ a rappelé que selon le Dr J_____, les lombalgies chroniques (discopathie L5-S1) et statiques (glissement antérieur de L4 sur L5) étaient entretenues par les troubles de la marche résultant des atteintes aux deux genoux. Le Dr I_____ a relevé ensuite que des lombalgies étaient mentionnées dans des rapports de l'assurance militaire des 30 août et 1^{er} septembre 2010 mais qu'aucun rapport médical antérieur à celui du 6 février 2012 ne faisait état de lombalgies. Le Dr I_____ a exposé au surplus que les altérations objectives sous forme de discopathie L5-S1 et de spondylolisthésis L4 sur L5 étaient bénignes et en soi non incapacitantes, que la chute du 20 décembre 2011 était susceptible de provoquer des douleurs lombaires, que la bénignité des altérations objectives ne permettait pas d'expliquer la persistance de douleurs significatives au-delà de quelques jours à trois semaines au maximum et qu'ainsi, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière, hormis une éventuelle capacité de travail altérée sur une courte durée en raison de la chute du 20 décembre 2011.

Le 7 mai 2012, le recourant a encore fait valoir que les lombalgies constituaient un nouvel élément qui ne pouvait donc pas figurer dans des rapports médicaux antérieurs, que le Dr I_____ ne se prononçait absolument pas sur le problème de rate et que le Dr J_____ était d'avis, lorsqu'il indiquait qu'il n'y avait pas lieu de penser à l'existence d'une activité professionnelle, que la capacité de travail en lien avec l'état de santé de son patient était à présent inexistante.

Différentes pièces médicales ont été produites à l'appui de ces observations: un rapport de consultation ambulatoire des Urgences de l'Hôpital de D_____ établi le 22 décembre 2011 et concernant une observation de deux jours, lequel fait état d'une chute dans les escaliers avec réception sur le bord d'une marche au niveau du côté gauche du dos, d'un hématome débutant et de douleurs importantes à la palpation dans la région de la loge rénale gauche, d'absence de douleurs à la palpation de la colonne lombaire et thoracique ainsi que des résultats des radiographies du thorax (dans la norme) et de la charnière dorso-lombaire (lombodiscarthrose prédominant en L4-L5 et L5-S1 avec perte de la lordose lombaire et présence d'ostéophytes au niveau lombaire, discrète cunéiformisation de L1, antélisthésis de grade I de L4-L5 sur probable spondylolyse sous-jacente) effectuées le 21 décembre 2011 – selon rapport correspondant également produit – et du scanner abdominal effectué le 21 décembre également (pas de rupture de la rate, masse splénique de 7 cm au niveau du hile de la rate; masse évocatrice d'hématome dans ce contexte post-traumatique ou, à titre de diagnostics différentiels, d'hémangiome avec calcification centrale, d'hamartome, de pseudotumeur inflammatoire ou de sarcome), selon le rapport y relatif annexé aux observations du 7 mai 2012; un courrier adressé le 27 mars 2012 au Dr J_____ par le Dr K_____, médecin adjoint au Département de chirurgie de l'Hôpital de L_____, dans lequel ce médecin a

rapporté qu'il avait vu X_____ à sa consultation le 20 mars 2012 et que la seule possibilité d'obtenir un diagnostic anatomopathologique de cette masse splénique, soit de déterminer si celle-ci était maligne ou bénigne, était d'effectuer une splénectomie à but diagnostique et thérapeutique par laparoscopie, avec un risque de conversion minime; les réponses adressées le 25 avril 2012 au mandataire de l'assuré par ce même médecin, desquelles il ressort que les examens pratiqués à la suite de la chute de l'assuré dans les escaliers avaient permis de mettre en évidence une contusion dorsolombaire et du flanc gauche sans fracture ni atteinte des organes internes ainsi que, de façon totalement fortuite donc sans lien avec la chute, une lésion splénique hétérogène de 62 sur 76 millimètres, que la prise en charge chirurgicale de cette lésion n'avait toujours pas été fixée, que l'incapacité de travail postopératoire durerait trois à quatre semaines, que l'intervention chirurgicale n'ayant pas encore eu lieu, l'évaluation physique de cette lésion était difficile à déterminer et qu'avant de prendre une décision relative à une rente d'invalidité, l'Office AI devrait procéder à une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa détermination du 22 mai 2012, l'Office AI a souligné que seule était déterminante la situation médicale prévalant jusqu'aux décisions entreprises du 12 janvier 2012, que tant le Dr G_____ que le médecin du SMR avaient retenu une exigibilité pleine et entière depuis le 7 octobre 2010, qu'il en résultait un degré d'invalidité de 10% et que le recourant reconnaissait lui-même que les problèmes lombaires dont il souffrait n'étaient pas connus avant décembre 2011 et que la masse splénique avait été découverte par hasard lors d'investigations en rapport avec la chute de décembre 2011. Cet office en a déduit que même si une aggravation de l'état de santé induisant une incapacité de travail dans toute activité devait être admise depuis cette chute, l'éventuel nouveau délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était pas encore échu à la date des décisions du 12 janvier 2012 qui se révélaient donc correctes. L'Office AI a précisé que si l'aggravation alléguée venait à perdurer, il serait loisible à l'assuré de présenter une nouvelle demande de prestations en respectant le délai fixé par l'art. 29 al. 1 LAI. L'intimé a enfin argué que si le recours était admis et conformément à la jurisprudence selon laquelle les frais de procédure occasionnés inutilement par un comportement de mauvaise foi de l'assuré devaient être mis à la charge de ce dernier, des dépens ne pouvaient être alloués au recourant qui ne l'avait pas informé de la dégradation de son état de santé survenue en décembre 2011.

La caisse de pension compétente ne s'étant pas déterminée sur les écritures des parties dans le délai fixé à cet effet, l'échange d'écritures a été clos le 23 mai 2012.

Droit

1. Selon l'art. 1 al. 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.

Le délai légal ne peut pas être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA). Lorsque la décision mentionne par erreur un délai plus long que le délai légal, la partie ne subit aucun préjudice si elle respecte le délai indiqué (art. 14 al. 2 LPJA). L'Office AI ne pouvait ainsi confirmer, comme il l'a fait dans son courrier du 31 janvier 2012 au mandataire de l'assuré, que le délai de recours de trente jours de l'art. 60 alinéa 1 LPGA contre les décisions du 12 janvier 2012 n'avait commencé à courir que le 30 janvier 2012 (pièce 48). Il convient toutefois de protéger l'assuré dans sa bonne foi en appliquant ici l'art. 14 al. 2 LPJA par analogie. La Cour retiendra donc qu'en postant le présent recours le 28 février 2012, X_____ a respecté le délai prolongé par erreur par l'Office AI et ne saurait subir aucun préjudice en raison de ce renseignement incorrect donné par cet office. Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. a) De jurisprudence constante rappelée dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 sous considérant 3.2, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités).

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 RAI). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 130 V 64 consid. 2).

L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Dans une récente jurisprudence concernant les conditions de la mise en œuvre d'expertises indépendantes en matière d'assurance-invalidité, il a été retenu que l'administration des preuves devait en principe intervenir par le biais de l'instance de recours elle-même, qui dispose du pouvoir de réformer les décisions, et non au moyen d'un renvoi à l'administration, mais qu'un renvoi à l'Office AI demeurerait toutefois possible s'il se justifiait uniquement par l'éclaircissement indispensable d'une question n'ayant fait l'objet d'aucune mesure d'instruction jusqu'ici (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

2. b) En l'espèce, comme souligné à juste titre par l'Office AI qui a formulé dans sa détermination du 22 mai 2012 la jurisprudence topique, seule est déterminante en l'espèce la situation médicale prévalant jusqu'aux décisions entreprises du 12 janvier 2012. Or, les différents troubles mis en évidence à la suite de la chute du 21 décembre 2011 (problèmes lombaires, masse splénique au niveau de la rate) étaient antérieurs à ces décisions. Dans sa demande d'avis du 21 mars 2012 au Dr M_____, cet office l'a d'ailleurs bien spécifié. Quant aux développements de l'arrêt 9C_537/2009 cité plus haut, ils imposent de prendre en compte la teneur du rapport du Dr J_____ du 6 février 2012 ainsi que des comptes-rendus médicaux produits le 7 mai 2012 par le recourant. Ces documents, bien que postérieurs à la date déterminante du 12 janvier 2012, traitent en effet de la situation médicale révélée antérieurement par la chute du 21 décembre 2011. C'est donc à bon escient que le Dr M_____ a, certes partiellement tel que l'assuré l'a fait remarquer en page 4 de ses observations du 7 mai 2012, pris cette situation en considération dans son avis du 26 mars 2012.

Dès lors, contrairement à ce que semble alléguer l'Office AI dans sa détermination du 22 mai 2012, il n'est pas admissible en l'occurrence de traiter les troubles susmentionnés par le biais d'une deuxième demande de prestations au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI puis de nouvelles décisions. Une nouvelle demande, qui suppose effectivement qu'un nouveau délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI soit arrivé à échéance ou ait du moins commencé à courir, suppose également qu'une décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente soit entrée en force ou ait du moins été prononcée avant l'apparition des éléments médicaux à l'origine de cette nouvelle demande. Tel n'est précisément pas le cas en l'espèce. Les problèmes de santé que X_____ a connus à la suite de la chute du 21 décembre 2011 doivent donc faire l'objet d'une décision dans le cadre de la procédure initiée par la demande de prestations du 9 avril 2011 (pièce 5). Il convient de mentionner dans ce contexte que si l'Office AI avait eu connaissance de ces problèmes lorsqu'il a prononcé les décisions du 12 janvier 2012, il n'aurait pas attendu l'échéance d'un nouveau délai d'attente à compter du 21 décembre 2011 mais aurait simplement poursuivi l'instruction de la demande de prestations en cours au sujet de ces troubles récemment apparus et aurait ensuite rendu les décisions concernant le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel, en considérant la situation médicale de l'assuré dans son ensemble. C'est par conséquent de la sorte qu'il y a lieu de procéder en l'espèce.

Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de procéder à cette instruction par le biais d'une expertise médicale pluridisciplinaire telle que demandée par le recourant dans ses conclusions du 28 février 2012 et soutenue par les Drs J_____ et K_____, dans la mesure où l'Office AI n'a pas instruit certaines questions dont l'éclaircissement est toutefois indispensable à l'issue de la procédure en cours. Dans son avis du 26 mars 2012 en effet, le Dr I_____ ne s'est pas prononcé sur les conséquences de la lésion à la rate et n'a apprécié les lombalgies que sous l'angle de l'aggravation passagère d'altérations objectives bénignes de la colonne lombaire. Il semble toutefois plausible, comme l'a signalé le Dr J_____ dans son rapport du 6 février 2012 et comme l'a d'ailleurs rappelé le Dr I_____ dans son avis susmentionné, que ces douleurs lombaires chroniques soient entretenues par les

troubles de la marche résultant des affections dégénératives aux deux genoux. Ceci expliquerait pourquoi l'assuré a, lors d'entretiens en 2010 et 2011, signalé ressentir des douleurs dans le dos. Qu'il n'ait alors pas (encore) consulté un médecin en raison de ces douleurs ne signifie pas que celles-ci n'existent pas (pièces 19, 53-42 et 53-49). De plus, le médecin du SMR n'a pas eu l'occasion de donner son avis sur les différents rapports médicaux produits par le recourant le 7 mai 2012, lesquels fournissent des indications importantes concernant la nature exacte des altérations lombaires et la suite à donner afin de diagnostiquer et traiter la masse splénique mise en évidence au niveau de la rate. Tel que le recourant l'a fait valoir dans son mémoire du 28 février 2012 en page 14, il est possible également que les douleurs lombaires et les éventuelles séquelles de cette masse splénique soient susceptibles de modifier l'exigibilité, que ce soit relativement au taux de capacité de travail dans une activité adaptée ou aux limitations fonctionnelles à retenir, en particulier en ce qui concerne la position principalement assise. Dans sa réponse du 3 avril 2012, l'Office AI a relevé avec pertinence qu'il appartient à son service de réadaptation d'énumérer, conformément du reste à la jurisprudence (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4, 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 ou 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1), des exemples concrets d'activités non qualifiées des secteurs de la production et des services qui soient adaptées à ces limitations. Une éventuelle modification de l'exigibilité pourrait ainsi aboutir à une correction à la hausse du taux d'invalidité, laquelle pourrait elle-même avoir une influence sur la décision relative au reclassement professionnel.

En outre et surtout, la stabilisation médicale du cas, après exécution des interventions chirurgicales préconisées par les médecins (pièce 11 et rapport du 6 février 2012: arthroplastie totale au genou gauche et ostéotomie au genou droit selon le Dr G_____ ; courrier du 27 mars 2012: splénectomie à but diagnostique et thérapeutique par laparoscopie selon le Dr K_____), pourrait encore modifier l'exigibilité évaluée globalement en regard des différentes atteintes à la santé, en diminuant peut-être le nombre de limitations fonctionnelles entraînées par les troubles aux genoux. Se pose ainsi la question de savoir si l'assurance-invalidité ne devrait pas attendre que l'état de santé de l'assuré soit stabilisé et, en application des règles prévues aux art. 63 et ss LPGA, coordonner le suivi du cas de l'assuré avec les autres assureurs sociaux concernés, à savoir l'assurance militaire pour ce qui a trait aux affections du genou gauche et, à en croire la teneur du courrier de celle-ci daté du 29 mars 2011, F_____ en tant qu'assurance-accidents obligatoire relativement aux troubles du genou droit (pièce 53-10). Ces autres assureurs sont d'autant plus concernés que, selon le recourant et son médecin traitant, la chute du 21 décembre 2011 s'est semble-t-il produite en raison d'un lâchage du genou gauche, qu'elle a apparemment décompensé un état antérieur du rachis lombaire et que les lombalgies actuelles s'expliqueraient également par les troubles de la marche résultant des atteintes aux deux genoux. Or, aux termes des art. 37 al. 1 et 2 LAM, 40 al. 1 LAM, 18 al. 1 LAA et 19 al. 1 LAA, tant l'assurance militaire qu'un éventuel assureur-accidents obligatoire ne seront en mesure de se prononcer sur le droit de l'assuré aux prestations qu'à la stabilisation médicale du cas. Cette nécessité de coordination entre assurances sociales ou coordination intersystématique, ancrée dans le texte même de

la LPGA, a d'ailleurs été bien illustrée par le Dr J _____, lorsqu'il a fait remarquer dans son rapport du 6 février 2012 que son patient n'était pas seulement un genou gauche, un genou droit, une colonne lombaire mais une personne dans sa globalité.

Pour les motifs exposés ci-dessus et conformément ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4, le dossier sera donc renvoyé à l'intimé afin qu'il procède aux mesures d'instruction utiles, en collaboration avec les autres assureurs sociaux concernés, puis qu'il se prononce sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité sur la base des éléments de fait topiques recueillis au cours de cette instruction.

Au vu de cette issue et dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves (sur cette question en relation avec la maxime inquisitoire et le droit d'être entendu, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212 n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39 n° 111 et p. 117 n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274), la Cour ne donnera pas suite à la conclusion de l'assuré tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

3. a) Les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (art. 28 al. 1 LPGA). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (art. 28 al. 2 LPGA).

Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

3. b) En l'occurrence, il n'apparaît pas que X _____ ait contrevenu de mauvaise foi et de manière inexcusable à son obligation de fournir tous les renseignements nécessaires à l'établissement de son droit aux prestations, en cherchant à cacher ou en tardant à annoncer à l'Office AI les atteintes à la santé révélées à la suite de la chute du 21 décembre 2011. Cette chute ne s'est produite que trois semaines avant le prononcé des décisions du 12 janvier 2012 et ce laps de temps incluait, selon le rapport correspondant du 22 décembre 2011, une observation de deux jours à l'Hôpital de D _____ ainsi que les fêtes de fin d'année. Toujours selon ce rapport, il a été conseillé au patient de se rendre chez son médecin traitant en cas de douleurs non gérables et de consulter le Dr K _____ dans les deux à trois semaines. Selon les courriers de ce spécialiste des 27 mars et 25 avril 2012, cette consultation a eu lieu le 20 mars 2012. La date à laquelle le Dr J _____ a vu son patient pour la première fois après l'accident du 21 décembre 2011 ne ressort pas du dossier mais ce médecin traitant n'en a rapporté les suites que le 6 février 2012. Il peut être déduit de ces éléments qu'au début janvier 2012, l'assuré ne disposait pas encore des informations médicales nécessaires afin de renseigner utilement l'Office AI sur les conséquences à

moyen et long terme de ces récentes affections. L'assuré les a toutefois signalées à son mandataire à la fin de ce mois-là (pièce 47).

Certes, l'Office AI a rendu les décisions entreprises en ignorant l'existence de ces atteintes mais cette méconnaissance ne saurait être imputée à faute à l'assuré. Le fait que la chute dont celui-ci a été victime le 21 décembre 2011 soit survenue très peu de temps avant le prononcé des décisions entreprises relève plutôt du hasard. Contrairement à ce qu'a fait valoir l'intimé dans son écriture du 22 mai 2012, la répartition des frais et dépens s'effectuera donc sans considération d'un comportement fautif du recourant.

4. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et les décisions de l'Office AI du 12 janvier 2012 sont annulées. Le dossier est renvoyé à cet office afin qu'il procède conformément au considérant 2.b).

Sous l'empire de l'art. 61 let. g LPGA également, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative de refus est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1, ATF 132 V 215 consid. 6). A la lumière de cette jurisprudence, le recourant obtient ainsi gain de cause en l'espèce.

Les frais, arrêtés à 500 fr., sont donc intégralement mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA). Partant, l'avance de 500 fr. que le recourant a versée le 13 mars 2012 lui sera remboursée et l'Office AI fera parvenir ce montant au Tribunal cantonal.

Le recourant a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimé (art. 61 let. g LPGA, art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1, 40 al. 1 et 46 al. 2 LTar). Me A_____, conseil de X_____, a produit in casu deux écritures bien étayées et 13 pièces, dont un compte-rendu demandé directement au Dr K_____, dans un dossier peu volumineux mais complexe sous l'angle médical. Les dépens sont donc fixés à un montant forfaitaire de 1800 fr., débours et TVA compris, et seront réglés à l'avocat du recourant par l'Office AI.

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est partiellement admis et les décisions de l'Office AI du 12 janvier 2012 sont annulées.
2. Le dossier est renvoyé à l'Office AI afin qu'il procède conformément au considérant 2.b).
3. Les frais arrêtés à 500 francs sont mis à la charge de l'Office AI.

4. L'Office AI versera à X_____ la somme de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 30 novembre 2012