

S1 24 139

ARRÊT DU 6 MARS 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Franziska Lüthy, avocate, Bienne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1984, divorcé et père d'une fille née en 2013, a effectué une formation de magasinier puis a exercé différents métiers (magasinier, employé d'usine, vendeur, logisticien, cariste). Depuis 1996, il a souffert de plusieurs fractures (au radius cubitus en 1996, à la clavicule droite et à l'avant-bras droit en 1998). Des douleurs au poignet gauche sont apparues dans le courant de l'année 2009 (pièces OAI 2, 5 et 184). Malgré ces diverses atteintes, le susmentionné a systématiquement été en mesure de reprendre une activité professionnelle à plein temps.

Le 1^{er} août 2011, il a été engagé en qualité de magasinier auprès de l'entreprise A _____ SA. Après un différend avec son supérieur hiérarchique, l'ambiance sur le lieu de travail s'est détériorée et l'intéressé a régulièrement été absent. Il a finalement été licencié pour le 31 décembre 2015 (pièce OAI 37).

B. Le 6 mars 2015, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation (heurt d'un muret suivi d'un tonneau), pour lequel aucune lésion particulière n'a été observée. Ce cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ; pièce OAI 185).

Dans le courant du mois de mai 2015, l'assuré a pu reprendre son activité de magasinier, mais ressentait toujours des cervico-brachialgies droites, motivant plusieurs examens complémentaires. Une IRM cervicale du 19 mai 2015 a ainsi mis en évidence une discopathie protrusive modérée médiane en C5-C6 et C6-C7. Une évaluation rhumatologique a ensuite été effectuée le 5 août 2015 auprès du Dr B _____, rhumatologue FMH, lequel a relevé qu'aucune séquelle immédiate n'avait été observée après l'accident et que les douleurs à l'épaule droite n'étaient apparues qu'après une semaine, ce qui laissait penser à un tableau clinique ressemblant à une fibromyalgie. Enfin, suite à l'examen neurologique du 18 août 2015, le Dr C _____, neurologue FMH, a posé les diagnostics de douleurs multifocales chroniques et de sténose légère du canal médullaire cervical, lesquels n'expliquaient cependant pas l'ensemble des symptômes décrits par l'intéressé (pièce OAI 185, pp. 807 ss et 855 ss).

Lors de la consultation du 12 septembre 2015 auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), une réduction des douleurs de l'ordre de 25 % a été observée, avec toutefois la persistance d'une sensation d'hypersensibilité et d'irritabilité laissant suspecter une cause psychique (pièce OAI 185, pp. 832 ss). Le 30 septembre suivant, l'assuré a été examiné par le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie

et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT ; F43.1) en présence d'angoisses incoercibles depuis l'accident de la circulation, de cauchemars, de difficultés de somnie, de concentration et d'irritabilité, ainsi que de douleurs multiples mal systématisées. Selon le psychiatre traitant, les angoisses marquées avec douleurs risquaient d'évoluer vers un syndrome de fibromyalgie (pièce OAI 185, p. 827).

L'examen du 11 décembre 2015 auprès de la CRR n'a pas permis d'expliquer l'important retentissement fonctionnel allégué par l'assuré. Le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a estimé que des facteurs contextuels (l'intéressé ayant été licencié avec effet au 31 décembre 2015) participaient à la mauvaise évolution de la situation (pièce OAI 185, pp. 772 ss). Dans le but d'intensifier la rééducation et d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire, l'assuré a séjourné du 13 janvier 2016 au 10 février suivant à la CRR. Au terme de ce séjour, aucun diagnostic psychopathologique (en particulier aucun élément du registre post-traumatique) n'a été retenu et aucune explication aux plaintes douloureuses n'a été trouvée, de sorte qu'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle a été reconnue dès le 1^{er} mars 2016 (pièce OAI 185, pp. 736 ss).

C. Le 21 avril 2016, l'intéressé a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en indiquant être en incapacité de travail depuis le 6 mars 2016 (*recte* : 2015) en raison de douleurs aux cervicales irradiant dans le bras droit, de maux de tête et de fourmillements dans les extrémités (pièce OAI 17). Dans l'intervalle, il s'était inscrit auprès de l'assurance-chômage (pièce OAI 30).

Dans un rapport du 23 mai 2016, le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que les problèmes de son patient étaient d'ordre psychologique et qu'il ne l'avait plus revu depuis le mois de décembre 2015 (pièce OAI 26).

Le 16 juin 2016, le Dr D _____ a mentionné un ESPT (F43.1), un trouble mixte de la personnalité avec des éléments dépendants (F61.0) et de type borderline (F60.31). Selon ce psychiatre, son patient avait subi un effondrement psychique après son accident de voiture du 6 mars 2015 et après une séparation d'avec la mère de sa fille. Il lui reconnaissait ainsi une incapacité totale de travail depuis le 25 juillet 2016 (*recte* : 2015), mais avait cependant cessé de lui prescrire des arrêts de travail afin qu'il puisse faire valoir ses droits auprès de l'assurance-chômage (pièces OAI 28 et 40). Le

16 décembre 2016, le Dr D _____ a fixé la capacité de travail de son patient à 50 % dans toute activité (pièces OAI 28, 35 et 44).

Des mesures de réadaptation ont ensuite été tentées, sous la forme d'un stage de magasinier/logisticien à un taux progressif, mais une diminution de la motivation, un retrait de l'intéressé et des conflits relationnels ont rapidement été constatés en lien avec la charge de travail et la fatigue alléguée. Un taux de travail de 50 % a ainsi été péniblement atteint (pièces OAI 36, 41, 46, 47 et 50).

Ces éléments ont été soumis au Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), qui a estimé que les arguments du psychiatre traitant semblaient insuffisants face au consilium psychiatrique motivé de la CRR. Dans un avis interne du 22 mars 2017, le Dr G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant. Reprenant cette conclusion dans le rapport final du 31 mars suivant, le Dr H _____, médecin généraliste du SMR, a conclu qu'il n'existait aucune atteinte à la santé incapacitante de longue durée et qu'une pleine capacité de travail avait été conservée par l'assuré dans son activité habituelle (pièce OAI 52).

Par décision du 1^{er} juin 2017, l'OAI a refusé à l'intéressé tout droit à des prestations AI, au motif qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 1^{er} mars 2016 et que ses incapacités précédentes (100 % du 6 mars 2015 au 12 avril 2015, 100 % dès le 25 juillet 2015, 50 % dès le 15 février 2016) ne lui ouvraient pas le droit à de telles prestations (pièce OAI 54).

D. Dans un formulaire de détection précoce déposé à l'OAI le 6 juin 2019, l'assuré a indiqué souffrir de douleurs (aux cervicales, épaules, coudes, poignets), de céphalées, d'engourdissements des mains et des pieds, d'une perte d'équilibre, d'une mobilité réduite de la main gauche, d'une fatigue et de somnolences (pièce OAI 55). Il a ensuite remis le formulaire de demande de prestations le 12 août suivant, invoquant une mobilité réduite du poignet droit, des douleurs cervicales et aux bras ainsi que des maux de tête. Il a par ailleurs précisé avoir subi un nouvel accident de la circulation le 22 septembre 2018 (pièce OAI 61).

Un examen neuropsychologique avait été organisé le 6 août 2018 en raison d'un ralentissement des fonctions idéatoires et du fonctionnement psychique, ainsi que de pertes de mémoire. A cette occasion, des performances ralenties à la plupart des tâches, des résultats déficitaires en mémoire et de la composante exécutive, et des erreurs atypiques de calcul ainsi que des difficultés d'orthographe avaient été mis en évidence. Cependant, I _____, neuropsychologue FSP auprès de la CRR, n'avait pas pu

valider ces résultats en raison des nombreuses discordances observées dans le pattern des performances inter et intra tests, entre les tests et les performances de la vie quotidienne, ainsi qu'entre le tableau mesuré et l'absence d'étiologie cérébrale documentée. L'effort alloué par l'intéressé durant l'évaluation n'était pas adapté aux tâches demandées. Elle n'a retenu aucune limitation neuropsychologique (pièce OAI 70).

Le 20 février 2019, le Dr C _____ a indiqué que l'assuré s'était adressé spontanément à sa consultation, l'accident du 22 septembre 2018 ayant exacerbé les douleurs déjà connues et ajouté de nouveaux symptômes, tels que des céphalées, des douleurs à la nuque, à la jambe droite et à la mobilisation de l'épaule droite, des sciatalgies, des paresthésies aux mains, des sensations de chocs électriques dans le corps, une baisse de la mémoire et des troubles de l'équilibre. Au vu de la multiplicité des symptômes extrêmement invalidants, la situation de l'assuré lui semblait préoccupante (pièce OAI 76, pp. 273 s.). Lors de la consultation du 3 juin 2019, le neurologue avait observé un épuisement émotionnel avec une situation socio-familiale particulièrement compliquée (aide sociale, divorce et litige sur une contribution d'entretien, importantes dettes, domicile commun avec sa mère ; pièce OAI 76, p. 276). Le 24 juillet 2019, devant la persistance des douleurs et sans autres traitements conservateurs à proposer, le Dr C _____ a suggéré une hospitalisation en milieu psychosomatique (pièce OAI 60).

Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr D _____ a fait état d'une péjoration marquée des douleurs, avec une réapparition d'idées noires, une humeur dépressive, une anxiété, une attitude morose, une fatigabilité, un trouble du sommeil, une baisse de l'estime de soi et un manque d'énergie. A son avis, les douleurs, la faible résistance au stress et le trouble de la personnalité empêchaient son patient d'exercer la moindre activité professionnelle (pièce OAI 65).

Le 17 octobre 2019, le Dr C _____ a ajouté que la dimension psychoaffective n'avait pas été suffisamment traitée et ralentissait la guérison. Il a néanmoins observé que son patient avait conservé des ressources personnelles (intelligent, serviable et volontaire) ainsi qu'affectives (fille, mère, psychiatre ; pièce OAI 75). Ce neurologue a annexé plusieurs pièces à son rapport, dont en particulier ses précédentes consultations mensuelles, une IRM cérébrale du 1^{er} mars 2019 ne relevant aucune pathologie, ainsi qu'une IRM cervico-dorsale du 7 mars 2019 démontrant des discopathies pluri-étagées sans conflit disco-radicaire franc mais n'expliquant pas la symptomatologie alléguée (pièce OAI 76, pp. 249 et 251). Il a également remis un rapport du 17 avril 2019 du

Dr J _____, spécialiste FMH en chirurgie-orthopédique, diagnostiquant une polyarthralgie dans le cadre d'une fibromyalgie, une hypermobilité localisée, un déconditionnement physique et psychique, et un probable état dépressif (pièce OAI 76, pp. 260 ss).

Du 21 octobre 2019 au 2 novembre suivant, l'intéressé a séjourné à la Clinique bernoise de Crans-Montana pour une réadaptation médicale et neurologique. Au terme de ce séjour, des indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux (F45.40) ont été observés (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, troubles de l'équilibre, exacerbés depuis l'accident du 22 septembre 2018) et les thérapies apportées ont permis de soulager les douleurs (nordic walking, massages, oxycodon en réserve, méditation). Des entretiens avec la psychologue de la clinique ont également été mis en œuvre, afin d'aider l'intéressé à accepter et gérer sa situation. Cependant, ce dernier est rentré chez lui après deux semaines en raison de différentes problématiques dans son milieu social (pièce OAI 80).

Le 17 décembre 2019, le Dr F _____ a indiqué ne voir son patient que rarement pour des problèmes somatiques, la dernière fois en juin 2017. Il a ajouté que ses troubles somatiques ne justifiaient pas de prise en charge par l'AI (pièce OAI 83).

Ces différents éléments ont été soumis au Dr H _____ du SMR, lequel n'a retenu aucune limitation somatique ou psychique et a ainsi considéré qu'il n'existait pas d'aggravation objective, significative et durable de l'état de santé de l'assuré. A son avis, le diagnostic de fibromyalgie ne constituait pas un élément objectif nouveau et il existait d'importants facteurs psychosociaux étrangers à l'AI (divorce en cours, difficultés financières, éloignement prolongé du monde du travail) qui surchargeaient manifestement le tableau (pièce OAI 86).

Par projet de décision du 8 janvier 2020, l'OAI a informé son assuré qu'aucune prestation ne lui serait octroyée, dans la mesure où aucune nouvelle pathologie objective ne pouvait lui être reconnue sur la base de l'avis du SMR, et donc que sa capacité de travail restait inchangée à 100 % dans toute activité (pièce OAI 87). Sans réaction de l'intéressé, l'OAI a confirmé le refus de toute prestation AI dans une décision du 17 février 2020 (pièce OAI 93).

E. X _____ a recouru céans contre cette décision le 16 mars 2020. Par le biais de son mandataire, il a remis en cause la valeur probante de l'avis du SMR, lequel n'avait selon lui pas tenu compte de son nouvel accident du 22 septembre 2018 et avait écarté à tort le potentiel caractère invalidant de ses atteintes en raison de leur nature non

organique. Le recourant a ainsi conclu à l'annulation de la décision litigieuse, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (pièce OAI 103 à 105).

Dans sa réponse du 27 octobre 2020, l'OAI a renvoyé à la motivation de sa décision du 17 février 2020 et a conclu au rejet du recours (pièce OAI 107).

Le 9 septembre 2021, le recourant a versé en cause le rapport du Dr D _____ du 18 août 2021, mentionnant un état de stress post-traumatique réactivé depuis l'accident de 2018 et empêchant son patient d'exercer une quelconque activité professionnelle, ainsi que le rapport du Dr C _____ du 30 juillet 2021, faisant état d'atteintes extrêmement invalidantes dans toute activité (céphalées migraineuses, troubles de la concentration, cervicalgies, douleurs lombaires et scapulaires, lancées électrisantes, troubles de l'endormissement ; pièce OAI 115 s.).

Par jugement du 6 février 2023, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision du 17 février 2021 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, en particulier la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, afin d'établir de façon objective si le recourant présentait ou non un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (pièce OAI 123).

F.

F.a Suite au jugement susmentionné, l'OAI a contacté les différents médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport non daté reçu le 6 juin 2023 par l'OAI, la Dresse K _____ du Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) a mentionné, en tant que diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, des migraines post-traumatiques dues à l'accident de mars 2015 avec une évolution favorable (pièce OAI 130). Le 20 juin 2023, le Dr F _____ a indiqué n'avoir vu l'intéressé qu'à une seule occasion dans les six dernières années, le 30 novembre 2022. Il n'avait pas prescrit d'incapacité de travail durant cette période (pièce OAI 134). En date du 22 juin 2023, le Dr C _____ a diagnostiqué des céphalées chroniques / migraines en rémission depuis novembre 2022 sous traitement d'Aimovig®. L'assuré présentait encore de la fatigue, des troubles de la concentration et un manque d'endurance. Il était en incapacité de travail totale jusqu'au 1^{er} novembre 2022, puis en incapacité de 40 % dès cette date, le taux étant susceptible de s'améliorer, dans un travail adapté pas trop complexe, sans trop d'apprentissage à la fois et avec possibilité d'aménager les horaires. Le pronostic était *a priori* bon (pièce OAI 135). Le 8 août 2023,

le Dr D _____, qui voyait l'assuré deux fois par mois, a retenu les diagnostics d'ESPT (F43.1), de trouble mixte de la personnalité avec éléments dépendants (F61.1) et de trouble dépressif moyen avec éléments somatiques (F32.11). La situation médicale s'était améliorée et permettait une reprise d'activité professionnelle à un taux de 50 % au maximum, la résistance au stress étant une limitation fonctionnelle à prendre en considération, respectivement un facteur faisant obstacle à sa réadaptation (pièce OAI 138).

Par correspondance du 12 octobre 2023, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé s'était quelque peu amélioré et qu'il souhaitait reprendre progressivement pied dans le monde du travail. Au vu de sa situation, en particulier de sa longue absence du marché du travail et de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il était indispensable de lui accorder de l'aide pour déterminer et rechercher une activité adaptée et un employeur suffisamment compréhensif pour l'engager dans ces conditions. Il requérait dès lors la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 145).

Le mandat d'expertise bidisciplinaire ordonné par la Cour de céans a été attribué à la société BEM Riviera Sàrl (pièce OAI 148). L'assuré en a été informé, de même que de l'identité des médecins spécialistes désignés, à savoir le Dr L _____ pour la psychiatrie et psychothérapie et le Dr M _____ pour la rhumatologie, tous deux experts SIM. Un délai lui a été accordé pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts précités (pièce OAI 151).

F.b Il ressort du rapport d'expertise bidisciplinaire du 31 janvier 2024 que les examens ont duré une heure pour l'aspect somatique et deux heures pour l'aspect psychiatrique. L'analyse des experts a porté sur une période médicale rétroactive de 14 années et a été fondée sur le dossier remis par l'OAI, les examens cliniques, paracliniques et radiologiques, la confrontation radio-clinique ainsi que leur synthèse consensuelle.

Le Dr M _____ a retenu que d'un point de vue strictement rhumatologique et selon les indicateurs standards, l'assuré avait présenté une atteinte cervico-brachiale à l'occasion de son premier accident, avec des conséquences qui s'étaient éteintes en mars 2016. Son état ne s'était pas modifié entre la constatation d'une capacité de travail complète le 1^{er} mars 2016 et la reprise d'une activité de magasinier par l'intéressé en octobre 2023. Il n'y avait en particulier pas eu d'aggravation suite à son second accident de voiture en 2018, comme le montraient les différentes IRM. L'expert a également relevé que l'assuré avait toujours gardé une certaine activité ; de 2015 à 2016 il avait travaillé en tant que chauffeur VTC, de 2016 à 2017 il avait été gérant d'une pizzeria, de

2017 à 2019 il avait travaillé dans le restaurant familial (création et gestion du site internet et de la communication, organisation d'événements et aide au service), de 2019 à 2023 il avait été père au foyer, s'occupant notamment de trois enfants, y compris durant la période particulière du Covid 19. En 2023, il avait effectué un stage pour l'OSEO en tant que logisticien, avant d'être engagé comme logisticien cariste par N _____ SA en octobre. Le Dr M _____ a tout de même validé les diagnostics de fibromyalgie (M79.7), douleurs cervicales sur discopathies et protrusions discales (M54.2), douleurs du genou droit sur syndrome fémoro-patellaire (M22.2), status post bursite pré-rotulienne du genou gauche (M70.56), douleurs du poignet gauche sur atteinte dégénérative (M19.03), probable syndrome du canal carpien du côté gauche (G56.0) et obésité (E66), sans que ceux-ci aient de conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. Ces diagnostics étaient d'ailleurs déjà connus, à l'exception de la suspicion de canal carpien, qui ne gênait pas l'assuré dans sa vie quotidienne. Pour ce qui était de la fibromyalgie, l'expert a expliqué que son importance s'appréciait selon le test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques). En l'espèce, les résultats montraient une sévérité globale de 5/12, ce qui était très faible. La fibromyalgie n'avait dès lors pas de retentissement sur la vie quotidienne. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr M _____ a indiqué que l'intéressé ne devait pas faire d'effort, de soulèvement à partir du sol et de port de charges proche du corps dépassant 10 kg, qu'il ne devait pas maintenir une position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes d'escaliers répétées, le travail en hauteur et les mouvements de préhension forcée et de pronosupination forcée de la main gauche. Selon l'expert rhumatologue, il n'y avait pas d'incohérence entre les constatations objectives, le déroulement de la vie quotidienne, l'examen clinique à l'issue de cette expertise et le diagnostic posé du point de vue rhumatologique. L'expertisé n'avait actuellement aucun suivi psychiatrique. Le contexte psychosocial était plutôt favorable, il voyait sa fille régulièrement et recevait la visite de son amie au moins trois jours par semaine et bénéficiait de l'aide de sa mère. Les limitations étaient uniformes dans tous les domaines de la vie.

Sous l'angle psychiatrique, le Dr L _____ a passé en revue et s'est déterminé sur les diagnostics posés précédemment par les médecins de l'assuré, en particulier par le Dr D _____. Selon lui, aucun épisode dépressif ne pouvait être retenu, quelle que soit son intensité, chez un assuré qui expliquait ne jamais avoir été triste plus de deux semaines d'affilée et chez qui la fatigue ressentie les matins se dissipait les après-midis. La symptomatologie n'avait jamais été suffisante pour individualiser un tel diagnostic et n'avait jamais altéré son fonctionnement de père au foyer. Elle ne l'avait pas empêché de s'occuper de sa fille et de sa famille recomposée, ni de se mettre en couple, d'établir

des projets de vie puis de tenir son rang lors des mesures de chômage. De même, l'expert n'a retenu aucun trouble affectif bipolaire, l'assuré n'ayant pas présenté de périodes d'euphorie, de logorrhée ou de tachypsychie, et n'ayant jamais réalisé de tentative de suicide. Aucune notion de dépenses inconsidérées, de prise de risque sur la route, de désinhibition sexuelle, de réduction du besoin de sommeil, d'idées de grandeur ou d'augmentation de la communicabilité n'avait été rapportée par l'assuré. Les antécédents d'alcool-dépendance familiaux étaient par contre un argument en faveur dudit diagnostic, toutefois insuffisant pour retenir un trouble de cette nature. Un épisode hypomaniaque ou un accès maniaque n'aurait pas manqué d'être repéré par l'assuré et les nombreux intervenants médicaux qui l'entouraient et aurait pu occasionner des conséquences médico-légales remarquables, voir une hospitalisation en milieu spécialisé, ce qui n'avait jamais été le cas. Aucun trouble anxieux ne pouvait être diagnostiqué chez un assuré qui ne présentait aucune tension interne ou musculaire, aucune anxiété flottante, aucune irritabilité, aucun trouble du sommeil, aucune difficulté de concentration ou de mémorisation, aucune propension à se faire du souci pour tout et pour rien, aucun phénomène anxieux paroxystique, aucun rituel ou trouble obsessionnel compulsif, ni aucune crainte spécifique. En outre, le dossier de l'assuré ne mettait en évidence aucun évitement spécifique, aucune phobie sociale et aucun phénomène somatoforme. Le Dr L _____ a également expliqué qu'il ne pouvait suivre le psychiatre traitant de l'assuré qui évoquait un ESPT dès le 30 septembre 2015 et jusqu'au 8 août 2023, dans la mesure où l'intéressé ne mentionnait même pas les deux accidents de voiture à l'origine des demandes de prestations dans les faits marquants de sa vie. Il ne présentait aucune symptomatologie en lien avec ce trouble (notamment reviviscence, réactivation neurovégétative, méfiance, émoussement affectif, flash-back et hypervigilance) et ne faisait état que de quelques cauchemars ponctuels, sans rapport avec les deux accidents. Il n'était au surplus pas empêché de conduire et avait même repris la pratique de la moto. Ce diagnostic, qui avait d'ailleurs déjà été réfuté par le CRR le 18 janvier 2016 puis par le Dr G _____ du SMR le 22 mars 2017, ne faisait pas plus sens après le second accident de voiture, chez un assuré qui n'avait consulté le neurologue que cinq mois après pour des douleurs multiples dites très invalidantes et qui mentionnait uniquement des motifs somatiques dans sa seconde demande AI (mobilité réduite du poignet droit, douleurs cervicales et des bras, ainsi que des maux de tête). L'expert psychiatre a également réfuté le diagnostic de trouble psychotique, l'assuré n'ayant jamais été dissocié, délirant ni halluciné du point de vue visuel, auditif ou cénesthésique et en l'absence de syndrome d'automatisme mental. Aucun trouble de la personnalité décompensé (notamment trouble de la personnalité mixte dépendant et borderline) ne pouvait être retenu, dès lors

que l'intéressé avait présenté de longues périodes de stabilité professionnelle, était stable du point de vue relationnel, amical et familial, sans inhibition sociale. Il n'était pas méfiant, se confiait facilement et n'avait jamais présenté d'idées bizarres ou délirantes ou d'intérêts particuliers. Il n'avait jamais été empêché de remplir son rôle au niveau familial et de s'occuper de sa fille, ni de garder une certaine activité professionnelle. Une consommation d'alcool vraisemblablement très faible était relevée anamnestiquement, sans qu'il ne soit possible de conclure à un trouble lié à l'alcool. Enfin, le Dr L _____ n'a pas retenu de troubles somatoformes douloureux chez un assuré qui ne présentait aucun trouble psychiatrique ni trouble de la personnalité décompensée et qui avait su garder une excellente autonomie au quotidien à la suite des accidents de voiture. Aucune problématique psychosociale particulière n'avait été relevée. L'expert psychiatre a aussi noté que, bien que le Dr D _____ ait presque maintenu les mêmes diagnostics incapacitants de 2015 à 2023 – alors que l'assuré semblait avoir poursuivi une activité professionnelle *a minima* selon son *curriculum vitae* et l'anamnèse –, les traitements n'avaient que peu ou pas varié, le suivi n'avait pas été intensifié et aucune hospitalisation en psychiatrie n'avait été réalisée. A noter que l'assuré avait arrêté de prendre ses traitements antalgiques et psychotropes de lui-même en décembre 2022, une fois soulagé par l'Aimovig®. Le suivi avec le Dr D _____ avait également été interrompu à l'initiative de l'assuré en septembre 2023, alors que le psychiatre traitant continuait à attester des mêmes diagnostics. Le Dr L _____, prenant en compte l'intégralité des rapports médicaux au dossier, notamment l'examen neuropsychologique du 6 août 2018 dont les résultats n'avaient pas pu être validés en raison des nombreuses incohérences et de leur incompatibilité avec la conduite automobile et l'absence de lésions cérébrales, a conclu qu'il n'existait aucune psychopathologie incapacitante actuelle ou passée. La capacité de travail avait ainsi toujours été de 100 %, sans baisse de rendement, dans toute activité. Lors de l'examen clinique, l'assuré n'avait pas donné l'impression de majorer ou d'exagérer une quelconque symptomatologie ; il avait semblé authentique, collaborant et motivé à la bonne tenue de l'expertise. Toutefois, les limitations antérieures alléguées ne paraissaient pas uniformes à l'analyse de l'expert psychiatre. Les difficultés rapportées par l'assuré n'étaient pas plausibles du point de vue de la psychiatrie et il existait de trop nombreuses discordances.

A l'issue de la discussion consensuelle des experts, ceux-ci ont retenu qu'au plan somatique, l'assuré était en incapacité de travail complète dans toute activité du 25 juillet 2015 au 14 février 2016, puis à 50 % du 15 au 29 février 2016, avant de retrouver une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, dès le 1^{er} mars 2016. Au plan psychiatrique, il avait une capacité de travail totale depuis toujours, que ce soit dans une

activité adaptée ou dans l'activité habituelle. Il n'y avait donc pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la première décision de l'OAI du 1^{er} juin 2017 (pièce OAI 153).

F.c Dans son rapport final du 1^{er} février 2024, le Dr H _____ a repris les éléments principaux de l'expertise bidisciplinaire et les a analysés sous l'angle des indicateurs établis par la jurisprudence. Considérant que les critères de gravité n'étaient manifestement pas remplis, notamment pour le diagnostic principal de fibromyalgie, le médecin du SMR a maintenu en tous points ses conclusions du 31 décembre 2019, à savoir qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé à la fois objective, significative et durable, susceptible d'influencer le droit aux prestations d'invalidité de l'assuré qui disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de magasinier (pièce OAI 154).

Le 2 février 2024, l'OAI a rendu un projet de décision refusant tout droit à des prestations AI (rente et mesures d'ordre professionnel) à l'assuré, au motif que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'une gravité telle qu'elle justifiait une incapacité de travail de longue durée. Dès lors qu'il pouvait exercer une activité lucrative à plein temps avec un rendement normal, y compris dans son activité usuelle, il ne présentait aucune invalidité justifiant un droit à une rente AI ou à un reclassement professionnel (pièce OAI 155).

G. L'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité par correspondance du 7 mars 2024. Les Drs L _____ et M _____ estimaient que la capacité de travail de l'assuré était entière au moment de l'examen, ce qui n'était pas contesté. Les experts n'avaient toutefois pas du tout tenu compte de l'évolution de son état de santé, qui s'était fortement aggravé suite à l'accident de septembre 2018. Ils avaient en particulier ignoré le rapport du 22 novembre 2021 du Dr C _____, neurologue, duquel il ressortait que les céphalées, vertiges, rachialgies, fatigue et somnolence diurne de l'assuré impactaient sa capacité d'assumer son quotidien et d'exercer une activité professionnelle. En outre, le rapport indiquait de façon erronée que l'intéressé avait repris une activité « sans difficultés rapportées, sans tremplins, sans mesures d'entraînement ou autre », alors qu'il y avait bien eu des stages de réentraînement et que la reprise s'était faite progressivement. Le recourant demandait dès lors à ce que l'aggravation de son état de santé et de son incapacité de travail entre 2018 et 2023 soient reconnues, que l'instruction médicale soit reprise pour cette période en tenant compte des nombreux rapports de ses médecins traitants et que son droit à une rente pour cette période soit réexaminé (pièce OAI 163). A l'appui de ses objections,

l'assuré a déposé, le 3 mai 2024, le rapport du Dr C _____ du 19 avril précédent puis, le 8 mai suivant, les rapports de consultation de ce même médecin de 2015 à 2023. Le neurologue a mis en évidence que les différentes analyses médicales des nombreux spécialistes consultés entre 2016 et 2023 étaient cohérentes et mentionnaient que l'assuré souffrait de graves douleurs diffuses et de céphalées invalidantes. Sur le plan psychique, les discordances entre les conclusions des experts et celles du dossier médical bien étayé, spécialement des rapports du Dr D _____, démontraient combien les experts n'étaient pas neutres. La question de savoir comment un patient malade et en thérapie psychiatrique continue pouvait être considéré comme apte à travailler à 100 % se posait. L'assuré considérait dès lors qu'une pleine valeur probante ne pouvait pas être accordée à l'expertise, les rapports établis par les médecins en charge de son suivi en temps réel étant plus crédibles que les hypothèses élaborées des années plus tard par les experts. Dans son courrier du 3 mai 2024, l'assuré a mentionné une longue période d'incapacité de 2016 à 2023, et non de 2018 à 2023, comme cela ressortait de ses objections initiales (pièces OAI 163 et 167).

Le médecin du SMR s'est déterminé le 14 mai 2024 sur ces nouveaux éléments médicaux. Il a souligné que les notions de céphalées, de vertiges, de rachialgies, de fatigue et de somnolence diurne avancées par le Dr C _____ n'étaient pas des éléments diagnostiques mais des symptômes, par essence tous subjectifs. En posant, comme seuls diagnostics, ceux antérieurement retenus par le Dr D _____, le neurologue était sorti de son domaine de compétence. Il a rappelé que l'expert psychiatre avait parfaitement expliqué pourquoi les diagnostics du psychiatre traitant ne pouvaient pas être retenus. Enfin, les experts ayant été très clairs quant à l'évolution de la capacité de travail de l'assuré notamment depuis 2016, on ne pouvait pas valablement leur reprocher de ne pas avoir pris en compte la période faisant suite à l'accident de 2018. Ainsi, le Dr H _____ a maintenu telles quelles ses précédentes conclusions (pièce OAI 173).

Par décision du 8 août 2024, l'OAI a confirmé son refus de tout droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel en faveur de l'assuré. Il a réitéré que l'ensemble de la situation médicale de l'intéressé avait été prise en compte afin de déterminer sa capacité de travail suite à son accident. Le médecin du SMR en particulier faisait référence, dans ses différents avis, aux multiples rapports des médecins traitants de l'intéressé et exposait les motifs pour lesquels il s'en distanciat sur certains points, notamment la capacité de travail. Il avait également rendu des conclusions motivées, de sorte que ses rapports répondaient aux critères jurisprudentiels et devaient se voir

reconnaître une pleine valeur probante. L'assuré n'ayant pas apporté d'élément médical objectif susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr H _____, l'OAI ne pouvait pas s'en écarter, sous peine d'arbitraire (pièce OAI 175).

H. X _____ a recouru céans le 16 septembre 2024, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 8 août 2024 et à l'octroi de prestations AI de février 2020 à septembre 2023, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Afin de démontrer que son état de santé s'était dégradé de façon incontestable depuis 2017, le recourant a mis en parallèle les diagnostics retenus par le médecin du SMR dans son rapport du 31 mars 2017 (status post AVP le 6 mars 2015 [V47.5], contusion cervicale [S10.9]) et ceux ressortant du rapport du SMR du 1^{er} février 2024 (fibromyalgie – sièges multiples [M79.7], douleurs cervicales sur discopathies et protrusions discales [M54.2], douleurs du genou droit sur syndrome fémoro-patellaire [M22.2], status post bursite pré-rotulienne du genou gauche [M70.56], douleurs du poignet gauche sur atteinte dégénérative [M19.03], probable syndrome du canal carpien du côté gauche [G56.0], status post AVP le 6 mars 2015 avec contusion cervicale, status post AVP le 22 septembre 2018 avec contusion cervicale). L'évolution conséquente des diagnostics retenus au fil du temps par le Dr C _____ a également été mise en évidence. Le recourant a par ailleurs contesté la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire de janvier 2024. Il reprochait essentiellement aux experts de ne pas avoir pris en compte la période d'incapacité de travail totale qui avait suivi l'accident de 2018, laquelle ressortait pourtant des nombreux rapports médicaux à leur disposition (notamment les rapports successifs du Dr C _____, le rapport de la Clinique bernoise de Crans-Montana du 6 novembre 2019 ainsi que les rapports du Dr D _____ s'agissant de l'aspect psychiatrique). L'état de santé du recourant avait été impacté de manière importante par l'accident de septembre 2018 et ne s'était amélioré qu'à partir de novembre 2022, par suite de l'introduction d'un nouveau traitement, ce qui n'avait pas du tout été pris en compte par les experts, en particulier sur le plan neurologique et rhumatologique. En outre, le recourant a rappelé que les experts avaient indiqué à tort qu'il avait repris une activité « sans difficultés rapportées, sans tremplins, sans mesures d'entraînement ou autre » et a insisté sur le fait qu'il fallait donner la priorité aux rapports rendus en temps réel par les médecins qui l'avaient suivi pendant toute la période en question. Il se justifiait dès lors d'admettre son incapacité de travail dès l'accident de septembre 2018, ce qui lui ouvrait le droit à une rente six mois après le dépôt de sa demande en août 2019.

Dans sa réponse du 22 octobre 2024, l'intimé a indiqué ne rien avoir à ajouter à sa motivation et maintenir en tous points sa décision du 8 août 2024. Il a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 17 décembre 2024, le mandataire du recourant a produit un décompte de ses honoraires.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 16 septembre 2024, le recours à l'encontre de la décision du 8 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (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 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [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 ». Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid.1.2.1 et les références citées). Dès lors que la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais qu'un éventuel droit à la rente aurait pu prendre naissance avant cette date (art. 29 al. 1 LAI), c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui est applicable en l'espèce.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI de février 2020 à septembre 2023, dans le cadre d'une nouvelle demande sur laquelle l'intimé est entré en matière. Est plus particulièrement remise en cause, la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, respectivement du rapport du SMR, sur lesquels l'OAI s'est fondé pour reconnaître une pleine capacité de travail au recourant et lui refuser tout droit à des prestations.

2.1 En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI]), le point de savoir si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré doit être tranché, par analogie avec le cas de la révision au sens de l'article 17 LPGA, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances prévalant lors du prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_658/2024 du 8 mai 2025 consid. 3.1).

A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur jusqu'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.

Tout changement important de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 alinéa 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement, au sens de l'article 17 LAI, 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).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGa ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (F 45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc comme la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des

troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143V 418, 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_701/2020 consid. 4.1, 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

2.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise le

fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_711/2020 du 2 juillet 2021 consid. 3.2 et la référence).

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

2.5 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. 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 dûment 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, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations

du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Etant donné que ces derniers 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 d'expérience que les médecins traitants, 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 leurs indications n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5). 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). Cela ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1).

Un rapport SMR, au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 90_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de l'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 (arrêt du Tribunal fédéral 90_518/2007 du 14 juillet 2018 consid. 3.2 et les références).

2.6 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un

degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

3.

3.1 Dans le cas l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner si la situation médicale du recourant s'est aggravée depuis le dernier examen matériel de son droit aux prestations AI.

3.1.1 Lorsque le droit à une rente d'invalidité a été nié par décision du 1^{er} juin 2017, le recourant se plaignait essentiellement de douleurs cervicales irradiant dans le bras droit, de maux de tête et de fourmillements dans les extrémités (pièce OAI 17) et présentait, selon son psychiatre traitant, les diagnostics d'ESPT (F43.1), de trouble mixte de la personnalité avec des éléments dépendants (F61.0) et de type borderline (F60.31 ; pièces OAI 28 et 44). Le SMR avait quant à lui exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant, mettant en avant la différence marquée entre, d'un côté, des rapports médicaux d'une grande clarté, argumentés, exhaustifs et répondant aux critères de qualité attendus émanant notamment de la CRR et, de l'autre côté, les quelques phrases lapidaires, sans argumentaire évident ni critère de qualité produits par l'assuré. Seul le diagnostic de status post AVP du 6 mars 2015 (V47.5), avec contusion cervicale (S10.9) avait été incapacitant pour une durée limitée. Les autres diagnostics retenus n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (pieds creux, tabagisme ancien, obésité non morbide [IMC = 35.7 kg/m²], status post fracture du poignet droit [1996], status post fracture de la clavicule droite et de l'avant-bras droit [1998] et status post nécrose du semi-lunaire gauche avec petite limitation du poignet ; pièce OAI 52).

3.1.2 A l'appui de sa nouvelle demande du 12 août 2019, le recourant a indiqué avoir subi un second accident de la circulation le 22 septembre 2018, exacerbant les douleurs présentes depuis le 6 mars 2015. Il mentionnait une mobilité réduite du poignet droit, des douleurs cervicales et au bras, ainsi que des maux de tête (pièce OAI 61). Sur le plan neurologique, le Dr C _____ avait diagnostiqué une multiplicité de symptômes invalidants, dont des céphalées, vertiges et rachialgies (pièce OAI 76). Un examen auprès du Dr J _____ avait également mis en évidence une polyarthralgie dans le cadre d'une fibromyalgie et un déconditionnement physique et psychique (pièce OAI 76). Des indices d'un trouble somatoforme douloureux avaient encore été observés lors d'un séjour à la Clinique bernoise de Montana du 21 octobre 2019 au 2 novembre suivant

(pièce OAI 80). Enfin, le Dr D _____ avait mentionné que la problématique psychique s'était péjorée (pièce OAI 65).

3.1.3 Ces différents éléments constituant un possible motif de révision au sens de l'article 17 LPGA, l'intimé est à juste titre entré en matière sur la demande du recourant. Suite à l'annulation de la décision du 17 février 2020 par la Cour de céans pour instruction complémentaire, l'OAI a mis en œuvre l'expertise bidisciplinaire requise. Sur la base de celle-ci, ainsi que du rapport final du SMR, l'intimé a une nouvelle fois nié tout droit du recourant à des prestations AI, au motif qu'aucune aggravation objective, significative et durable de son état de santé n'avait été démontrée.

3.2 Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs L _____ et M _____ du 31 janvier 2024, sur lequel s'est essentiellement fondé le médecin du SMR pour rendre le rapport final du 1^{er} février 2024 qui a été déterminant pour l'OAI. Le recourant reproche spécialement aux experts de s'être fondés sur son état de santé au moment des examens et de ne pas avoir pris en considération la période d'incapacité de travail totale qui avait suivi l'accident de la circulation du 22 septembre 2018, laquelle ressortait pourtant des nombreux rapports médicaux à leur disposition.

3.2.1 Sur le plan psychiatrique, le Dr L _____ a passé en revue les diagnostics retenus par le Dr D _____ en expliquant, de façon claire et cohérente, pour quelles raisons ils ne pouvaient pas être confirmés. Son raisonnement, aboutissant au constat de l'absence de toute psychopathologie incapacitante actuelle ou passée, se fonde non seulement sur les observations faites durant l'examen clinique, mais également sur les explications données par le recourant et l'intégralité des pièces médicales au dossier. L'expert psychiatre a notamment analysé l'impact de l'accident de voiture de septembre 2018 sur les diagnostics retenus par le Dr D _____, relevant qu'ils n'avaient que très peu évolués, tant dans leur nature que dans leur sévérité. L'ESPT en particulier ne faisait pas plus sens après ce second accident de voiture, chez un assuré qui n'avait consulté le neurologue que cinq mois après les faits pour des douleurs multiples dites très invalidantes et qui indiquait uniquement des motifs somatiques dans sa nouvelle demande AI. L'intéressé ne mentionnait d'ailleurs même pas les deux accidents de voiture à l'origine de ses demandes de prestations dans les faits marquants de sa vie et n'avait pas été empêché de conduire une voiture puis de reprendre la pratique de la moto. D'une façon générale, les traitements n'avaient que peu ou pas varié, le suivi ne s'était pas intensifié et aucune hospitalisation en psychiatrie n'avait été préconisée. Le Dr L _____ a rapporté que les limitations antérieures alléguées ne paraissaient pas

uniformes. Il existait de trop nombreuses discordances et les difficultés décrites par l'assuré n'étaient pas plausibles du point de vue de la psychiatrie. Contrairement à ce que semble penser le recourant, le simple fait que l'expert psychiatre ait indiqué, à tort, qu'il avait pu reprendre une activité professionnelle « sans difficultés rapportées, sans tremplins, sans mesures d'entraînement ou autre », ne suffit pas à invalider totalement son analyse, d'autant moins qu'il indique expressément que l'intéressé a bénéficié de plusieurs mesures grâce au chômage (pièce OAI 153, p. 523).

Sur le plan somatique, le Dr M _____ a retracé en détail l'évolution de l'état de santé du recourant, pour aboutir au constat que celui-ci ne s'était pas modifié entre la constatation d'une capacité de travail complète le 1^{er} mars 2016 et la reprise d'une activité de magasinier par l'intéressé en octobre 2023. Il n'y avait en particulier pas eu d'aggravation à la suite de son second accident de voiture en 2018, comme le montrait les différentes IRM au dossier. L'expert rhumatologue a validé les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie (M79.7), douleurs cervicales sur discopathies et protrusions discales (M54.2), douleurs du genou droit sur syndrome fémoro-patellaire (M22.2), status post bursite pré-rotulienne du genou gauche (M70.56), douleurs du poignet gauche sur atteinte dégénérative (M19.03), probable syndrome du canal carpien du côté gauche (G56.0) et obésité (E66). Ceux-ci étaient déjà connus, à l'exception de la suspicion de canal carpien, laquelle ne gênait pas l'assuré dans la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles suivantes devaient toutefois être respectées : pas d'effort, pas de soulèvement à partir du sol ni de port de charges proche du corps dépassant 10 kg, pas de maintien d'une position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes d'escaliers répétées, le travail en hauteur et les mouvements de préhension forcée et de prono supination forcée de la main gauche (pièce OAI 153).

Il ressort de la discussion consensuelle que le recourant n'avait pas présenté d'incapacité de travail après le 1^{er} mars 2016. Selon son *curriculum vitae*, il avait d'ailleurs toujours gardé une certaine activité, ce que n'ont pas manqué de relever les deux experts. De 2015 à 2016 il avait travaillé en tant que chauffeur VTC, de 2016 à 2017 il avait été gérant d'une pizzeria, de 2017 à 2019 il avait travaillé dans le restaurant familial (création et gestion du site internet et de la communication, organisation d'événements et aide au service), de 2019 à 2023 il avait été père au foyer, s'occupant notamment de trois enfants, y compris de leur scolarité à domicile durant la période du Covid 19.

A réception de cette instruction médicale complémentaire, le SMR a rendu un nouvel avis le 1^{er} février 2024. Le Dr H _____ a analysé les éléments principaux de

l'expertise bidisciplinaire sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels. Considérant que les critères de gravité n'étaient manifestement pas remplis, notamment pour le diagnostic principal de fibromyalgie, il a maintenu qu'il n'y avait pas, par rapport à la situation qui prévalait au 1^{er} juin 2017, de modification de l'état de santé à la fois objective, significative et durable, susceptible d'influencer le droit aux prestations d'invalidité du recourant qui disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de magasinier.

3.2.2 Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut pas être suivi lorsqu'il reproche aux experts d'avoir ignoré la dégradation de son état de santé suite à son second accident de la circulation. Force est au contraire de constater que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée par des professionnels reconnus, experts médicaux SIM et spécialistes respectivement en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie, et que la discussion était claire et cohérente, de sorte qu'il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise bidisciplinaire du 31 janvier 2024. De même, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'analyse convaincante du SMR.

3.3 Le recourant fait en outre valoir que les rapports de ses médecins traitants, lesquels ont pu constater en temps réel l'évolution de son état de santé, devaient avoir la priorité sur celui des experts, qui n'étaient intervenus que des années après, alors qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail (ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas). Cet argument ne convainc pas la Cour de céans. Il faut en effet rappeler que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical, dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U438 p. 345). Or, dans le cas d'espèce et comme développé au considérant précédent, tant les experts que le médecin du SMR ont fondé leur appréciation sur l'intégralité du dossier en leur possession, y compris sur les rapports que les médecins traitants ont rendu au fil du temps. Ainsi, le recourant ne peut rien tirer à son avantage de l'absence de consultation par les experts, respectivement par le Dr H _____, durant la période litigieuse. Au surplus, le médecin du SMR s'est expressément prononcé, dans son avis du 14 mai 2024, sur les arguments développés par l'assuré dans son objection du 7 mars 2024, lesquels ont par la suite été repris dans le recours du 16 septembre 2024. Il a notamment mis en évidence que les notions avancées par le Dr C _____ de céphalées, vertiges, rachialgies,

fatigue et somnolence diurne depuis l'accident de 2018 n'étaient pas des éléments diagnostiques, mais des symptômes, par essence tous subjectifs. Selon la jurisprudence, les plaintes subjectives ne suffisent néanmoins pas à elles seules à justifier une incapacité de travail totale ou partielle dans toute activité adaptée compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Ce principe vaut aussi bien sur le plan somatique que psychique (ATF 140 V 290 et 130 V 353 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). Le neurologue traitant sortait en outre de son domaine de compétence lorsqu'il retenait, comme seuls diagnostics, ceux antérieurement exposés par le Dr D _____, cela d'autant plus que l'expert psychiatre avait expliqué, diagnostic par diagnostic, pourquoi ils ne pouvaient pas être confirmés *in casu*.

Pour rappel, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. *supra* consid. 2.4). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit en aucun cas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

In casu, l'expertise bidisciplinaire ayant été menée conformément aux critères jurisprudentiels, de même que le rapport final du SMR, il convient de leur reconnaître une valeur probante entière. L'intimé doit ainsi être suivi lorsqu'il soutient qu'aucun indice concret ne justifie de s'en écarter.

3.4 Partant, il n'existe aucun motif justifiant de reconnaître un droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande du 12 août 2019, respectivement de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel. A l'instar du SMR dans son appréciation du 1^{er} février 2024, il sied de confirmer l'absence de toute modification objective, significative et durable de l'état de santé physique, mentale et psychique du recourant, susceptible d'influencer son droit aux prestations AI, depuis la décision du

1^{er} juin 2017. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision du 8 août 2024 confirmée.

Les faits étant suffisamment établis, il n'y a pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'une instruction complémentaire (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).

4.

4.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al.1^{bis} LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2 Le recourant n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision du 8 août 2024 de l'Office cantonal AI du Valais confirmée.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 mars 2026