

S1 20 163

**JUGEMENT DU 15 MAI 2023**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Jean-Michel Duc, avocat, 1002 Lausanne

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(art. 17, 28 et 35 LAI, 29*bis* RAI ; début du droit à la rente d'invalidité, rente pour enfant, mesures d'ordre professionnel)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né le xx.xx1 1981, aide-paysagiste, est marié et père de deux enfants : A \_\_\_\_\_ né le xx.xx2 2008 et B \_\_\_\_\_, d'un premier lit, né le xx.xx3 2004.

Depuis mars 2014, l'assuré a exercé une activité d'aide-paysagiste auprès de l'entreprise C \_\_\_\_\_ Sàrl. Le 6 octobre 2014, alors qu'il déchargeait du béton, le grappin d'une grue de manutention s'est refermé sur son bras, lui causant une fracture complexe du coude droit, dont une fracture radius de la tête radiale extra articulaire, une fracture transverse de l'olécrane (21-B3 de AO) et une fracture de l'humérus distal de l'épicondyle médial intra-articulaire (13-B1.2). Ce cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Après une opération (ORIF humérus distal et de l'olécrane du coude droit) réalisée le 13 octobre 2014 à l'Hôpital du Valais, et la mise en place de séances de physiothérapie, le pronostic a été jugé de lentement favorable. Néanmoins, il était peu probable que l'intéressé puisse reprendre son activité habituelle (pièce OAI 220, pp. 616 et 627). Il lui a dès lors été suggéré d'annoncer son cas à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), ce qu'il a fait le 19 février 2015.

Du 18 mars 2015 au 21 avril suivant, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) où a été diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux de type TSPT (trouble de stress post-traumatique) qui pouvait compliquer un retour à son activité professionnelle et favoriser des attitudes d'évitement (machines de chantier, camions). Sur le plan neurologique, une légère atteinte sensitive du nerf ulnaire droit a été mise en évidence. Une évolution subjective et objective plutôt favorable a été observée sur le plan fonctionnel avec une amélioration des mobilités en flexion-extension du coude droit et de la force isométrique du triceps et du biceps, avec cependant une légère altération de la dextérité fine de la main droite. Au final, le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle a été jugé défavorable, mais la capacité de travail dans une activité adaptée était en revanche entière (pièces OAI 222 et 223).

En raison de la persistance d'une limitation fonctionnelle du coude droit (115-20-0° en actif), une ablation totale du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du coude droit avec arthrolyse a dû être réalisée le 14 juillet 2015 (pièce OAI 225, p. 786). L'assuré a ensuite été hospitalisé une seconde fois à la CRR du 20 juillet 2015 au 1<sup>er</sup> septembre suivant. Les spécialistes ont alors constaté que l'AMO avait permis une extension quasi complète

du coude, mais qu'il présentait en revanche une perte de la mobilité en flexion. Sur le plan neurologique, la légère atteinte sensitive du nerf ulnaire droit persistait encore, de même qu'une atteinte sensitive des nerfs brachial et anté-brachial cutanés internes droits (pièce OAI 225, pp. 738 ss).

Le 30 novembre 2015, l'intéressé s'est rendu auprès de la clinique universitaire de D \_\_\_\_\_ à Zurich pour obtenir un autre avis spécialisé. Dans son rapport du 2 décembre 2015, le Prof. E \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé qu'il semblait très peu probable que son patient puisse reprendre son activité d'aide-paysagiste et qu'une nouvelle opération ne serait pas susceptible d'apporter une amélioration de la situation.

L'assuré a ensuite été examiné le 20 janvier 2016 par le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier a conclu que l'accident avait provoqué une perte fonctionnelle du membre supérieur droit avec raideur du coude, un défaut d'extension, une parésie diffuse et des troubles sensitifs dans le territoire du nerf cubital en voie de résolution. A son avis, le cas était stabilisé et la poursuite de l'activité d'aide-paysagiste n'était plus médicalement exigible. Il a précisé que l'intéressé n'était plus en mesure de porter des charges supérieures à 5 kilos de façon répétée, ni d'avoir une activité en flexion/extension du coude droit de façon répétée, ni d'effectuer des mouvements de rotation de façon répétée avec le membre supérieur droit et qu'il fallait éviter de pousser, taper ou tirer avec celui-ci. Il a ajouté qu'il ne pouvait employer le bras droit que comme aide pour les activités réalisées par son membre supérieur gauche (pièce OAI 227).

Reprenant cet avis, la CNA a annoncé à son assuré que la situation était stabilisée et qu'elle mettrait un terme au paiement des soins médicaux et au versement de ses indemnités journalières au 29 février 2016 (pièce OAI 227, p. 823). Le 12 mai suivant, elle lui a octroyé une rente d'invalidité de 11% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2016, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 25% (pièces OAI 228 et 229). Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

Dans l'intervalle, l'OAI a octroyé à X \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016 (décision du 26 août 2016, pièce OAI 76). Selon ledit office, à partir du 20 janvier 2016, l'intéressé pouvait exercer à plein temps, avec un rendement normal, une activité légère et adaptée (cariste, conducteur de palan, ouvrier de contrôle de production, opérateur de contrôle en horlogerie, ouvrier à la pose des bracelets de montres, opérateur de saisie), sa perte de gain n'étant évaluée qu'à

2%. Le même jour, soit le 25 mai 2016, l'OAI lui a refusé tout droit à des mesures d'ordre professionnel, mais lui a néanmoins octroyé une aide au placement (pièces OAI 65 et 73). Ces décisions sont entrées en force ; celle concernant la rente, après que l'assuré eut informé la Cour de céans de sa volonté de retirer son recours dirigé contre cette décision (dossier S1 16 178 ; pièces OAI 146 et 147).

**B.** Depuis le mois de septembre 2016, l'assuré a entamé un suivi au centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP) de l'Hôpital du Valais pour la prise en charge d'un état dépressif avec des troubles du sommeil, des ruminations et des idées noires persistantes (pièce OAI 100).

Une nouvelle évaluation neurologique s'est déroulée le 7 octobre 2016 auprès du Dr G \_\_\_\_\_ du service de neurologie de l'Hôpital du Valais. Ce dernier a en substance retenu la présence de discrètes séquelles de neuropathie tronculaire du cubital droit au coude, justifiant la mise d'une attelle durant la nuit, mais qui ne nécessitaient toutefois pas une révision chirurgicale du nerf cubital (pièce OAI 229, p. 962).

**C.** Le 10 janvier 2017, le CCPP a fait état d'une péjoration de la symptomatologie psychique présentée par son patient en raison de fatigue, de ruminations, de difficultés d'endormissement, d'idées noires fluctuantes avec des idées suicidaires scénarisées et d'une incapacité de se projeter dans l'avenir. Une faible amélioration (disparition des idées noires) a cependant été constatée après l'introduction d'un traitement d'antidépresseur (Citalopram). Les médecins du CCPP ont estimé que la situation actuelle, avec une capacité de travail de 30 à 50%, pouvait encore davantage s'améliorer avec l'instauration d'un projet de réinsertion dans un milieu adapté (pièce OAI 100). Le 31 janvier suivant, l'assuré a confirmé qu'il souhaitait que l'OAI réexamine sa situation (pièce OAI 102).

Le Dr H \_\_\_\_\_, médecin assistant au CCPP, a ajouté, le 17 février 2017, que l'assuré souffrait d'un sentiment d'injustice, de colère, de désespoir et qu'il présentait une aboulie, une anhédonie et des idées noires fluctuantes, symptômes constitutifs d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Selon lui, la capacité de travail était limitée à 30% du point de vue psychique (pièce OAI 110).

Egalement invité à se prononcer sur la situation de son patient, le médecin traitant de l'intéressé, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué le 20 février 2017 qu'il souffrait, sur le plan somatique, de lombosciatalgies L4-L5 droites

en plus d'un status après fracture du coude droit (pièce OAI 108). L'assuré a été opéré pour ses discopathies L4-L5, le 13 juin 2017 (pièce OAI 158).

La réalisation d'une expertise psychiatrique a été confiée au Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 octobre 2017, l'expert a relevé qu'il n'existait pas de troubles de l'attention et de la concentration, pas de suicidalité ni de trouble de l'anxiété généralisée, de trouble panique, d'une quelconque phobie, d'un trouble obsessionnel, d'éléments en faveur d'un état de stress post-traumatique, ou encore d'un trouble majeur de la personnalité. L'expert a ensuite retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité légère à moyenne (en soulignant légère), en expliquant que l'assuré présentait notamment un sentiment d'injustice, qu'il pouvait regarder la télévision, qu'il dormait bien avec du Seroquel et que son poids semblait relativement stable. Il a également suspecté l'assuré de ne pas respecter son traitement médicamenteux (Citalopram et Quétiapine) et a relevé une prise en charge peu soutenue au CCPP (la dernière consultation remontant au 30 mai 2017), de surcroît uniquement avec un médecin-assistant en formation. Selon le Dr J \_\_\_\_\_, l'expertisé présentait un comportement revendicateur, légèrement manipulateur, une attitude victimaire et passive-agressive de mise en échec de tout ce qui lui était proposé, ainsi qu'un manque de motivation pour s'insérer ou se réinsérer en Suisse (desir de rentrer au Portugal), malgré son jeune âge. Ce dernier avait ainsi des contacts sociaux, sa fatigabilité ne paraissait pas évidente, il disposait d'une intelligence normale, conservait des capacités adaptatives et était autonome. Pour l'expert, la discordance de son appréciation avec celle des médecins traitants pouvait découler d'une sinistrose (« *syndrome psychique [qui] traduit une sorte de névrose revendicatrice en vue d'obtenir l'indemnité la plus élevée possible* », pièce OAI 128, pp. 308 et 309), dans la mesure où ses confrères, en raison de leur lien particulier avec le patient, retenaient ses plaintes sans les remettre objectivement en question. En définitive, l'expert a estimé que mis à part un trouble de l'adaptation, suite à la décision négative de l'OAI, entre septembre 2016 et mai 2017 (date du dernier rendez-vous au CCPP), une incapacité de travail n'était pas justifiée et que le pronostic était bon (pièce OAI 128).

Reprenant cette expertise le 20 octobre 2017, le Dr K \_\_\_\_\_, généraliste au SMR, a conclu qu'il n'existait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique (sauf durant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 mai 2017), dès lors que les rapports du CCPP n'avaient aucune valeur probante (le suivi étant assuré par un médecin en formation). Sur le plan somatique, il a rappelé que l'intéressé conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (port de charges limité à 5 kilos occasionnellement ;

pas de travaux lourds ; pas d'activité en flexion/extension du coude droit de façon répétée ni de mouvement de rotation répété ; éviter de pousser, tirer ou taper avec le membre supérieur droit, celui-ci ne devant être considéré que comme une aide pour les activités réalisées avec le membre supérieur gauche ; pièce OAI 131).

**D.** L'assuré a informé l'OAI, le 13 novembre 2017, que sa situation s'était gravement détériorée, en particulier au niveau de son bras droit (pièces OAI 139 et 229, p. 955).

A cet égard, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a indiqué, le 18 décembre 2017, que son patient souffrait de lombalgies invalidantes et d'une neuropathie cubitale droite (pièce OAI 148). En effet, le Dr G \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué, le 11 décembre précédent, des manifestations sensitives et douloureuses dans le territoire du nerf cubital (ou ulnaire) droit qui perduraient des suites de l'accident d'octobre 2014, et ce malgré la prise en charge d'ostéosynthèse du coude avec neurolyse du nerf cubital. Ce spécialiste avait estimé que l'évolution défavorable de l'état de santé laissait suspecter un processus local avec une contrainte ou une compression sur le tronc nerveux, comme par exemple une bride cicatricielle participant à la symptomatologie (pièce OAI 229, pp. 934 et 935).

S'agissant des lombalgies, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie spinale, a précisé, le 8 mars 2018, que son patient souffrait de lombosciatalgies dans le membre inférieur droit depuis décembre 2016 (observées par imageries du 13 décembre 2016 ; pièce OAI 186), mais qu'actuellement seules des lombalgies persistaient à l'effort et selon la position. Il a posé le diagnostic de discopathie protrusive L4-L5 qui était, selon lui, incapacitant pour un paysagiste et pour lequel l'assuré a été opéré le 13 juin 2017 (pièce OAI 158). Dans une activité adaptée (pas de position de travail en porte-à-faux ou en position statique, port de charges limité à 10 kilos), il a cependant estimé que son patient pouvait travailler 8 heures par jour (pièce OAI 150). Lors des contrôles subséquents, aucune anomalie pouvant justifier les douleurs alléguées n'a pu être observée (pièce OAI 186, pp. 464 à 466).

Le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a signalé que l'assuré était en arrêt total de travail depuis le 2 février 2018, date à laquelle il avait été soumis à une neurolyse et transposition antérieure semi-profonde au coude droit afin de traiter sa neuropathie cubitale. Ce spécialiste a estimé que l'activité de paysagiste n'était plus possible en raison d'un manque de force dans la main droite, mais que l'intéressé pouvait travailler 8 heures par jour dans une activité adaptée (pièces OAI 151, 156 et 229, p. 939).

Le 7 avril 2018, le Dr N \_\_\_\_\_ a observé que les fourmillements avaient disparu et a ainsi estimé que l'évolution était a priori bonne. Il a ajouté qu'une reprise du travail était envisageable pour le 1<sup>er</sup> mai 2018 mais qu'il était peu probable que le patient puisse reprendre son activité de paysagiste (pièce OAI 229, pp. 906 et 907). Lors d'un contrôle postérieur en juillet 2018, ce spécialiste a cependant noté que l'évolution n'était pas favorable en présence d'une force limitée, de douleurs persistantes, d'une fatigue constante du membre supérieur droit et de lombalgies chroniques (pièce OAI 153).

Un examen électro-clinique a dès lors été réalisé auprès du Dr G \_\_\_\_\_ le 6 juillet 2018. Celui-ci a constaté que les douleurs et les signes irritatifs du nerf cubital restaient marqués et qu'un ralentissement de la vitesse de conduction sensitive et motrice persistait, cette dernière étant plus marquée qu'en décembre 2017. Selon lui, un facteur local extrinsèque délétère perdurait sur le trajet du nerf cubital droit, ce qui justifiait une révision chirurgicale (pièce OAI 229, pp. 899 et 900). Cette intervention (neurolyse cubitale et transposition profonde sous-musculaire) a été effectuée en ambulatoire, le 19 juillet 2018, par le Dr N \_\_\_\_\_ afin de traiter la neuropathie ulnaire récidivante au coude droit (pièce OAI 229, pp. 887, 893 et 898).

Le 23 septembre 2018, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué que la cicatrisation était en bonne voie, mais qu'il était trop tôt pour se prononcer sur un pronostic (pièce OAI 229, p. 873). Le Dr G \_\_\_\_\_ a ajouté, le 26 septembre suivant, que la capacité de travail de l'assuré paraissait compromise par la double problématique lombaire, pour laquelle il avait été opéré en juin 2017 et gardait des douleurs, et les séquelles sensitives et douloureuses dans le territoire du nerf cubital droit qui perduraient malgré deux interventions chirurgicales. Pour ce spécialiste en neurologie, les limitations fonctionnelles de son patient concernaient la dextérité manuelle droite altérée par des troubles sensitifs et des douleurs neurogènes sur séquelle de neuropathie cubitale. Il a observé que des limitations de sollicitations du coude existaient sur le plan orthopédique (pas de travaux lourds ni de marche en raison des lombalgies à caractère mécanique). A son avis, aucune activité ne semblait être raisonnablement exigible de l'assuré. Questionné sur le potentiel de réadaptation de ce dernier, le neurologue l'a pronostiqué mauvais compte tenu de la coexistence des problématiques lombaire et du membre supérieur droit. Selon lui, les douleurs plaidaient en défaveur d'une réadaptation (pièce OAI 164).

Ces nouveaux éléments ont été soumis au SMR qui a retenu, le 24 octobre 2018, que la nouvelle intervention au membre supérieur droit n'avait pas généré de limitations supplémentaires (le Dr N \_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 100% dans une

activité adaptée) et que les lombosciatalgies droites étaient stabilisées depuis le 20 décembre 2017 (après l'opération du Dr M \_\_\_\_\_ qui estimait également la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée). Le Dr K \_\_\_\_\_ a ensuite soutenu que l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ (qui retenait une incapacité de travail) n'était pas motivé et n'était pas basé sur des certitudes. Il a dès lors estimé qu'une pleine capacité de travail était exigible depuis le 2 avril 2018 (soit deux mois après la neurolyse et la transposition antérieure du coude droit du 2 février 2018) dans une activité légère et adaptée (avec les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : positions alternées, respect de l'hygiène posturale du rachis lombaire, port de charges limité à 5 kilos) (pièce OAI 168).

E. Par projet de décision du 30 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de mesures d'ordre professionnel, au motif qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité légère et adaptée et ne présentait qu'une incapacité de gain de 5% (pièce OAI 169). Par un autre projet de décision du même jour, il lui a reconnu un droit à une rente d'invalidité limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 juillet 2018, date à laquelle il était exigible de sa part qu'il exerce une activité légère et adaptée (position de travail alternée ; port de charges limité à 5 kilos de manière occasionnelle ; pas de travaux lourds ; pas d'activité en flexion/extension du coude droit de façon répétée ; pas de mouvements de rotation [répétée] avec le membre supérieur droit ; éviter de pousser, tirer ou taper avec le membre supérieur droit, celui-ci ne devant être considéré que comme une aide pour les activités réalisées avec le membre supérieur gauche ; respect de l'hygiène posturale du rachis lombaire) (pièce OAI 171).

Le 19 novembre 2018, X \_\_\_\_\_ a contesté ces deux projets de décision, estimant que ceux-ci étaient insuffisamment motivés. Il a ensuite soutenu que son cas n'était pas stabilisé et justifiait le maintien de sa rente d'invalidité et qu'une mesure de reclassement devait lui être octroyée même en présence d'un taux d'invalidité inférieur à 20% (pièce OAI 174). Le 23 novembre suivant, l'intéressé a ajouté que son droit à la rente aurait dû lui être reconnu dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et que le dossier de la CNA devait être pris en compte par l'OAI (pièce OAI 176).

Un nouveau rapport a été requis du Dr N \_\_\_\_\_, lequel a fait état, le 9 décembre 2018, d'une faiblesse, de douleurs au membre supérieur droit et de lombalgies chroniques qui justifiaient la poursuite de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de son patient. Il s'est ensuite interrogé sur l'activité qui pourrait être adaptée aux limitations de son patient, sans donner d'autres précisions. Il a dès lors préconisé le maintien des séances de physiothérapie pour la tonification musculaire (pièce OAI 179).

Dans l'intervalle, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité additionnelle pour atteinte à l'intégrité de 5%. S'agissant de la rente d'invalidité, l'assureur-accidents a considéré que les séquelles de l'accident ne modifiaient pas l'exigibilité d'une activité légère et adaptée fixée en 2016, de sorte que son taux restait inchangé à 11%. Elle s'est, à cette fin, fondée sur l'avis du 18 janvier 2019 de son médecin d'arrondissement, le Dr F \_\_\_\_\_, lequel avait relevé que l'état général de l'assuré demeurait inchangé depuis le dernier examen du 20 janvier 2016 et qu'après deux neurolyses du nerf cubital, l'évolution était légèrement favorable sur le plan sensitif avec persistance de dysesthésies et d'irradiations électriques surtout lors des mouvements d'extension du coude. En l'absence d'amélioration significative pouvant résulter de la poursuite du traitement médical, le médecin d'arrondissement a considéré que le cas était stabilisé (pièce OAI 230). Le recours intenté à l'encontre de cette décision a été successivement rejeté par la Cour de céans (arrêt S2 19 53 du 12 octobre 2021), puis par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_757/2021 du 16 mars 2022).

Un examen clinique a encore été réalisé le 23 août 2019 par le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et en réadaptation auprès du SMR, en lien notamment avec les lombosciatalgies chroniques. Premièrement, il a relevé que son examen clinique du membre supérieur droit était superposable à celui du Dr F \_\_\_\_\_. Ensuite, il a estimé que les lombosciatalgies justifiaient des limitations fonctionnelles supplémentaires (position de travail alternée assis-debout ; pas de porte-à-faux ni de rotation du tronc ; port de charges limité à 10 kilos de façon non répétitive ; pas de déplacement en terrain irrégulier, sur plan incliné ou sur échelle ; déplacement occasionnel dans les escaliers ; pas d'exposition au froid ni aux intempéries ni aux vibrations) et que ces limitations additionnelles n'étaient par conséquent pas incapacitantes dans une activité adaptée depuis le 19 janvier 2019. En particulier, il a relevé que la présence d'une discrète hernie inguinale gauche n'avait aucune influence sur la capacité de travail dans une telle activité adaptée (pièce OAI 187).

Dans des nouveaux projets de décisions du 2 septembre 2019, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à des mesures d'ordre professionnel et lui a octroyé une rente d'invalidité limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 30 avril 2019 (pièces OAI 190 et 191).

Le 25 septembre suivant, X \_\_\_\_\_ a fait grief à l'OAI de n'avoir pas expliqué dans quelle mesure il avait retrouvé une capacité de travail. Il a ajouté que son incapacité de travail avait commencé le 6 octobre 2014 et donc que son droit à la rente devait prendre naissance avant le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Finalement, selon lui, il avait droit à des mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 193).

Par décision du 3 juillet 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 septembre 2019 et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 30 avril 2019, ainsi qu'une rente complémentaire pour son enfant A \_\_\_\_\_ durant cette même période. Il a soutenu qu'en 2016, l'incapacité de travail avait fait suite à une nouvelle problématique (psychique), de sorte qu'un nouveau délai d'attente d'un an avait commencé à courir. En outre, l'OAI a confirmé qu'à partir du 18 janvier 2019, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ce même avec la prise de Tramadol. Le même jour, l'OAI a décidé de verser une rente pour l'enfant B \_\_\_\_\_ (d'un premier lit) à la mère de celui-ci, durant la même période.

Par décision du 7 juillet 2020, l'OAI a également confirmé qu'aucune mesure d'ordre professionnelle ne serait accordée à l'intéressé, dans la mesure où son taux d'invalidité n'atteignait pas le seuil de 20% requis pour lui ouvrir un droit à cette prestation.

**F.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre ces décisions le 25 août 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, à la jonction des causes, à l'annulation des décisions litigieuses et à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi que deux rentes complémentaires pour ses enfants, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et sans interruption, subsidiairement à la réforme des décisions litigieuses en ce sens que les rentes lui soient versées du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 avril 2019, et plus subsidiairement encore, au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a fait valoir que l'aggravation de son état de santé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 ressortait d'une problématique ayant déjà justifié une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016, de sorte que l'OAI n'aurait pas dû faire courir un nouveau délai d'attente à partir de cette date. Ensuite, il a en substance contesté que son état de santé s'était amélioré et a notamment critiqué l'appréciation faite par le Dr F \_\_\_\_\_. Selon le recourant, l'aggravation de son état de santé rendait au contraire illusoire l'exercice d'une activité légère, ce d'autant plus que l'OAI avait reconnu qu'il ne pouvait utiliser son bras droit que comme appui à son bras gauche. Dans cette mesure, il a estimé qu'il était arbitraire d'exiger de sa part l'exercice d'une activité physique ou manuelle simple (correspondant au niveau de compétence 1 de l'ESS retenu par l'intimé). Il a ajouté que la prise de Tramadol, en tant qu'opioïde, pouvait non seulement engendrer une dépendance ou des effets secondaires indésirables, voire dangereux, mais encore avoir un impact sur son état de santé ce qui devait être élucidé. Ensuite, il a soutenu que des bonifications pour tâches éducatives auraient dû lui être octroyées pour l'enfant B \_\_\_\_\_ entre 2005 et 2008, ce que la Caisse de compensation avait omis de faire. Il s'est également interrogé sur la raison pour laquelle la rente de B \_\_\_\_\_ était versée à sa mère alors qu'il pourvoyait

à son entretien. Finalement, le recourant a fait valoir qu'une mesure de reclassement professionnel aurait dû lui être octroyée indépendamment de son taux d'invalidité.

Dans sa réponse du 27 octobre 2020, l'OAI a renvoyé pour l'essentiel à la motivation de ses décisions. Il a également joint une prise de position de la Caisse de compensation de la Fédération romande des métiers du bâtiment (Meroba), laquelle a rappelé que les bonifications pour tâches éducatives étaient versées au parent qui détenait (seul) l'autorité parentale, soit la mère de B \_\_\_\_\_. Cela expliquait également la raison pour laquelle la rente pour l'enfant B \_\_\_\_\_ était directement versée à la mère de celui-ci. En outre, Meroba a indiqué que le recourant n'avait pas réussi à démontrer qu'il s'était acquitté des contributions d'entretien (fixées à 400 francs par mois) envers son fils, de sorte qu'il ne pouvait pas exiger le paiement en ses mains de l'arriéré de la rente pour enfant.

Le 5 novembre 2020, le recourant a répliqué que le bureau de recouvrement et d'avance des pension alimentaires (ci-après : BRAPA) avait avancé les contributions d'entretien depuis février 2017 et l'avait ensuite mis en poursuite pour ces montants. Or, une somme de 7172 fr. 35 avait déjà été remboursée au BRAPA et il lui versait, en plus, mensuellement 200 francs supplémentaires. Le recourant a dès lors invoqué l'article 71<sup>ter</sup> alinéa 2 du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS) pour exiger le paiement rétroactif des rentes jusqu'à concurrence des montants qu'il avait versés.

L'intimé a indiqué, le 9 décembre 2020, pièces à l'appui, que le BRAPA avait confirmé n'avoir reçu aucun versement de la part du recourant pour la période de septembre 2017 à avril 2019 en lien avec les contributions d'entretien de son fils B \_\_\_\_\_.

Le lendemain, le Tribunal de céans a clôturé l'échange d'écritures.

Par ordonnance du 30 juin 2022, P \_\_\_\_\_, mère de B \_\_\_\_\_, a été invitée à faire valoir ses éventuelles observations quant aux différentes écritures de la cause. Aucune réponse n'a été apportée dans le délai qui lui avait été imparti.

### **Considérant en droit**

**1.1.** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 25 août 2020, le présent recours à l'encontre des décisions des 3 et 7 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Dans un premier grief, le recourant conteste la rente d'invalidité limitée dans le temps qui lui a été octroyée dans le cadre de la procédure de révision. Plus particulièrement, il s'oppose d'une part à la date du début du droit de la rente et fait valoir d'autre part qu'il n'a pas recouvré une capacité de travail depuis le 18 janvier 2019.

**2.1.** A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente

avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

**2.2.** L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). L'atteinte moyenne à la capacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain existant à l'expiration du délai d'attente doivent être cumulatives et atteindre le niveau minimal requis pour les différents échelons de rente afin qu'une rente d'un montant correspondant puisse être octroyée (art. 28 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 ; arrêts 8C\_618/2021 du 14 décembre 2021 consid. 4.2, 8C\_718/2018 du 1<sup>er</sup> janvier 2018 consid. 2.2, 9C\_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.1, 8C\_174/2013 du 21 octobre 2013 consid. 3.2 et 9C\_996/2010 du 5 mai 2011 consid. 7.1).

Selon l'article 29 alinéa 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'article 29 alinéa 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. Aux termes de l'article 29*bis* du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. L'article 88*bis* alinéa 1 lettre a RAI prévoit que lorsqu'une demande de révision est présentée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée.

Dans un arrêt 8C\_888/2011 du 7 mai 2012 considérant 5.2 (publié in SVR 2012 IV n° 48 p. 176), le Tribunal fédéral a jugé qu'aucune prestation de rente ne pouvait être octroyée avant le dépôt de la nouvelle demande, même si l'article 29*bis* RAI prévoit que sera déduite de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi (arrêt 9C\_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 3.2.2).

**2.3.** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se

prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

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

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

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. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent 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 8C\_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de manière compréhensible, ne soient pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

**3.1.** Dans un premier temps, il convient de trancher la question du moment à partir duquel le recourant pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Selon l'OAI, ce droit a pris naissance le 1<sup>er</sup> septembre 2017, soit après l'écoulement du délai d'attente d'une année de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI après que l'intéressé eut présenté une nouvelle incapacité de travail pour un trouble de l'adaptation (du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 mai 2017). A l'inverse, le recourant affirme que son droit aurait dû commencer le 1<sup>er</sup> septembre 2016 déjà, dès lors que son incapacité de travail était de même origine que celle qui avait justifié sa première période d'invalidité (art. 29bis RAI).

En l'état du dossier, la Cour constate premièrement que c'est en date du 31 janvier 2017 que le recourant a formellement demandé à l'OAI de réexaminer sa situation (pièce OAI 103). Dans cette mesure, en application de la jurisprudence rappelée au considérant 2.2 ci-dessus, aucune prestation ne pouvait, dans tous les cas, lui être versée pour la période précédant le dépôt de cette nouvelle demande (arrêts 9C\_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 3.2.2 et 8C\_888/2011 précité consid. 5.2).

En outre, l'analyse de l'intimé doit être confirmée, dès lors que les troubles ayant justifié cette demande de révision étaient à l'évidence d'origine psychique et non pas somatique. La confirmation de la demande de réexamen du 31 janvier 2017 faisait en effet suite au courrier du CCPP du 10 janvier précédent qui avait retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). L'incapacité de travail attestée par le CCPP, de 30 à 50%, se justifiait alors uniquement d'un point de vue psychique (pièces

OAI 100 et 110). Seule une expertise psychiatrique avait d'ailleurs été réalisée afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré. A l'inverse, aucune pièce au dossier n'indique, qu'à cette époque, l'incapacité de travail était justifiée par un autre trouble que psychiatrique. En particulier, les lombosciatalgies, certes observées par imagerie le 13 décembre 2016, n'avaient nullement été décrites comme incapacitantes dans une activité adaptée (le Dr M \_\_\_\_\_ retenait notamment qu'un emploi de 8 heures par jour restait possible dans une activité adaptée ; pièce OAI 186), du moins jusqu'à l'opération du 13 juin 2017 (qui a ensuite effectivement justifié un arrêt de travail). En outre, le Dr G \_\_\_\_\_ n'avait également pas relevé d'aggravation lors de son évaluation neurologique du 7 octobre 2016 (pièce OAI 229, p. 962). Cela étant, bien que le recourant ait soutenu qu'à partir du 13 novembre 2017 sa situation s'était gravement détériorée au niveau de son bras droit et de son dos, la nouvelle demande sur laquelle l'OAI avait accepté d'entrer en matière en janvier 2017 était uniquement motivée par des raisons psychiques.

Dans ces circonstances, l'intimé pouvait avec raison faire partir un nouveau délai d'attente depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 (date retenue par l'expert en lien avec un trouble de l'adaptation) et refuser d'appliquer l'article 29*bis* LAI.

**3.2.** Il s'agit ensuite de déterminer si l'OAI pouvait à juste titre limiter la rente d'invalidité du recourant au 30 avril 2019. Pour ce faire, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision du 26 août 2016 (l'ayant mis au bénéfice d'une rente limitée du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016) reposant sur un examen complet du droit à la rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 3 juillet 2020.

**3.2.1.** Lorsqu'il a été mis au bénéfice d'une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016, l'intimé avait retenu qu'à partir du 20 janvier 2016, le recourant était en mesure d'exercer à plein temps une activité légère et adaptée. L'OAI s'était alors fondé sur l'avis du 20 janvier 2016 Dr F \_\_\_\_\_ (pièce OAI 227, pp. 826 à 829) et sur un rapport de réadaptation du 2 février suivant (pièce OAI 49). Ce médecin avait retenu une stabilisation de la situation et une exigibilité totale dans une activité adaptée (pas de port de charges supérieures à 5 kilos de façon répétée, ni d'activité en flexion/extension du coude droit de façon répétée, ni de mouvements de rotation de façon répétée avec le membre droit supérieur, éviter de pousser, taper ou tirer avec celui-ci, emploi du membre supérieur droit que comme aide pour les activités réalisées par le membre supérieure gauche).

**3.2.2.** Le 31 janvier 2017, le recourant a annoncé formellement une aggravation de son état de santé, en raison de troubles psychiques, pouvant constituer un possible motif de révision de son droit à la rente selon l'article 17 LPGA, raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur la demande de révision.

Dans un premier temps, l'impact invalidant des troubles psychiques allégués a fait l'objet d'une instruction par l'OAI qui a ordonné une expertise psychiatrique indépendante. Il est ressorti des conclusions motivées du Dr J \_\_\_\_\_ qu'aucun caractère invalidant ne devait être attribué aux troubles psychiques allégués par le recourant, sauf pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 mai 2017 (en raison d'un trouble de l'adaptation). Aucune raison ne justifie de s'écarter de cette expertise qui a été établie dans le respect des critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle n'a d'ailleurs aucunement été contestée par le recourant qui, au demeurant, n'a plus fait état de troubles psychiques depuis.

Dans un second temps, l'aspect somatique a également fait l'objet des mesures d'instruction en raison d'une aggravation de la situation au niveau du bras et du dos du recourant. La résurgence de ces troubles a dès lors justifié la poursuite de l'incapacité de travail (après celle justifiée par le trouble de l'adaptation) à partir de l'opération du 13 juin 2017, puis celle du 2 février 2018. Or, la situation s'est par la suite manifestement améliorée, notamment en raison des opérations, permettant au recourant de reprendre une activité adaptée dès le 18 janvier 2019. L'analyse opérée à cet égard par l'intimé doit ici également être confirmée. En effet, cette date coïncide avec le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt de la Cour de céans S2 19 53 consid. 3, confirmé par l'arrêt 8C\_ 757/2021 précité consid. 4). Celui-ci avait notamment retenu que l'état général de l'assuré était inchangé depuis le 20 janvier 2016 et, qu'après les deux neurolyses du nerf cubital, l'évolution était légèrement favorable. Son avis a du reste été confirmé par le Dr N \_\_\_\_\_ qui estimait également que l'évolution était favorable avec une cicatrisation en bonne voie. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ a aussi tenu compte du rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2018 qui lui avait été soumis par la CNA. Ce dernier n'a en outre pas été en mesure de justifier, par le biais d'une appréciation médicale objective, le caractère invalidant des troubles dans toute activité qu'il attestait ; les limitations fonctionnelles dont il a fait état concernaient, de surcroît, une activité lourde et physique qui n'était justement plus exigible de la part du recourant. A cela s'ajoute encore qu'aucun élément du dossier ne laissait supposer que de nouvelles radiographies eussent été nécessaires. Au vu de ces éléments, l'OAI

pouvait à juste titre conclure que, sur le plan neurologique, l'état de santé du recourant était inchangé depuis 2016.

La problématique lombaire a également fait l'objet d'un examen clinique par le SMR le 23 août 2019. Dans son rapport détaillé, le Dr O \_\_\_\_\_ a expliqué de manière motivée et circonstanciée que cette symptomatologie justifiait de nouvelles limitations fonctionnelles (position de travail alternée assis-debout ; pas de porte-à-faux ni de rotation du tronc ; port de charges limité à 10 kilos de façon non répétitive ; pas de déplacement en terrain irrégulier, sur plan incliné ou sur échelle ; déplacement occasionnel dans les escaliers ; pas d'exposition au froid ni aux intempéries ni aux vibrations) mais qu'elle n'était nullement incapacitante dans une activité adaptée. En l'état du dossier, il n'existe aucune raison de s'écarter de cet avis. En particulier, le spécialiste consulté pour ce trouble, le Dr M \_\_\_\_\_, avait confirmé qu'une pleine capacité de travail pouvait être attendue du recourant dans une activité adaptée.

**3.3.** La manière dont a été calculé le taux d'invalidité du recourant ne prête pas plus le flanc à la critique. Ce point ne fait l'objet d'une contestation que s'agissant de l'utilisation des chiffres statistiques pour la détermination du revenu d'invalidité et de l'attribution des bonifications pour tâches éducatives.

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

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête

suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C\_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

**3.3.2.** La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative, des bonifications pour tâches éducatives et des bonifications pour tâches d'assistance (art. 29<sup>quater</sup> LAVS par renvoi des art. 36 al. 2 et 37 al. 1 LAI).

En vertu de l'article 29<sup>sexies</sup> alinéa 1 LAVS, en vigueur depuis le 1er janvier 1997, les assurés peuvent prétendre à une bonification pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles ils ont exercé l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. Ainsi, les bonifications pour tâches éducatives ne peuvent être attribuées que si les parents ont exercé l'autorité parentale et étaient assurés à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI), conformément à l'article 1a alinéa 1 à 4 ou à l'article 2 LAVS (Directives concernant les rentes [DR] de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, valables dès le 1er janvier 2003, état au 1er janvier 2020, ch. 5407 et 5419).

Le but de ces bonifications est de compenser d'éventuelles pertes de revenus subies pendant la période de l'éducation des enfants, en particulier par le parent qui restreint son activité professionnelle ou y renonce pour pouvoir s'occuper des enfants, car ces pertes de revenus peuvent entraîner ensuite une baisse de la rente de vieillesse (ou d'invalidité) octroyée à ce parent. Les bonifications pour tâches éducatives représentent ainsi des revenus fictifs à prendre en compte au moment de calculer la rente de

vieillesse, respectivement d'invalidité. Elles ne servent pas à compenser les frais d'entretien des enfants ou de la famille consentis par un parent. Le fait d'avoir subvenu aux besoins de la famille n'est donc pas une condition de l'octroi de bonifications pour tâches éducatives (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2223/2021 du 20 décembre 2021 consid. 8.3).

**3.3.3.** En l'occurrence, depuis ses atteintes à la santé, le recourant n'avait pas repris d'activité qui lui aurait permis de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle. Au vu de la jurisprudence précitée et en l'absence de formation professionnelle particulière de l'intéressé, l'OAI pouvait par conséquent se fonder sur les salaires bruts standardisés de l'ESS et utiliser le niveau de compétence 1. Cette façon de faire n'était aucunement arbitraire car cette valeur s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branches d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Or, si effectivement le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité d'aide-paysagiste, ou toute autre activité lourde, il n'en demeure pas moins qu'il a conservé une capacité entière dans une activité légère et adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles, à l'instar de celles évoquées dans le rapport de réadaptation du 2 février 2016 (cariste, conducteur de palan, ouvrier de contrôle de production, opérateur de contrôle en horlogerie, ouvrier à la pose des bracelets de montres, opérateur de saisie, etc. ; pièce OAI 49).

Par ailleurs, en retenant un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité, l'intimé n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation (étant précisé qu'une déduction maximale de 25% peut être effectuée afin de tenir compte de la réduction des perspectives salariales en raison de la situation personnelle de l'assuré ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75).

**3.3.4.** Finalement, il ressort du dossier, et il est incontesté, que B \_\_\_\_\_ vivait auprès de sa mère, P \_\_\_\_\_, laquelle était seule détentrice de l'autorité parentale (cf. courrier du 13 octobre 2020 de Meroba) jusqu'à la majorité de son fils (xx.xx3 2022). Le droit en vigueur lors de la naissance de B \_\_\_\_\_ ne connaissait, de surcroît, pas

l'autorité parentale conjointe pour les parents non mariés et prévoyait que l'autorité parentale appartenait à la mère seulement (art. 298 al. 1 aCC ; Code civil suisse, RS 210) et il ne ressort pas du procès-verbal de séance du 13 juin 2005 (dans la cause C1 04 242) qu'une demande en faveur d'une autorité parentale conjointe ait été déposée (art. 298a al. 1 aCC). Cela étant, c'est à juste titre qu'il n'a pas été tenu compte de bonifications pour tâches éducatives au sens de l'article 29sexies LAVS dans le cadre de la détermination de la rente d'invalidité du recourant (étant précisé qu'il ressort de la décision du 3 juillet 2020 que huit années ont tout de même été prises en compte dans le calcul de la rente complémentaire pour les tâches éducatives). Celles-ci reviennent en effet à la mère de B \_\_\_\_\_, seule détentrice de l'autorité parentale.

**3.4.** Attendu des éléments qui précèdent, s'est à tort que le recourant s'est plaint quant à l'exigibilité de sa capacité résiduelle de travail retenue par l'OAI, ainsi que de la détermination de sa rente d'invalidité. Son recours sur ces points doit, partant, être rejeté et la décision du 3 juillet 2020, mettant un terme à sa rente d'invalidité au 30 avril 2019, confirmée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Par ailleurs, dans la mesure où les faits sont suffisamment établis, il n'y pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (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.** Le recourant prétend ensuite au versement, en ses mains, de la rente complémentaire pour son enfant B \_\_\_\_\_. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner si l'intimé, respectivement la Caisse de compensation Meroba (pour le compte de l'OAI), pouvait verser cette rente complémentaire directement à la mère de l'enfant.

**4.1.** Aux termes de l'article 35 alinéa 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants.

Les rentes complémentaires pour enfant dépendent de l'existence d'un droit à une rente principale et doivent en principe revenir au même ayant droit ; les proches parents n'ont pas un droit propre aux rentes complémentaires (ATF 142 V 226 consid. 6.1, 134 V 15 consid. 2.3.3 et 114 II 123 consid. 2b). La rente complémentaire pour enfant a pour effet d'augmenter la rente de vieillesse ou d'invalidité à laquelle la personne assurée peut prétendre et, partant, de compenser les éléments du revenu perdus à la suite de la survenance du risque assuré et destinés à l'entretien convenable de la famille ; la rente

principale et la rente complémentaire pour enfant ne sont que deux éléments d'une même prestation, la rente de vieillesse ou d'invalidité (principe d'assurance ; ATF 142 V 226 consid. 6.2 et 136 V 313 consid. 5.3.4). La rente complémentaire est destinée à l'entretien de l'enfant (arrêts 5A\_746/2008 du 9 avril 2009 consid. 6.2 et I 364/05 du 19 juin 2006 consid. 4.2) et permet ainsi d'alléger l'obligation d'entretien du débiteur devenu invalide ou en âge AVS et doit compenser sa perte de revenu (due à l'âge ou à l'invalidité). En d'autres termes, elle doit permettre au parent invalide ou en âge AVS de s'acquitter de son obligation d'entretien, mais ne doit pas servir à enrichir le bénéficiaire de la pension (ATF 128 III 305 consid. 3 et 114 II 123 consid. 2b ; arrêt 9C\_915/2015 du 2 juin 2016 consid. 6.2).

En vue d'une coordination entre les contributions d'entretien du droit de la famille et les prestations sociales, l'article 285a alinéa 2 CC établit que les rentes d'assurances sociales et les prestations analogues destinées à l'entretien de l'enfant qui reviennent au parent débiteur doivent être versées en plus de la contribution d'entretien, à moins que le juge n'en décide autrement. L'article 285a alinéa 3 CC règle la coordination ultérieure selon laquelle le parent débiteur qui, en raison de son âge ou de son invalidité, reçoit ultérieurement des rentes d'assurances sociales ou des prestations analogues destinées à l'entretien de l'enfant et remplaçant le revenu d'une activité lucrative, doit verser ces montants à l'enfant ; la contribution d'entretien versée jusqu'alors est réduite de par la loi à hauteur de ces nouvelles prestations.

**4.2.** La rente pour enfant est en principe versée au parent ayant droit à la rente. Elle peut cependant être versée en mains de tiers, notamment pour les enfants de parents séparés ou divorcés (art. 35 al. 4 LAI). Ainsi, lorsque les parents de l'enfant ne sont pas ou plus mariés ou qu'ils vivent séparés, la rente pour enfant est versée sur demande au parent qui n'est pas titulaire de la rente principale si celui-ci détient l'autorité parentale sur l'enfant avec lequel il vit. Toute décision contraire du juge civil ou de l'autorité tutélaire est réservée (art. 71ter al. 1 RAVS, applicable par renvoi de l'art. 82 al. 1 RAI). Le versement de la rente pour enfant se poursuit au-delà de l'âge de la majorité de l'enfant au parent non bénéficiaire de la rente aussi longtemps que l'enfant vit avec lui. L'enfant majeur peut néanmoins demander que la rente lui soit versée personnellement (DR, ch. 10009).

Si le parent titulaire de la rente principale s'est acquitté de son obligation d'entretien vis-à-vis de son enfant durant la période du droit à la rente, il a droit au paiement rétroactif des rentes jusqu'à concurrence des contributions mensuelles qu'il a fournies (art. 71ter al. 2, 2<sup>e</sup> phrase RAVS). Cette règle vise à éviter que lorsque le parent débiteur des

contributions d'entretien s'en est effectivement acquitté, les arriérés de la rente pour enfant soient versés à ce dernier. Ceci conduirait en effet à une surindemnisation discutable au regard du but de la rente complémentaire pour enfant, qui tend à alléger le devoir d'entretien du débiteur devenu invalide et compenser la diminution du revenu de son activité et non pas à enrichir le bénéficiaire de l'entretien (ATF 128 III 308 précité consid. 3 ; arrêt I 840/04 du 28 décembre 2005 consid. 4.2). La caisse peut demander par écrit les justificatifs des contributions versées (DR, ch. 10013). Si des contributions d'entretien ont été versées par un tiers (par ex. avances), ce dernier peut en demander la restitution (DR, ch. 10014).

**4.3.** Dans le cas d'espèce, comme mentionné *supra* (consid. 3.3), P \_\_\_\_\_ était seule détentrice de l'autorité parentale sur B \_\_\_\_\_ jusqu'à la majorité de celui-ci (xx.xx3 2022 ; cf. courrier du 13 octobre 2020 de Meroba). L'attestation du 29 juin 2020 du Service de l'action sociale fait en outre état qu'entre le mois de septembre 2017 et celui d'avril 2019, aucun versement n'a été effectué de la part du recourant auprès du BRAPA, en lien avec la contribution d'entretien due pour B \_\_\_\_\_.

Au vu des dispositions précitées, il était ainsi cohérent de la part de la Caisse de compensation Meroba de verser la rente rétroactive pour B \_\_\_\_\_ directement à sa mère, alors seule détentrice de l'autorité parentale. A la date de la décision, le 3 juillet 2020, le recourant ne pouvait au demeurant prétendre à aucun paiement rétroactif, dans la mesure où, au 29 juin précédent, il n'avait manifestement pas versé les contributions d'entretiens dues pour la période durant laquelle il a été mis au bénéfice de la rente pour enfant en question.

**4.4.** Le recourant prétend encore avoir remboursé une partie des avances effectuées par le BRAPA et requiert à ce titre le paiement rétroactif du montant qu'il a versé à hauteur de 7172 fr. 35 (art. 71ter al. 2 RAVS applicable par renvoi de l'art. 82 al. 1 RAI).

**4.4.1.** Aux termes de l'article 22 alinéa 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées, entre autres, à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où elle a consenti des avances. Selon l'article 85bis alinéa 1 RAI les organismes d'assistance publics ou privés qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI. Sont considérées comme une avance, les

prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (al. 2 let. b). Dans cette dernière hypothèse, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une disposition légale ou contractuelle (ATF 133 V 14 consid. 8.3 et les références). Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (art. 85bis al. 3 RAI).

L'utilisation du formulaire spécial prévu à l'article 85bis alinéa 1 *in fine* RAI est une prescription d'ordre (ATF 136 V 381 précité consid. 5.2 et 131 V 242 consid. 6.2). Ainsi, le tiers qui veut obtenir directement un paiement de prestations rétroactives de l'OAI peut établir l'accord du bénéficiaire de celles-ci par un autre moyen que le formulaire ad hoc (arrêt 8C\_215/2019 du 24 octobre 2019 consid. 3.2).

**4.4.2.** Selon la jurisprudence, les objections contre le montant de la créance amenée en compensation ne peuvent pas être soulevées dans la procédure devant les offices AI. Ces contestations doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation (arrêts 8C\_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et I 141/05 du 20 septembre 2006 consid. 4 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3347 p. 900). Cette jurisprudence est conforme à l'institution de la cession en droit privé, étant entendu que la notion de cession utilisée à l'article 22 LGPA correspond à celle de l'article 164 CO (ATF 135 V 2 consid. 6.1 ; THOMAS PROBST, *in* Commentaire romand du CO, 2<sup>e</sup> éd. 2012, n. 58 et 74 ad art. 164 CO). Ainsi, pour faire valoir son droit à la cession, il incombe à l'organisme ayant consenti à une avance de prouver l'existence de sa créance. Si cette condition est réalisée, l'office AI est valablement libéré de sa dette en payant directement en main de cet organisme. Il n'appartient en revanche pas à l'office AI, en tant que débiteur cédé, de vérifier le montant de la créance à compenser (arrêts 9C\_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1, 9C\_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2 et les références).

**4.4.3.** Par décision du 3 juillet 2020, l'OAI a versé rétroactivement un montant de 15 633 fr. à titre de rente complémentaire pour l'enfant B \_\_\_\_\_ directement à sa mère. De cette somme, ont été déduits 7550 fr. revenant au BRAPA à titre d'avances consenties par cet organisme, conformément aux articles 22 LGPA et 85bis RAI. Il est en effet incontesté que le BRAPA disposait d'un droit légal sans équivoque (art. 289 al. 2 CC) au remboursement des avances effectuées en faveur de la mère de B \_\_\_\_\_

en raison du non-versement des contributions d'entretien par le recourant pour la période sur laquelle porte le versement rétroactif de la rente complémentaire pour enfant (cf. attestation du 29 juin 2020 du Service de l'action sociale). Le 11 mai 2020, cet organisme a en outre utilisé, dans le délai légal, le formulaire spécial (art. 85bis al. 1 *in fine* RAI) pour demander la compensation de sa créance avec des paiements rétroactifs de l'AI, sur la base d'une cession de la créance qu'il avait obtenue en 2016 déjà de P \_\_\_\_\_ (cf. pièces produites par l'intimé à l'appui de sa duplique du 9 décembre 2020). Le droit à la cession de cette créance ainsi que la compensation avec les avances versées ont dès lors valablement été élevés par le BRAPA.

Au stade de sa réplique, le recourant a produit un extrait de son compte bancaire du 26 août 2020, non signé, attestant un ordre de paiement d'un montant de 7172 fr. 35 en faveur de l'Office des poursuites et faillites du district de Q \_\_\_\_\_ pour honorer sa dette envers le BRAPA. Il requiert ainsi le paiement rétroactif de la rente pour enfant à concurrence de cette somme (art. 71ter al. 2, 2<sup>e</sup> phrase RAVS). Ce faisant, il invoque une objection à l'encontre de la créance amenée en compensation par le BRAPA, laquelle ne peut pas être soulevée dans la procédure devant l'OAI (arrêt 9C\_225/2014 précité consid. 3.3.1). Le BRAPA ayant valablement obtenu la cession de la créance en prouvant l'existence de celle-ci relative aux contributions d'entretien versées pour B \_\_\_\_\_, l'intimé pouvait se libérer de sa dette en payant directement en main de cet organisme (7550 fr. selon la décision du 3 juillet 2020). Partant, les contestations sur le bien-fondé et le montant de la créance de restitution du BRAPA doivent être résolues directement entre le recourant et cet organisme, et non pas dans la procédure en matière d'assurance-invalidité dans laquelle l'OAI n'a pas à traiter de ce rapport juridique (arrêt 9C\_287/2014 précité consid. 2.2).

Dans ces circonstances, le grief du recourant, tendant au paiement rétroactif en ses mains de la rente complémentaire pour B \_\_\_\_\_ à hauteur de 7172 fr. 35 (art. 71 al. 2ter, 2<sup>e</sup> phrase RAVS), doit être rejeté.

**5.** Dans un dernier grief, le recourant estime, sans autre motivation, qu'il peut prétendre à des mesures de réadaptation.

Or, son taux d'invalidité (6%) inférieur à 20% ne lui ouvre aucun droit à un reclassement (art. 17 LAI). Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est en effet de loin pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité légère, il existe un

nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 11). Cela étant, il ne ressort pas de la jurisprudence (récente) que le seuil de 20% permettant d'ouvrir un droit à un reclassement ne serait plus une référence (entre autres exemples : arrêts 9C\_423/2019 du 23 janvier 2020 consid. 6.2 ; 9C\_32/2020 du 6 août 2020 consid. 2.2 ; 9C\_500/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 4.3).

Par ailleurs, il n'apparaît pas que le recourant soit empêché de faire le choix d'une nouvelle orientation dans une profession adaptée à son handicap, si bien qu'un droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI) n'entre pas plus en considération.

Finalement, s'agissant d'une aide au placement (art. 18 LAI), il convient de rappeler que celle-ci nécessite une incapacité de travail au sens de l'article 6 LPGGA. Or, le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée, si bien qu'il ne peut pas prétendre à une telle mesure (arrêt 9C\_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7). Une telle aide au placement lui avait au demeurant déjà été octroyée par décision du 25 mai 2016 (pièce OAI 65).

**6.** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGGA, art. 83 LPGGA et art. 69 al. 1bis LAI). En revanche, la procédure de recours faisant suite à une décision relative à des prestations d'assurance versées en mains de tiers ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations. Celle-ci est dès lors gratuite et ne donne pas lieu à la perception de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGGA ; ATF 121 V 17 consid. 2 et 118 V 90 consid. 1a ; JEAN MÉTRAL, *in* Commentaire Romand LPGGA, 1<sup>ère</sup> éd. 2018, n. 32 ad art. 61 LPGGA).

Eu égard à ce qui précède et à l'issue de la cause, les frais de justice sont fixés à 800 fr., au vu des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte que 200 fr. seront remboursés par le Tribunal au recourant sur l'avance de frais de 1000 fr. déjà versée.

**7.** Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, aucuns dépens ne lui sont alloués (art. 61 let. g LPGGA *a contrario*), ni d'ailleurs à l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

**Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 15 mai 2023.