

S1 12 210

JUGEMENT DU 12 SEPTEMBRE 2013

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

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

en la cause

X_____, recourant, représenté par A_____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 87 al. 2 et 3 RAI ; nouvelle demande de prestations après une décision de refus)

Faits

A. X_____, né le xxx 1966, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de peintre en bâtiment, a déposé une demande de prestations AI le 30 novembre 2008. Il y a indiqué qu'en raison d'un syndrome lombaire douloureux chronique, d'un état de tension psychique et d'une bursite au genou gauche, il était en arrêt de travail à 100% du 7 juillet au 11 août 2008 puis à 50% dès le lendemain (pièce 5 du dossier de l'assurance-invalidité d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Dans son rapport final du 5 juin 2009, le Dr B_____, généraliste et médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec discopathies étagées et n'influençant pas la capacité de travail d'épigastalgies et d'état de tension psychique. Il a souligné que les images radiologiques de 2007 avaient montré une aggravation des discopathies en L4-L5 et L5-S1. Il a admis l'incapacité de travail de 50% depuis le 12 août 2008 dans l'activité habituelle spécialisée de peintre mais a ajouté qu'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée était exigible dès cette même date, cette activité devant permettre l'alternance des positions et proscrire le port de charges de plus de dix kilos, les travaux lourds, les mouvements de rotation du tronc, les positions en porte à faux, les nuisances diverses telles que les intempéries et l'humidité ainsi que le stress (pièce 26-3).

Par projets de décision du 24 juillet 2009, l'Office AI a proposé de fixer le taux d'invalidité à 19% et de refuser tout droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à un reclassement au sens de l'article 17 LAI (pièces 34 et 35).

En date du 16 septembre 2009, le Dr B_____ a suggéré de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, soit orthopédique/rhumatologique et psychiatrique (pièce 42-2). Celle-ci a été confiée au Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à D_____, lequel s'est adjoint l'avis du Dr E_____, psychiatre à F_____ (pièces 44, 45, 47 et 49).

Dans son rapport d'expertise du 4 février 2010 faisant suite à l'examen du 21 janvier précédent, le Dr C_____ a relaté les plaintes de l'assuré correspondant à des lombalgies chroniques, constamment présentes et augmentées lors d'efforts, de postures prolongées et de changements de temps, avec éveils nocturnes, déverrouillage matinal difficile et blocages de plus en plus fréquents allant de plusieurs jours à quelques semaines. Il a décrit les résultats de l'IRM lombaire du 30 janvier 2007 comme suit : « discopathie protrusive étagée L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, prononcée en L3-L4 et L4-L5, sans conflit radiculaire. Discarthrose associée en L4-L5 et L5-S1 avec nette réduction de l'espace intervertébral ». L'expert a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lésions de discopathie étagée et de discarthrose basse lombaire bien documentées sur la dernière IRM de février 2007, laquelle montrait une aggravation des discopathies en L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire avéré, en soulignant que la survenance d'un syndrome radiculaire jusque là

inexistant ne pouvait être exclue. Il a ajouté que selon les indications de X_____, celui-ci travaillait à plein temps depuis novembre 2009 en tant que chef d'équipe et n'accomplissait plus de travaux de plâtrerie mais uniquement de peinture. Il a enfin conclu qu'en l'absence de psychopathie retenue par le Dr E_____ dans son consilium psychiatrique du 3 février 2010 (pièce 50-14) et conformément à l'appréciation du SMR du 5 juin 2009 qu'il reprenait, la capacité de travail dans l'activité habituelle de peintre atteignait 50% au maximum mais était pleine et entière dans une activité adaptée en positions alternées et sans port de charges supérieures à dix kilos ni travaux lourds ni positions en porte à faux, par exemple dans les professions – citées par l'expertisé – de magasinier, de garde-bisse ou d'aide-géomètre (pièce 50).

Dans son rapport final du 17 février 2010, le Dr B_____ a repris l'exigibilité décrite par l'expert et en a déduit que l'activité de chef d'équipe actuellement exercée par l'assuré pouvait être considérée comme une activité adaptée (pièce 53-2).

Par décisions du 23 février 2010, l'Office AI a fixé le taux d'invalidité à 21% et a refusé tout droit à une rente d'invalidité, à un reclassement au sens de l'article 17 LAI ainsi qu'à une aide au placement selon l'article 18 LAI, en retenant en particulier que l'activité légère de chef d'équipe actuellement exercée à 100% était adaptée (pièces 56 et 57).

B. Le 24 mars 2010, X_____ a recouru céans contre ces deux décisions (pièce 64).

Au cours de la procédure judiciaire correspondante S1 10 59, les parties ont produit plusieurs rapports médicaux supplémentaires et la Cour de céans a estimé judicieux de demander l'avis d'un radiologue (pièce 69 : rapport du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à la Clinique de H_____ à I_____, du 25 juin 2010 ; pièce 75-5 : avis du Dr J_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation au SMR, du 11 août 2010 ; pièce 75-7 : rapport final du SMR du 16 août 2010 ; pièce 85-2 : courrier du Dr G_____ du 25 novembre 2010 proposant de soumettre la question de l'aggravation des lésions sur les radiographies à un radiologue ; pièce 89-2 : avis du SMR du 7 décembre 2010 rejetant cette proposition ; pièce 100 : réponses données le 26 février 2011 par le Prof. K_____ du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du L_____ aux questions posées par la Cour ; pièce 104-2 : rapport du SMR du 14 mars 2011).

Dans ses réponses du 26 février 2011, le Prof. K_____ a conclu qu'il s'agissait dans ce cas d'une discopathie dégénérative pluri-étagée s'étendant sur un peu plus de quinze ans, débutant aux niveaux des espaces disco-vertébraux L4-L5 et L5-S1 et s'étendant actuellement aux espaces disco-vertébraux L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec persistance des signes de micro-instabilité subchronique mais sans signe de compression ou d'irritation radiculaire (pièce 100).

Par jugement du 27 septembre 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré et confirmé les décisions du 23 février 2010. Contrairement aux appréciations du Dr G_____ qui ne l'ont pas convaincue, la Cour a reconnu entière valeur probante

au rapport d'expertise du Dr C_____ que l'avis du Prof. K_____ n'avait nullement contredit. Elle a retenu l'exigibilité décrite par le Dr C_____, à savoir une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée en positions alternées et sans port de charges supérieures à dix kilos ni travaux lourds ni positions en porte-à-faux (pièce 111 page 15).

Le recours interjeté par X_____ contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 27 février 2012 en la cause 9C_807/2011. Il y a été tranché que les premiers juges n'avaient pas fait preuve d'arbitraire en considérant, sur la base du point de vue exprimé par le Dr C_____, que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que les constatations objectives du Prof. K_____ et du Dr G_____ correspondaient largement à celles du Dr C_____ (pièce 119 page 4).

C. Le 3 juillet 2012, X_____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2011 en raison de douleurs lombaires (pièce 122).

Par courrier du lendemain, l'Office AI a informé X_____ qu'il considérait ce document comme une nouvelle demande au sens des articles 87 et suivants RAI et que dans ce type particulier de procédure, il n'appartenait pas à l'Office AI mais à l'assuré de fournir, dans un certain délai dont le terme était fixé au 6 août suivant, des renseignements médicaux détaillés précisant le diagnostic, la description et la date de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur, le nouveau degré d'incapacité de travail, le pronostic ainsi que d'autres éléments utiles (pièce 120).

Le 23 juillet suivant, l'Office AI a reçu un certificat du Dr M_____, généraliste, du 13 juillet 2012. Ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies sévères récurrentes avec majoration nette depuis 2005 ainsi que de douleurs pudendales fréquentes. Il a précisé que sur les clichés de l'IRM réalisée le 30 mars 2012, une aggravation sévère de l'état des structures rachidiennes pouvait être constatée, à savoir : au niveau L4-L5, disparition quasi-totale du disque avec un conflit d'origine mixte osseux et discal à l'émergence gauche de la racine L5 ; au niveau L5-S1, aggravation de l'état discal avec apparition de modifications arthrosiques (ostéophytoses médianes et paramédianes droites) et provocation par ces dystrophies d'une irritation en S1 ; discopathies étagées dès T9-T10, T10-T11 et L2-L3 avec des protrusions discales et déchirure de l'annulus fibrosus en L2-L3. Il a ajouté que l'incapacité de travail était entière dans la profession de peintre en bâtiment qui n'était plus exigible, que son patient n'exerçait plus cette activité depuis août 2010, qu'au vu de cette situation assez sévère, un avis complémentaire avait été demandé au Dr N_____, que celui-ci proposait une syndesmose des vertèbres L4 et L5 et qu'après cette intervention chirurgicale, un nouvel examen de la situation et la mise en œuvre d'un reclassement professionnel seraient nécessaires (pièce 123).

Était joint à ce certificat le rapport du scan lombaire effectué le 29 mars 2012 en raison d'un syndrome lombaire douloureux depuis une semaine, dont les conclusions étaient les suivantes : « discopathies étagées au niveau de D9-D10, D10-D11 et L2 à S1, sous

la forme de protrusions discales avec déchirure de l'annulus fibrosus en L2-L3 et L4-L5. Le disque entre en contact avec la racine L4 droite au niveau L4-L5 mais sans la refouler. Par ailleurs, pas de signe en faveur d'un conflit disco-radiculaire ni rétrécissement du canal vertébral » (pièce 123-3).

Dans son rapport du 31 juillet 2012, la Dresse O_____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR, a relevé que le scan lombaire du 29 mars 2012 avait été pratiqué en raison d'un syndrome lombaire douloureux depuis une semaine, ce qui laissait à penser qu'il y avait eu momentanément une exacerbation des lombalgies après une période plutôt calme, que ceci correspondait au parcours douloureux habituel des lombalgies chroniques, qu'il était décrit dans le rapport correspondant les mêmes discopathies étagées dorsales basses et surtout lombaires, les mêmes protrusions discales en L3-L4 et L4-L5 sans signe de compression radiculaire et sans rétrécissement du canal vertébral, ce qui était déjà connu, et que c'était exactement la description faite par le Prof. K_____ dans son rapport du 26 février 2011. La Dresse O_____ a conclu qu'il n'y avait pas d'indices justifiant d'entrer en matière sur cette nouvelle demande ni argument en faveur d'une aggravation depuis les décisions de refus de prestations du 23 février 2010, bien que le Dr M_____ eût adressé le patient au Dr N_____ et qu'une éventuelle intervention de stabilisation eût été évoquée (pièce 125-2).

Par projet de décision du 2 août 2012, l'Office AI a proposé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations reçue le 4 juillet 2012. Il a mentionné qu'à teneur du rapport du SMR, une péjoration de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.

Ce projet a été confirmé par décision formelle de refus d'entrer en matière du 25 septembre 2012.

D. Le 25 octobre 2012, X_____, représenté par A_____, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, au constat de l'obligation de l'Office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a allégué que selon le certificat du Dr M_____ du 13 juillet 2012 fondé sur les résultats d'imagerie obtenus en mars précédent ainsi que le rapport du Dr N_____ du 24 octobre 2012, une aggravation sévère de l'état des structures rachidiennes avait été mise en évidence.

A l'appui de son recours, il a produit un courrier adressé le 24 octobre 2012 à A_____ par le Dr N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce médecin y a rapporté que l'examen clinique ne montrait pas de trouble neurologique des membres inférieurs, que la nouvelle résonance magnétique effectuée mettait en évidence, outre des discopathies aux quatre derniers niveaux déjà connus, une aggravation du pincement discal avec des signes de micro-instabilités aux deux derniers niveaux, une augmentation également de l'arthrose des articulaires postérieures et l'apparition d'une rupture de l'anneau fibreux en L2-L3, que la mise en route matinale était toujours plus laborieuse et que les « blocages » douloureux survenant soit sur un faux mouvement soit lors de changements de temps étaient de

plus en plus fréquents et restreignaient d'autant les possibilités de réinsertion du patient.

Dans sa réponse du 26 novembre 2012, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 25 septembre 2012. Il a fait valoir que le rapport du Dr N_____ du 24 octobre 2012, à supposer qu'il rendît plausible une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, était postérieur à la décision entreprise et n'était ainsi pas déterminant en la présente procédure. Il a rappelé en outre que selon le SMR, le certificat du Dr M_____ ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

Le 20 décembre 2012, le recourant a répliqué que le rapport du Dr M_____ suffisait à rendre déjà plausible l'aggravation de son état de santé, que ce degré probatoire était inférieur à la vraisemblance prépondérante en principe exigée en droit des assurances sociales, que l'appréciation du Dr N_____ ne portait pas sur un fait nouveau, qu'elle constituait un moyen de preuve supplémentaire d'éléments médicaux déjà invoqués avant la décision attaquée et qu'il serait ainsi contraire à la bonne foi d'éluder cette appréciation.

Par courrier du 21 janvier 2013, l'Office AI a déclaré n'avoir rien à ajouter à sa précédente prise de position.

La caisse de pension compétente n'ayant pas déposé d'observations dans le délai imparti à cet effet, l'échange d'écritures a été clos le 7 mars 2013.

Considérant en droit

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

Posté le 25 octobre 2012, le présent recours à l'encontre de la décision du 25 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis 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.

2.1 Est litigieux le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé n'a pas retenu qu'une aggravation de l'état de santé du recourant avait été rendue plausible et, partant, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 3 juillet 2012.

Selon l'article 87 alinéa 3 RAI, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les

conditions prévues à l'alinéa 2 sont remplies. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impuissance s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'article 87 alinéa 4 RAI (art. 87 al. 3 RAI depuis le 1^{er} janvier 2012, selon le chiffre I du règlement du 16 novembre 2011, cf. RO 2011 5679) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2 et les références, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1 et les références).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 alinéa 3 et 4 RAI (art. 87 al. 2 et 3 RAI depuis le 1^{er} janvier 2012, cf. modification réglementaire précitée) ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent, lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 326/04 du 7 décembre 2004 consid. 4.1 et la référence).

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

La date de la décision entreprise est ainsi déterminante pour l'établissement des faits à prendre en considération dans le jugement. La Cour ne saurait dès lors tenir compte d'éléments, par exemple d'avis médicaux, n'ayant pas été portés à la connaissance de

l'administration avant que celle-ci rende sa décision. Dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêts précités I 597/05 consid. 4.1 et I 52/03 consid. 3.2).

En outre, à l'instar de ce que le Tribunal fédéral a jugé en cas d'une révision de rente sur demande ou d'office (art. 17 LPGA et 87 al. 2 et 3 RAI, art. 87 al. 1 let. a et b RAI depuis le 1^{er} janvier 2012 selon la modification réglementaire précitée, ATF 133 V 108 consid. 5.4), 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 nouvelle demande de prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 64 consid. 2).

Enfin, dans les arrêts I 597/05 et I 52/03 mentionnés plus haut, le Tribunal fédéral, respectivement le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le requérant avait certes rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision de refus des prestations – les rapports médicaux produits en attestant – mais que, pour autant, il ne ressortait pas de ces rapports que sa capacité de travail s'en fût trouvée affectée de façon à accroître l'invalidité au sens des articles 4 LAI et 8 LPGA, ainsi que l'article 87 alinéa 3 et 4 RAI (art. 87 al. 2 et 3 RAI depuis le 1^{er} janvier 2012, cf. la modification réglementaire précitée) le requiert pour justifier la réouverture du dossier (arrêts précités I 597/05 consid. 4.2 et I 52/03 consid. 3.1).

2.2 En l'occurrence, dans le cadre de l'examen d'une plausible aggravation de l'état de santé du recourant propre à influencer les droits de celui-ci, il convient de comparer la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 23 février 2010 (pièce 57) confirmée par la Cour de céans (pièce 111) puis par le Tribunal fédéral (pièce 119), avec celle existant à la date de la décision querellée du 25 septembre 2012.

Conformément aux prescriptions des arrêts précités I 597/05 sous considérant 4.1 et I 52/03 sous considérant 3.2, il convient d'écarter d'emblée le rapport du Dr N_____ du 24 octobre 2012 produit à l'appui du recours de l'assuré et dont l'Office AI n'a pas eu connaissance avant de rendre la décision querellée. Dans le présent litige en effet, la Cour est uniquement tenue d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le dépôt d'une nouvelle demande exige de l'assuré de fournir, dans un certain délai fixé par l'autorité, des renseignements médicaux censés rendre plausible une péjoration de son état de santé et non de l'administration d'établir les faits au degré de la vraisemblance prépondérante. De ce fait, contrairement à ce qu'a invoqué le recourant dans ses observations du 20 décembre 2012, la jurisprudence – selon laquelle un rapport médical rendu postérieurement à la décision dont est recours mais portant sur une situation antérieure à cette date doit être pris en considération – ne trouve pas application dans la procédure administrative particulière consécutive au dépôt d'une nouvelle demande.

La décision du 23 février 2010, par laquelle l'Office AI a refusé à X_____ le droit à une rente d'invalidité après avoir procédé à un examen matériel de ce droit (pièce 57), repose sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 4 février 2010 (pièce 50). Les conclusions de ce rapport ont été reprises par le Dr B_____ dans son rapport final du 17 février 2010 (pièce 53-2) et, comme retenu par la Cour de céans dans son jugement du 27 septembre 2011 (pièce 111), n'ont pas été contredites par le Prof. K_____ dans ses réponses du 26 février précité.

Dans le rapport précité, le Dr C_____ a relaté les plaintes de l'assuré correspondant à des lombalgies chroniques. Il a décrit les résultats de l'IRM lombaire du 30 janvier 2007 comme suit : « discopathie protrusive étagée L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, prononcée en L3-L4 et L4-L5, sans conflit radiculaire. Discarthrose associée en L4-L5 et L5-S1 avec nette réduction de l'espace intervertébral ». Il a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lésions de discopathie étagée et de discarthrose basse lombaire bien documentées sur la dernière IRM de février 2007, laquelle montrait une aggravation des discopathies en L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire avéré, en soulignant que la survenance d'un syndrome radiculaire jusque là inexistant ne pouvait être exclue. Il a enfin retenu une capacité maximale de travail de 50% dans l'activité habituelle de peintre mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (pièce 50). Dans ses réponses du 26 février 2011, le Prof. K_____ a conclu qu'il s'agissait dans ce cas d'une discopathie dégénérative pluri-étagée s'étendant sur un peu plus de quinze ans, débutant aux niveaux des espaces disco-vertébraux L4-L5 et L5-S1 et s'étendant actuellement aux espaces disco-vertébraux L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec persistance des signes de micro-instabilité subchronique mais sans signe de compression ou d'irritation radiculaire (pièce 100).

Quant à la décision entreprise de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 3 juillet 2012 (pièce 122), elle a été rendue le 25 septembre 2012 à la suite de l'analyse par l'Office AI de la teneur du certificat du Dr M_____ du 13 juillet précédent (pièce 123) ainsi que du rapport du scan lombaire effectué le 29 mars 2012 (pièce 123-3).

Ce médecin y a posé les diagnostics de lombalgies sévères récurrentes avec majoration nette depuis 2005 ainsi que de douleurs pudendales fréquentes. Il a précisé que sur les clichés de l'IRM réalisée le 30 mars 2012, une aggravation sévère de l'état des structures rachidiennes pouvait être constatée, à savoir : au niveau L4-L5, disparition quasi-totale du disque avec un conflit d'origine mixte osseux et discal à l'émergence gauche de la racine L5 ; au niveau L5-S1, aggravation de l'état discal avec apparition de modifications arthrosiques (ostéophytes médianes et paramédianes droites) et provocation par ces dystrophies d'une irritation en S1 ; discopathies étagées dès T9-T10, T10-T11 et L2-L3 avec des protrusions discales et déchirure de l'annulus fibrosus en L2-L3. Il a ajouté que l'incapacité de travail était entière dans la profession de peintre en bâtiment qui n'était plus exigible, que le Dr N_____ proposait de procéder à une syndesmose des vertèbres L4 et L5 et qu'après cette intervention chirurgicale, un nouvel examen de la situation et la mise en œuvre d'un reclassement professionnel seraient nécessaires (pièce 123). Le rapport du

scan lombaire effectué le 29 mars 2012 comporte les indications suivantes : « discopathies étagées au niveau de D9-D10, D10-D11 et L2 à S1, sous la forme de protrusions discales avec déchirure de l'annulus fibrosus en L2-L3 et L4-L5. Le disque entre en contact avec la racine L4 droite au niveau L4-L5 mais sans la refouler. Par ailleurs, pas de signe en faveur d'un conflit disco-radicaire ni rétrécissement du canal vertébral » (pièce 123-3).

Il ressort de la comparaison entre la situation prévalant à l'époque de la décision de refus de rente du 23 février 2010 (pièce 57) et celle existant au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 25 septembre 2012 que, contrairement à l'avis exprimé le 31 juillet 2012 par la Dresse O_____ (pièce 125-2), de nouvelles discopathies étagées en D9-D10 (T9-T10 ?) et D10-D11 (T10-T11 ?) ont été révélées par le scan lombaire pratiqué le 29 mars 2012, ainsi qu'une déchirure de l'annulus fibrosus en L2-L3 (et L4-L5 ?) qui n'existait pas à l'époque de la décision du 23 février 2010. De plus, bien que l'absence de signe en faveur d'un conflit disco-radicaire soit relevée dans le rapport de cet examen, il est signalé dans ce même rapport un contact entre le disque et la racine L4 droite au niveau L4-L5. Le Dr M_____ a rapporté à cet égard un conflit d'origine mixte osseux et discal à l'émergence gauche de la racine L5 ainsi qu'une irritation en S1 provoquée par les dystrophies. Se pose ainsi la question de savoir s'il ne s'agit pas là d'un conflit radicaire exclu par le Dr C_____ (pièce 50 page 8) et le Prof. K_____ (pièce 100 page 3) mais susceptible de survenir dans le futur selon ce premier médecin. En sus des lombalgies chroniques connues, le Dr M_____ a fait état de douleurs pudendales fréquentes qui n'avaient jamais été mentionnées auparavant. Il a également conclu à une incapacité totale de travail dans la profession habituelle de peintre, alors que le Dr C_____ avait évalué cette incapacité à 50%. Enfin, l'affirmation de la Dresse O_____, selon laquelle il n'y avait pas d'argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé malgré le fait qu'une éventuelle intervention de stabilisation eût été évoquée, ne manque pas de surprendre. L'indication à une syndesmose des vertèbres L4 et L5 jamais posée par le passé laisse plutôt à penser que l'état des structures rachidiennes s'est péjoré.

En conséquence, même si un an et demi seulement s'est écoulé entre les deux décisions précitées, la Cour estime que, en produisant le certificat du Dr M_____ du 13 juillet 2012 et le rapport du scan lombaire effectué le 29 mars précédent, l'assuré a rendu pour le moins plausibles une aggravation de son état de santé entre le 23 février 2010 et le 25 septembre 2012 ainsi qu'une influence de cette aggravation sur la capacité de travail voire sur l'invalidité. Il appartient ainsi à l'Office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 3 juillet 2012, de reprendre l'instruction de ce dossier – en récoltant notamment auprès du Dr N_____ des renseignements détaillés, en particulier sur l'intervention chirurgicale projetée –, de déterminer si une péjoration de l'état de santé s'est effectivement produite et, le cas échéant, quelles en sont les conséquences sur l'exigibilité. Si la question du droit à un reclassement professionnel au sens de l'article 17 LAI ou à d'autres mesures de réadaptation devait à nouveau se poser dans le cadre de cette nouvelle instruction du cas (pièce 56), il est à espérer que X_____ fera preuve d'un peu plus de motivation et de collaboration face à celles-ci qu'en 2009 (pièces 32 et 35). Il est

étonnant dans ce contexte que le recourant ait conclu dans son mémoire du 25 octobre 2012 à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision de l'Office AI du 25 septembre 2012 est annulée. Le dossier est renvoyé à cet office afin qu'il procède conformément aux développements exposés dans le présent considérant.

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

Une partie représentée par un conseil employé auprès d'une assurance de protection juridique a également droit à une indemnité pour ses dépens (ATF 126 V 11 consid. 2, 122 V 278, VSI 1997 p. 33). Toutefois, une indemnisation distincte d'avocats employés par des associations d'une part et d'avocats exerçant leur métier en profession libérale d'autre part n'est pas arbitraire (SVR 1999 IV Nr 28). Dans le cadre d'un recours de droit public, il n'a pas été jugé arbitraire de traiter différemment le statut d'avocat indépendant de celui d'avocat employé par une assurance de protection juridique, au motif que ce dernier profite de l'infrastructure de l'assurance et de sa possibilité de faire de la publicité, qu'il est dédommagé de manière approprié pour son travail et que la société reçoit pour ses prestations des primes des assurés (ATF 120 la 169).

3.2 Les frais, arrêtés à 500 fr., sont donc intégralement mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA). Partant, l'avance que X_____ a versée le 9 novembre 2012 lui sera remboursée et l'Office AI fera parvenir le montant de 500 fr. au Tribunal cantonal.

Le recourant a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimé (art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

A_____ qui ont défendu les intérêts du recourant en la présente cause peuvent être considérés comme une assurance de protection juridique. Ce syndicat y a produit un bref recours, un courrier et sept copies dans un dossier peu volumineux et de faible complexité. Les dépens pour le travail fourni par ledit mandataire peuvent ainsi être estimés à 300 francs.

Prononce

1. Le recours est partiellement admis, la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 25 septembre 2012 est annulée et le dossier lui est renvoyé afin qu'il procède conformément au considérant 2.2.
2. Les frais par 500 fr. sont mis à la charge de l'Office cantonal AI.
3. L'Office cantonal AI versera à X_____ 300 fr. pour ses dépens.

Sion, le 12 septembre 2013