S1 24 75

ARRÊT DU 7 NOVEMBRE 2025

Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales

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

en la cause

A.____, recourant, représenté par Maître Marie Franzetti, avocate, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(refus de rente d'invalidité ; valeur probante d'une expertise)

Faits

A. A.____, né le xx 1973, marié et père de deux enfants mineurs, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en qualité de carreleur depuis de nombreuses années. En dernier emploi, il était engagé à 100% par l'entreprise AA.____ Sàrl dès le 1er septembre 2017. Il s été en incapacité de travail totale à compter du 19 janvier 2018.

L'intéressé a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) le 13 juin 2018 en expliquant subir des maux de dos, avoir du cartilage endommagé en L5-L4-L1 (*recte* : L4-L5-S1) au point qu'une opération était nécessaire. L'atteinte existait depuis 10 à 15 ans (pièce OAI 2).

B. En octobre 2013, le Dr B.____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, rapportait déjà que les radiographies et IRM du dos de l'intéressé mettaient en évidence une discopathie L5-S1 relativement marquée ainsi qu'une discopathie débutante L4-L5 (pièce OAI 12).

Dans son rapport du 4 mai 2018, le Dr C.____, médecin-adjoint auprès du Service de neurochirurgie du Centre Hospitalier du Valais Romand (ci-après : CHVR), a expliqué que l'intéressé avait ressenti une radiculopathie transitoire L5 à gauche pour laquelle il avait eu une infiltration péri-radiculaire L5 gauche sous fluoroscopie le 17 avril précédent. L'IRM lombaire du 14 mars 2018 avait révélé une discopathie L3-L4 / L4-L5 / L5-S1, un signe de Modic 1 au niveau L5 avec perte de hauteur du disque, des protrusions foraminales gauches au niveau L4-L5 et L5-S1 ainsi que le versement des facettes articulaires au niveau L5-S1 des deux côtés (pièce OAI 12).

Le 5 juin 2018, le Dr D.____, médecin-chef auprès du Centre de traitement de la douleur du CHVR, a reçu l'intéressé afin d'étudier l'opportunité d'une infiltration. Il ressort de son rapport du lendemain que l'assuré se plaignait d'une douleur lombaire chronique depuis plusieurs années avec une recrudescence depuis une année. Au moment de l'examen, la douleur était ressentie en barre au fond du dos et irradiait, de temps en temps, vers la partie postérieure de la cuisse gauche. La douleur était continue, avec des poussées, et perturbait le sommeil. L'intéressé avait déjà bénéficié d'une infiltration péri-radiculaire L5 gauche sous CT-fluoroscopie en avril 2018, ce qui avait permis un soulagement partiel et local de la douleur. A l'examen physique, l'intéressé s'était habillé et déshabillé sans difficulté. Il marchait avec une légère boiterie des deux côtés mais sans problème sur la pointe des pieds comme sur les talons. Il présentait une importante raideur musculaire, des douleurs lors de différents mouvements (flexion, extension, hyperextension ou

rotation à droite) ainsi qu'une réduction de la sensibilité au tact et à la piqure dans la partie latérale de la cuisse gauche et dans la partie postérieure et latérale du mollet gauche, avec sensation de fourmillements après le passage de l'aiguille. La palpation paravertébrale provoquait des douleurs importantes au niveau de L4-L5-S1, de même que la palpation de la partie latérale du biceps fémoral des deux côtés. Le Dr D.____ a conclu à une douleur avec des caractéristiques mécano-nociceptives d'une probable origine facettaire de la jonction lombaire bilatérale. Il a proposé une infiltration facettaire surtout dans un but diagnostique L5-S1 (pièce OAI 12).

Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 27 juillet 2018 que l'intéressé travaillait en principe 8.5 heures par jour, soit 42.5 heures par semaine, pour un salaire mensuel de 5000 francs. Ses journées étaient parfois raccourcies à 5 ou 6 heures en raison des douleurs. Ses tâches principales étaient la pose de carrelages aux murs et aux sols avec, occasionnellement, de la manutention de carrelages. L'employeur a précisé qu'il n'y avait pas de possibilité de placement interne à l'entreprise et que, sans atteinte à la santé, l'intéressé gagnerait actuellement un salaire annuel de 78'000 fr., soit 6000 fr. treize fois l'an (pièce OAI 18).

Dans son rapport du 25 juillet 2018, le Dr E.____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a fait état d'une exacerbation des douleurs lombaires dans le courant du mois de janvier 2018, avec l'apparition de sciatalgies gauches chroniques. Malgré un traitement de physiothérapie, la situation restait inchangée. De même, les infiltrations avaient eu très peu d'effet. L'évolution était donc défavorable en dépit du traitement. Ce médecin traitant a indiqué que si son patient ne pouvait plus travailler comme carreleur, il gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et n'était pas limité dans les tâches ménagères. Son pronostic sur le potentiel de réadaptation de ce dernier était d'ailleurs excellent (pièce OAI 20).

Le Dr F.____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a expertisé l'intéressé le 2 août 2018 sur mandat de Helsana, assurance perte de gain maladie de ce dernier. Dans son rapport du 6 août 2018, l'expert a conclu à une incapacité de travail totale dans toute profession en raison d'une raideur dorsale et lombaire ainsi que des sacro-iliaques douloureuses, laissant suspecter une spondylarthrite ankylosante (pièce OAI 246).

Selon le rapport du 2 octobre 2018 du Dr E.____, en raison des douleurs lombaires basses avec impression de raideur matinale durant environ deux heures, l'assuré ne pouvait plus effectuer son travail de carreleur, ni aucune autre profession. Le médecin

traitant indiquait cependant que son patient était capable d'exercer de façon régulière des travaux lourds, mi-lourds et légers. Dans son rapport du 2 novembre 2018, le Dr E.____ a déclaré que l'état de l'assuré s'était détérioré. La capacité de travail était diminuée du fait qu'il présentait des douleurs lombaires basses sévères et n'avait pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles et de ses mains. Il demeurait capable d'exercer de façon régulière uniquement des travaux légers ne nécessitant pas de flexions répétées, ni de port ou levage de charges lourdes. Une reprise du travail pouvait éventuellement être envisagée à temps partiel, par exemple en tant que vendeur dans un magasin (pièce OAI 26).

Le consilium de l'appareil locomoteur du 17 octobre 2018 par le Dr G.____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie auprès de la Clinique romande de réadaptation, fait état d'un épuisement de toutes les possibilités thérapeutiques sans véritable succès. L'option chirurgicale (mise en place d'un disque ou d'une cage) devait selon le médecin être envisagée (pièce OAI 127).

Dans son rapport du 11 décembre 2018, le Dr H.____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu le diagnostic de lombalgies et sciatalgies G chroniques non déficitaires dans le cadre de troubles statiques et discopathies étagées en L3-L4 / L4-L5 / L5-S1 et kinésiophobie. La symptomatologie limitait la marche à environ 15 minutes et la position assise à 30 minutes. L'examen clinique ne montrait ni signe d'irritation radiculaire ni déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs. Le status montrait une mobilité dorso-lombaire très limitée ainsi qu'une rétraction de la chaîne musculaire postérieure sous-pelvienne et une contracture importante de la musculature paravertébrale. Le Dr H.____ a proposé un traitement myorelaxant ainsi qu'une prise en charge de physiothérapie en milieu thermal à but antalgique et fonctionnel (pièce OAI 32).

Le 23 janvier 2019, le Dr E.____ a annoncé une très légère amélioration de l'état de l'assuré. La capacité de travail dans l'activité habituelle restait nulle, une tentative de reprise à 50% au mois d'octobre 2018 n'ayant pas été tolérée. Une capacité de travail de 50% pouvait éventuellement être reconnue dans une activité adaptée (pièce OAI 32).

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr H.____ a confirmé, le 18 mars 2019, le diagnostic incapacitant de lombalgies et sciatalgies gauches chroniques, qui limitait l'assuré quant au port de charges et de mouvements répétitifs de flexion-extension (pièce OAI 39).

Le rapport final du 27 mars 2019 de la Dresse P.____, médecin certifié du Service médical régional Rhône (ci-après : SMR), a établi une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle de carreleur de l'assuré. En revanche, d'un point de vue médico-théorique, une activité adaptée demeurait entièrement exigible dès le 1er octobre 2018 (date déterminée par l'expertise du Dr F.____) pour autant qu'elle respectât les limitations du dos, à savoir position de travail alternée, évitement des positions statiques prolongées, exclusion des travaux lourds, port de charges limité à 10-15 kg occasionnellement, évitement des positions en porte-à-faux, des rotations du tronc, des travaux sur des échelles ou échafaudages ainsi que des positions contraignantes pour la colonne (accroupie et à genoux ; pièce OAI 41).

En date du 14 mai 2019, l'OAI a rendu deux projets de décision refusant tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement), respectivement tout droit à une rente AI, dans la mesure où l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité légère et adaptée respectant les limitations définies par le médecin du SMR et que son incapacité de gain était de 15%, soit inférieure aux taux ouvrant le droit à ces prestations. Pour ce calcul, l'OAI a considéré que l'assuré réaliserait un revenu de 71'979 fr. 10 si, sans problèmes de santé, il avait pu poursuivre son activité. Pour déterminer le revenu d'invalide, il s'était référé aux salaires statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Une réduction de 10% du salaire statistique a été retenue, de sorte que le revenu d'invalide pour toute activité légère et adaptée à 100% se montait, pour l'année 2018, à 61'161 fr. 10. Ainsi, le taux d'invalidité était de 15.03%, arrondi à 15% ([71'979 fr. 10 - 61'161 fr. 10] ÷ 71'979 fr. 10 × 100 ; pièces OAI 46 et 47).

C. Par correspondance du 14 juin 2019, l'assuré, dûment représenté, a demandé à l'OAI de sursoir à rendre une décision définitive dans la mesure où Helsana allait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (pièce OAI 48).

Cette expertise pluridisciplinaire a été réalisée le 19 septembre 2019 par les Drs R.____ et I.____, respectivement spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste FMH en rhumatologie auprès du AB.____ Au terme de celle-ci, il a été observé une discarthrose sévère L5-S1 avec des signes de surcharge des plateaux vertébraux de type Modic 1 et 2, rendant impossible toute activité manuelle nécessitant des positions penchées en avant ou des ports de charges lourdes, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), un syndrome de dépendance au cannabis avec utilisation continue de substance (F12.24), un usage d'alcool nocif pour

la santé (F10.1), les diagnostics psychiques étant retenus comme non incapacitants en raison des ressources que l'assuré avait su conserver (pièce OAI 256).

Dans l'avis SMR du 25 novembre 2019, la Dresse P.____ a considéré que les conclusions et l'exigibilité de son rapport final du 27 mars précédent restaient inchangées, l'expertise bidisciplinaire du 19 septembre 2019 n'apportant pas d'éléments nouveaux pertinents. Sur le plan rhumatologique, l'expert n'indiquait pas clairement la capacité de travail dans une activité mais mentionnait tout de même qu'il était vraisemblable que l'assuré puisse effectuer un travail dans une activité adaptée et qu'il lui semblait nécessaire qu'il bénéficie d'une évaluation dans un milieu spécialisé à cet effet afin de déterminer sa capacité de travail. Quant à l'expert psychiatre, il ne retenait pas de diagnostic incapacitant pouvant impacter l'appréciation du médecin du SMR (pièce OAI 55).

Le Dr J.____, médecin-chef au centre de chirurgie spinale du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : CHUV), a rendu un rapport le 7 février 2020 faisant état de lombalgies invalidantes dans un contexte de discopathies sévères L5-S1 avec dégénérescence et ostéochondrose Modic 2, ainsi que dégénérescence et discopathie L4-L5 et L2-L3. Selon lui, le problème de l'assuré était multifactoriel. Une intervention chirurgicale de fixation de la colonne qui se baserait uniquement sur des constatations radiologiques n'était pas indiquée. Une prise en charge multimodale en réadaptation stationnaire avec en parallèle le règlement des problèmes psycho-socio-professionnels a été proposée par le neurochirurgien (pièce OAI 74).

Le rapport médical du 17 juin 2020 du Dr K.____, neurologue FMH, a retenu un diagnostic de lombosciatalgie de type L5, voire S1, gauche déficitaire sensitif sur trouble dégénératif au niveau lombaire, sans atteinte radiculaire. Celui-ci était incompatible avec la poursuite de l'activité habituelle de carreleur de l'assuré mais pas avec une activité adaptée, pour laquelle la capacité de travail était complète (pièce OAI 85).

Le rapport d'examen du 11 mai 2021 de la Dresse L.____, cheffe de clinique auprès du Service de neurologie du CHVR, relatif à l'électroneuromyographie du 25 février 2019 a mentionné des lombalgies chroniques très invalidantes. La présence d'une hypoesthésie de toute la jambe gauche ne permettait pas de localiser l'atteinte dans un territoire radiculaire précis. L'examen électrophysiologique mettait en évidence une atteinte axonale des terminaisons du tronc sciatique poplité externe gauche avec caractère chronique sans signe de dénervation aigue (pièce OAI 111).

L'IRM réalisée le 2 février 2021 par le CHUV a mis en lumière une discarthrose L5-S1 avec remaniements inflammatoires associés à un bombement discal postérieur large et entrant en contact avec les racines nerveuses L5 (pièce OAI 118).

Le Dr V.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du SMR, a rendu un avis médical interne le 4 octobre 2021 afin de déterminer si les renseignements médicaux étaient suffisants pour maintenir les précédentes conclusions du SMR. Après avoir passé en revue les nouveaux rapports médicaux au dossier, il a considéré que ceux-ci n'informaient pas d'une aggravation des éléments déjà connus ni d'un nouvel élément médical objectif ayant des répercussions fonctionnelles et professionnelles durables selon les critères de l'AI. Du point de vue médical, il n'y avait donc pas de motif susceptible de modifier les conclusions du SMR (pièce OAI 124).

L'IRM du rachis cervico-dorso-lombaire du 6 octobre 2021 a permis de constater un syndrome facettaire bilatéral des quatre derniers niveaux lombaires, une bursite interépineuse, des discopathies dans un environnement inflammatoire potentiellement conflictuelles avec les racines L4 et L5, des nouvelles discopathies débutantes non-conflictuelles et des remaniements inflammatoires en miroir de type Modic 1 (pièce OAI 129).

Le 28 octobre 2021, la Dresse P.____ a confirmé le maintien des conclusions du SMR, argumentant qu'un bilan radiologique seul n'avait pas de valeur diagnostique et que tous les médecins intervenus avaient retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pièce OAI 130).

Le 23 novembre 2021, l'OAI a rendu deux décisions refusant, d'une part, tout droit à des mesures d'ordre professionnel et, d'autre part, tout droit à une rente AI. Il a repris presque telles quelles les explications des projets de décision du 14 mai 2019, ajoutant toutefois que dans la mesure où aucun médecin n'avait émis d'appréciation divergente au sujet de la pleine capacité de travail qui était reconnue à l'assuré et en l'absence de toute autre contestation valablement étayée susceptible de remettre en question l'appréciation médicale de la situation effectuée par le SMR, il n'y avait pas lieu de revenir sur celle-ci (pièces OAI 135 s.).

D. L'assuré, par l'intermédiaire de son avocate, a recouru céans le 23 décembre 2021, concluant à l'admission du recours et à l'annulation de la décision du 23 novembre précédent lui refusant une rente AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants, les frais de procédure devant être mis à charge de l'OAI et une juste indemnité devant lui être allouée pour ses dépens. Au

surplus, l'intimé devait être débouté de toute conclusion contraire. En cas de refus de rente complète, le recourant a conclu subsidiairement à l'annulation de la décision du 23 novembre 2021 lui refusant un reclassement professionnel. A l'appui de son recours, il a produit un rapport du 29 novembre 2021 du Prof. M.____, médecin chef au département de l'appareil locomoteur du CHUV, dans lequel était mentionnée l'apparition de nouvelles discopathies débutantes et non conflictuelles, un syndrome facettaire bilatérale des quatre derniers niveaux lombaires, ainsi qu'une angoisse généralisée, de même que trois rapports des 15 (2 avis) et 23 (1 avis) décembre 2021 du Dr N.____, psychiatre FMH, faisant état d'un trouble dépressif récurrent avec un état actuel moyen (F33.1) en raison d'une dégradation marquée sur le plan thymique en lien avec l'accentuation des douleurs objectivées par les IRM le renvoyant à une culpabilité de la perte de son enfant et résultant à une incapacité totale de travail (pièce OAI 150).

L'intimé a répondu le 29 mars 2022, indiquant que selon l'avis du SMR du 17 mars précédent, les nouveaux éléments psychiatriques produits par le recourant devaient faire l'objet d'un examen clinique psychiatrique au SMR dans la mesure où l'expertise psychiatrique du 19 septembre 2019 n'avait pas tenu compte de tous les éléments déterminants. En revanche, le rapport du Prof. M.____ n'apportait aucun nouvel élément susceptible de modifier l'exigibilité dans une activité adaptée sur le plan somatique. L'intimé a conclu à une admission partielle du recours et au renvoi du dossier afin qu'il puisse mettre en place une expertise psychiatrique ou un examen clinique SMR (pièce OAI 160).

Dans sa détermination du 11 avril 2022, le recourant a pris acte de l'acquiescement et estimé que la mise en place d'une expertise psychiatrique était en l'état plus adaptée. Il a en outre requis la possibilité d'apporter de nouveaux éléments médicaux sur le plan somatique une fois la cause renvoyée à l'OAI (pièce OAI 163).

Par pli du 10 mai 2022, l'OAI a souligné que les rapports du SMR bénéficiaient d'une valeur comparable à celle d'une expertise et ajouté que de nouvelles pièces produites par le recourant seraient le cas échéant analysées conformément à son devoir d'instruction (pièce OAI 164).

Par jugement du 2 juin 2022, la Cour de céans a partiellement admis le recours, annulant les décisions du 23 novembre 2021 et renvoyant le dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (pièce OAI 166).

E. Le Dr X.____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie auprès de la Clinique orthopédique de l'hôpital de Brigue, a retenu, dans son rapport du 4 octobre 2022, un

syndrome douloureux chronique en cas de dégénérescence segmentaire avancée L5-S1 avec douleurs actuelles dans tout le dos, principalement dans la jonction lombo-sacrée. Il a indiqué ne pas comprendre les précédentes analyses des radiologues car il ne voyait ni hernie discale ni compression des racines nerveuses. Cela correspondait également à l'examen clinique, l'assuré ne signalant aucune douleur irradiant dans les jambes. Le médecin a expliqué qu'une fusion L5-S1 par voie ventrale permettrait de supprimer la douleur principale à hauteur de 50%. L'intéressé pourrait alors reprendre le travail dans une activité adaptée avec une charge maximale du dos de 10-15kg, étant précisé qu'un activité physique exigeante dans le bâtiment ne serait probablement plus possible (pièce OAI 181).

L'assuré s'est fait opérer par le Dr X.____ le 23 novembre 2022. Dans le rapport de ce dernier du 10 janvier 2023, il a expliqué que, six semaines après l'intervention, des douleurs musculaires persistaient, de même qu'une composante de douleur chronique qui s'était installée (pièce OAI 190). Le 31 janvier 2023, le médecin a rapporté à l'OAI que les symptômes s'amélioraient progressivement, que l'assuré était en phase de récupération, qu'il était encore en incapacité de travail à 100% en raison des douleurs musculaires nettes qui persistaient et qu'il était en incapacité de travail depuis longtemps. Il partait du principe que si la rééducation était suivie de manière conséquente, une réinsertion à 100% dans une activité adaptée, soit sans port d'objets lourds et avec des positions de travail alternées, était possible dès trois mois après l'opération. Il a toutefois noté que si le pronostic était favorable car l'assuré avait la volonté de reprendre le travail, les douleurs chroniques ressenties depuis quelques années pourraient avoir des répercussions négatives sur l'évolution de la situation (pièce OAI 191). Le 21 février 2023, le Dr X.____ a indiqué ne pas avoir établi de nouveau certificat d'incapacité de travail pour l'assuré (fin au 28 février 2023), qui avait déjà eu des contacts avec son ancien employeur en vue d'une reprise de son activité professionnelle tant la douleur avait été réduite. Cela le réjouissait car l'intéressé ne pouvait plus travailler depuis plus d'un an en raison de cette longue histoire. Il était important qu'il continue à renforcer sa musculature du dos et la mobilisation de l'appareil lombaire (pièce OAI 193).

Le 28 février 2023, les médecins du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation ont rapporté que l'évolution subjective et objective était favorable. Malgré une sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles et une cotation élevée de la douleur par l'intéressé, aucune incohérence n'avait été relevée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. S'agissant

d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (port de charges supérieur à 5-10 kg, ports de charges répétés, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, positions prolongées statiques debout ou assises, flexions et/ou torsions répétées du tronc), le pronostic de réinsertion était en théorie favorable mais les facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail (pièce OAI 196).

L'assuré a repris une activité professionnelle de carreleur à 100% dès le 1er avril 2023 (pièces OAI 198, 205 et 209).

En date du 28 juin 2023, l'OAI a confié à AC.____ Sàrl une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Le mandat a été attribué par tirage au sort (pièces OAI 210 s.).

Le rapport du 6 octobre 2023 des Drs Y.____ et H.____, respectivement spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste FMH en rhumatologie, fait suite aux examens cliniques réalisés le 5 septembre précédent d'une durée respective de 50 et 55 minutes. Les experts ont participé à une discussion consensuelle au terme de leurs évaluations respectives et ont eu plusieurs échanges en vue des discussions finales (pièce OAI 217).

Il ressort de l'entretien rhumatologique que l'assuré avait pu reprendre une activité de contremaître dans une entreprise dans laquelle il avait déjà travaillé auparavant. Le contrat se terminait à la fin du mois de septembre 2023 en raison du décès du responsable de l'entreprise et de la fermeture de celle-ci. Il a décrit ce travail comme étant très adapté dans la mesure où il faisait du métrage, s'occupait des chantiers et travaillait peu comme carreleur, excepté pour les finitions. Il recherchait une nouvelle activité professionnelle dans son domaine. Suite à l'opération, les douleurs avaient diminué d'environ 40%, ce qui lui convenait et lui permettait de vivre normalement. Dans son ensemble, l'examen rhumatologique était normal hormis une raideur tout à fait classique dans ce type d'atteinte dégénérative arthrosique. Le Dr O.____ a par ailleurs diagnostiqué un status post chirurgie lombaire sur discopathie sévère de L5-S1 stablilisé. Il a retenu une capacité de travail entière (100%) dans une activité adaptée depuis toujours en dehors de la période post-chirurgicale pour une durée de trois à six mois, alors que dans l'activité de carreleur, elle était nulle (0%) depuis son arrêt de travail en 2018. Pour l'expert rhumatologue, l'activité adaptée devait éviter à l'assuré de porter des charges de plus de 5-10kg de façon répétée, de surcharger le rachis dans sa totalité, de monter, descendre les échelles et les échafaudages ainsi que d'être en position de flexion extension et de rotation du tronc au niveau lombaire (pièce OAI 217).

S’agissant de l’entretien psychiatrique, il ressort qu’en 2004, le fils aîné de l’assuré était décédé brutalement, ce qui l’avait marqué et restait douloureux jusqu’à ce jour. Arrêté pendant deux semaines à la suite du décès, il avait insisté pour reprendre le travail après ce délai, préférant être occupé. Dans les mois suivants, il s’était séparé et avait divorcé de sa première épouse. À Noël 2005, il avait entamé une nouvelle relation qui avait abouti à un mariage en 2007, puis donné lieu à la naissance de deux enfants en 2009 et 2014. L'examen clinique montrait des symptômes anxieux et dépressifs mineurs en lien avec les difficultés psychosociales de l'assuré qui ne rapportait pas de trouble majeur du sommeil, de l'appétit ou de la libido, qui travaillait à 100%, qui avait pu arrêter le Saroten® et le Seresta® et qui ne prenait plus que de la Quétiapine® pour favoriser le sommeil. Il avait du plaisir à faire du vélo, écouter de la musique et regarder un peu la télé. Le Dr Y.____ retrouvait donc une association de symptômes anxieux déclenchés souvent par l'arrivée des factures et entrainant une certaine anxiété quand il allait relever son courrier, des sentiments de tristesse en lien avec sa situation psychosociale et rapportait une certaine morosité qui n'entrainait ni ralentissement ni agitation psychomotrice, ni trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni tristesse pathologique chez un assuré autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne, qui travaillait à 100%, aidait aux tâches ménagères et s'occupait de manière adéquate de ses enfants. Ces symptômes correspondaient au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans impact sur la capacité de travail. La consommation d’alcool et de drogue contrôlée était non invalidante. Les critères de définition d'un état de stress post-traumatique n’étaient pas réunis chez l’assuré qui, bien que très impacté par le décès de son fils en 2004, avait eu les capacités de résilience lui ayant permis de reprendre très rapidement son activité professionnelle, de se remettre en couple relativement tôt, de refonder une famille et de bien s’occuper de ses enfants. Il n’évoquait ni flashback ni comportement d’évitement, pas plus que des cauchemars ou une hypervigilance. En outre, aucun suivi ni traitement psychiatrique n’étaient signalés dans les années qui avaient suivi le décès de son fils, en sachant qu'un état de stress post-traumatique se déclenchait au plus tard six mois après l'événement traumatisant. Les critères de définition d'une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe n’étaient non plus pas retrouvés. Il n'y avait pas d'attitude hostile et méfiante envers le monde ni de retrait social, l'assuré ayant une bonne entente avec son épouse et ses enfants, gardant des relations adéquates et régulières avec sa famille et un ami proche. Il n'exprimait pas de sentiment de vide ou de perte d'espoir ni d'impression permanente d'être sur la brèche, mais des sentiments d'inquiétude par rapport à sa situation psychosociale. Enfin, les critères de définition d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n’étaient pas non plus réunis, l’assuré ayant, après une intervention

chirurgicale, récupéré de manière satisfaisante sur le plan douloureux, ce qui lui avait permis de reprendre une activité professionnelle à 100%, de faire des activités ménagères et de conduire sa voiture. Il n'exprimait aucun sentiment de détresse, rapportant au contraire une nette amélioration et un soulagement par rapport à cette évolution positive. L'expert psychiatre retenait dès lors une capacité de travail de 100% depuis toujours et pour toute activité (pièce OAI 217).

Le 13 octobre 2023, le Dr C.____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, a indiqué, dans son rapport final, que l'expertise bidisciplinaire était complète et convaincante. Il a retenu que les évaluations précédentes du SMR restaient inchangées (pièce OAI 220).

L'OAI a rendu deux projets de décision le 16 octobre 2023 expliquant avoir donné bonne suite à l'arrêt de la Cour de céans du 2 juin 2022 et que le droit à une rente d'invalidité, respectivement à des mesures d'ordre professionnel, avait été réexaminé. Se référant au rapport final du SMR, il a considéré que l'on pouvait exiger de la part de l'assuré l'exercice à 100% et avec un rendement normal de n'importe quelle activité légère et adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues, depuis le 1er octobre 2018. Malgré une légère adaptation des montants pris en considération pour le calcul (revenu avec invalidité de 60'990 fr. à la place de 61'161 fr. 10), le taux d'invalidité restait de 15% ([71'979 fr. 10 - 60'990 fr.] ÷ 71'979 fr. 10 × 100 = 15.27%, arrondi à 15%). Dans les deux cas, toute prestation a dès lors été refusée (pièces OAI 221 s.).

F. L'assuré a contesté le projet de décision du 16 octobre 2023 – sans préciser lequel – en date du 15 novembre 2023. En substance, il a remis en question l'expertise bidisciplinaire tant du point de vue rhumatologique que psychique. Reprenant plusieurs rapports médicaux antérieurs, il a affirmé que l'expert rhumatologue ne pouvait pas être suivi lorsqu'il considérait qu'une capacité de travail totale dans une activité adaptée existait depuis toujours. S'agissant de l'expert psychiatre, il n'aurait pas suffisamment pris en compte les événements particulièrement douloureux qui existaient depuis de nombreuses années, en particulier le décès de son fils de huit ans, la consommation excessive d'alcool dès 2018, les idées suicidaires et la faillite de l'entreprise de l'assuré (pièce OAI 226).

Dans son rapport du 23 novembre 2023, le Dr X.____ a indiqué qu'il considérait avoir prouvé que le problème principal de l'assuré était lié à l'usure importante de la zone L5-S1 puisqu'il avait vu ses douleurs diminuer de plus de 50% après l'opération et pouvait à nouveau travailler. En conséquence, il estimait que l'intéressé avait droit à

l'indemnisation de la perte de travail avant l'opération étant donné que les douleurs n'étaient pas simulées et que ce dernier n'avait, pendant longtemps, par été informé par ses médecins traitants de la possibilité d'un assainissement chirurgical du problème (pièce OAI 228).

Le 14 décembre 2023, l'assuré a complété son écriture du 15 novembre précédent. Sous l'angle orthopédique, il fallait retenir que le Dr X.____ ainsi que ses confrères avaient pu établir la présence d'une pathologie objective qui avait été la source d'importantes douleurs, allant même jusqu'à des paresthésies. Il était ainsi démontré qu'il était invraisemblable de considérer qu'il ait pu avoir une capacité de travail avant l'opération de novembre 2022. Une rente entière d'invalidité devait lui être accordée pour toute sa période d'invalidité précédent l'opération et pour la convalescence qui avait suivi. Sous l'angle psychiatrique également une incapacité de travail totale était justifiée pour cette période. En effet, l'expert n'avait pas suffisamment examiné la pathologie alcoolique ainsi que la dépendance au cannabis de l'assuré, ce qui remettait en question la valeur probante de son rapport. Il avait par ailleurs omis, à tort, de retenir le diagnostic de dépression sévère et avait considéré, à tort également, que l'existence d'un traitement antidépresseur identique pendant plusieurs années évoquait une absence de cohérence. L'assuré a produit un rapport du Dr N.____ du 15 novembre 2023, dans lequel le psychiatre traitant a expliqué que l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, diagnostic retenu par l'expert, présupposait la possibilité d'une invalidité psychiatrique totale à un moment ou à un autre. Ainsi, s'il était vrai que le trouble n'était plus invalidant, il était totalement faux et mensonger d'affirmer qu'il n'avait jamais pu l'être, d'autant plus à un moment où l'expert ne connaissait pas l'assuré. Un nouvel examen neutre semblait devoir s'imposer pour répondre aux interrogations soulevées mettant en cause la valeur probante du rapport d'expertise (pièce OAI 231).

Le SMR s'est déterminé sur la contestation de l'assuré le 20 décembre 2023. Il a exposé que le Dr X.____ ne pouvait pas être suivi lorsqu'il consignait une capacité de travail réduite avant l'opération dans la mesure où il n'avait pas encore examiné l'assuré à une date antérieure. Le Dr C.____ a en outre noté que l'assuré occultait complètement le fait que sa capacité de travail était définie pour une activité adaptée. Ainsi, les objections formulées n'avaient aucune influence sur la prise de position du SMR (pièce OAI 234).

Par décisions du 3 avril 2024, l'OAI a confirmé les projets du 16 octobre 2023. Il a complété ses précédentes explications en indiquant que le rapport d'expertise de AC.____ Sàrl du 6 octobre 2023 ainsi que les rapports du SMR pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante au regard des réquisits posés par la

jurisprudence en la matière. En effet, ceux-ci reposaient sur des examens cliniques ainsi que sur une étude attentive et complète du dossier de l'assuré, lequel comprenait tous les rapports médicaux le concernant. Ces rapports avaient également été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et prenaient en considération les plaintes exprimées. Finalement, les diagnostics qu'ils mentionnaient étaient clairs et les conclusions solides et motivées. Les griefs de l'assuré n'étaient pas soutenus par des éléments objectifs ou susceptibles de semer le doute sur leur pertinence. Ainsi, il fallait leur reconnaître une pleine valeur probante, raison pour laquelle l'OAI ne pouvait s'en écarter sous peine de tomber dans l'arbitraire. Il n'était par ailleurs pas nécessaire de procéder à des investigations médicales supplémentaires (pièces OAI 236 s.).

G. A.____, toujours représenté, a recouru céans le 6 mai 2024 contre la décision de refus de rente du 3 avril précédent, concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente AI complète jusqu'au 1er mars 2023, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants, les frais de procédure devant être mis à charge de l'OAI et une juste indemnité devant lui être allouée pour ses dépens. Au surplus, l'intimé devait être débouté de toute conclusion contraire. S'appuyant sur différents rapports médicaux au dossier, le recourant a allégué une incapacité de travail totale jusqu'à la fin de la convalescence post-opératoire et la reprise d'une activité professionnelle. Il a également remis en question les conclusions de l'expertise en rappelant notamment que le Dr X.____ avait démontré que l'usure importante de la zone L5-S1 était la source principale du problème dans la mesure où les douleurs avaient été réduites de 50% après l'opération, prouvant ainsi que les douleurs n'étaient pas simulées. Le recourant considérait que l'expertise était convaincante par rapport à son état actuel mais pas pour la période précédant l'opération. Par ailleurs, la décision de l'intimé le pénalisait pour n'avoir pas pu bénéficier plus rapidement du traitement proposé par le Dr X.____, lequel avait été remis en question également par l'OAI, raison pour laquelle il avait dû subir des lombalgies chroniques très invalidantes pendant des années. Le recourant a aussi contesté l'expertise sous l'angle psychiatrique, reprenant l'argumentaire développé dans son complément de contestation du 14 décembre 2023. Le recourant a requis de la Cour qu'elle mette en place une expertise judiciaire si elle devait ne pas être convaincue par ses arguments.

Le 2 juillet 2024, l'intimé a répondu ne rien avoir à ajouter à la motivation de sa décision du 3 avril 2024. Il l'a maintenue et a conclu au rejet du recours.

Le recourant n'ayant pas fait d'observations complémentaires et la Caisse de pension de la construction du Valais (CPCV) ayant renoncé à se déterminer en sa qualité de tiers intéressé, l'échange d'écritures a été clos le 28 août 2024.

Le 29 août 2024, la mandataire du recourant a déposé l'état de ses frais et honoraires pour un montant total de 2286 fr. 95.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 6 mai 2024, le présent recours à l'encontre de la décision du 3 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Plus particulièrement, est remise en cause la valeur probante de l'avis du SMR et celle de l'expertise

bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique des Drs Y.____ et O.____, sur lesquels l'OAI s'est fondé pour nier tout droit du recourant à des prestations.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 , 124 V 108 consid. 2b).

En vertu de l'article 7 alinéa 1 LPGA, l'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 (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).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012

consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

2.4 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-là 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 V156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, 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 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI] ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont 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 (ATF139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet

2008 consid. 3.2, 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).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertises émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elles remplissent les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de leur fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

2.5 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique –aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.6 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les références).

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si l'OAI pouvait valablement se fonder sur l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique des Drs Y.____ et O.____ ainsi que sur l'avis du SMR pour refuser d'allouer une rente AI au recourant suite à sa demande du 13 juin 2018.

3.2 Le recourant conteste l'absence de droit à des prestations d'invalidité pour la période entre sa demande AI et la reprise d'une activité de contremaître au 1er mars 2023, rendue possible grâce à l'opération du 23 novembre 2022. Sous l'angle rhumatologique en particulier, s'il admet que le rapport d'expertise du 6 octobre 2023 est complet au niveau des faits et reprend correctement l'historique médical, il reproche à l'expert O.____ de ne pas avoir exposé pour quelle raison une capacité de travail devait être retenue pour la période précédant l'opération.

Le recourant se réfère à différents rapports médicaux au dossier pour démontrer que l'expert ne peut pas être suivi. Le Dr J.____, dans un rapport du 7 février 2020, a notamment fait état de lombalgies invalidantes chroniques dans le contexte de discopathie sévère L5-S1 (pièce OAI 74). Quant à la Dresse L.____, elle reconnaît des lombalgies chroniques très invalidantes avec présence d'une hypoesthésie de toute la jambe gauche (pièce OAI 111). Le Prof. M.____ a également décrit une pathologie très invalidante et a, par ailleurs, relevé que le questionnaire OSWESTRY permettait d'évaluer l'atteinte sur les activités de la vie quotidienne en raison de la douleur chronique et montrait une incapacité sévère avec un score de 34 soit 68% (pièce OAI 151). Enfin, le Dr X.____ a amené la preuve que le problème principal du recourant était lié à l'usure importante de la zone L5-S1 puisqu'il avait vu ses douleurs diminuer de plus de 50% après l'opération et pouvait à nouveau travailler. Il estimait que les douleurs n'étaient pas simulées et que le recourant avait été privé d'une amélioration durant de nombreuses années par les médecins qui ne l'avaient pas informé de la possibilité d'un traitement chirurgical et que, partant, il avait droit à l'indemnisation de la perte de travail avant l'opération (pièce OAI 228).

L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 consid. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente

d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.3 et 4.4). Pour rappel, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Il convient dès lors également d'examiner si les atteintes à la santé permettent l'exercice d'une autre activité que celle habituellement exercée, respectant, cas échéant, des limitations fonctionnelles définies.

Force est de constater que les rapports médicaux des Drs J.____ et L.____, ainsi que du Prof. M.____, mis en évidence par le recourant se bornent à parler de diagnostic invalidant, voire très invalidant, sans préciser dans quelle mesure (taux d'invalidité) ni pour quelles activités. S'agissant du Dr X.____, il semble considérer que le fait que l'amélioration des douleurs avait permis une reprise du travail suffisait à démontrer l'incapacité de travail préalable et à ouvrir un droit à une rente entière d'invalidité. Il va sans dire qu'il n'appartient aucunement aux médecins traitants de décider si et dans quelle mesure un patient a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le Dr X.____ a aussi indiqué que le recourant était en incapacité de travail depuis longtemps puis, dans un rapport ultérieur, qu'il ne pouvait plus travailler depuis plus d'un an. Il n'a cependant pas justifié son analyse ni précisé si elle concernait toute activité professionnelle ou seulement l'activité usuelle de carreleur.

En revanche, de nombreuses pièces au dossier se rejoignent dans le sens d'une pleine capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles (essentiellement position de travail alternée, évitement des positions statiques prolongées, exclusion des travaux lourds, port de charges limité à 10-15 kg de manière occasionnelle, évitement des positions de porte-à-faux, des rotation du tronc, des travaux sur des échelles ou échafaudages ainsi que des positions contraignantes pour la colonne, notamment accroupie ou à genoux). En particulier, le Dr E.____ a retenu que si son patient ne pouvait plus travailler comme carreleur, il gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (à une occurrence, cette

capacité a toutefois été réduite à 50%). Dans son expertise datant de l'automne 2019, le Dr I.____ a mentionné uniquement une incapacité de travail complète dans l'activité usuelle ou toute autre activité manuelle nécessitant des positions penchées en avant ou des ports de charges lourdes, indiquant, au surplus, qu'il était vraisemblable que le recourant puisse effectuer un travail dans une activité adaptée et qu'il lui semblait nécessaire qu'il bénéficie d'une évaluation dans un milieu spécialisé afin de déterminer sa capacité de travail effective. Selon le Dr K.____, le diagnostic était incompatible avec la poursuite de l'activité habituelle de carreleur de l'assuré mais pas avec une activité adaptée, pour laquelle la capacité de travail était complète. L'expert O.____ a attesté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis toujours, en dehors de la période post-chirurgicale pour une durée de trois à six mois, alors qu'elle était nulle dans l'activité de carreleur depuis son arrêt de travail en 2018. S'agissant des médecins successifs du SMR, dont le rôle est précisément de déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité, d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations et de prodiguer des recommandations à l'OAI quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, ils ont tous admis l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais considéré que, d'un point de vue médico-théorique, une activité adaptée demeurait entièrement exigible dès le 1er octobre 2018 pour autant qu'elle respectât les limitations du dos rappelées plus haut. Enfin, le médecin du SMR, le Dr C.____, a indiqué, dans son rapport final, que l'expertise bidisciplinaire des Drs Y.____ et O.____ était complète et convaincante et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'en écarter. De même l'expertise de 2019 n'avait pas attiré de critique quant à sa valeur probante, du moins sous l'angle rhumatologique.

Ainsi, s'il est vrai que le Dr O.____ n'a pas exposé en détail pour quelle raison il retenait une pleine capacité de travail pour la période précédant l'opération du recourant, cela ne permet pas, *in casu*, de nier toute valeur probante à son appréciation et de s'en écarter. En effet, à la lecture des autres rapports médicaux au dossier – lesquels sont d'ailleurs repris dans le rapport d'expertise – la Cour constate que les médecins qui se sont expressément prononcés sur la question du caractère invalidant de l'atteinte à la santé du recourant dans toute profession, s'accordent à reconnaître une capacité de travail dans une activité adaptée, à l'exception du Dr F.____. Partant, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il prétend à une rente entière d'invalidité pour des motifs rhumatologiques pour la période entre sa demande AI et la reprise d'une activité lucrative.

3.3 Du point de vue psychiatrique, le recourant reproche essentiellement à l'expert Y.____ de ne pas avoir suffisamment pris en considération sa dépendance à l'alcool et d'avoir nié à tort le diagnostic de dépression sévère, ce qui remettait en question la valeur probante de son rapport. Sous cet angle également, il convenait de retenir une incapacité de travail totale pour la période précédant la reprise d'une activité lucrative après l'opération de novembre 2022.

Au terme d'une analyse circonstanciée de l'anamnèse du recourant, comprenant l'ensemble des appréciations médicales, l'expert a motivé d'une manière fondée et cohérente les raisons pour lesquelles le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr N.____ ne pouvait pas être confirmé. Ce trouble est défini par la présence d'au moins deux épisodes dépressifs caractérisés séparés par plusieurs mois de récupération totale sur le plan dépressif. Le psychiatre traitant n'a pas précisé à quels moments étaient survenus ces deux épisodes dépressifs et quelle était la période de récupération. Il s'est contenté d'évoquer une dégradation sur le plan thymique en lien avec l'accentuation des douleurs et a insisté à plusieurs reprises sur le rôle de celles-ci, ressenties de manière permanente, comme facteur majeur de péjoration de l'humeur. De plus, le maintien du même traitement de base depuis au moins 2020 n'est pas compatible avec le diagnostic d'épisode dépressif incapacitant ou résistant. En effet, dans ces cas-là, il est préconisé de changer d'antidépresseur afin de trouver une molécule efficace. Le Dr Y.____ est convaincant lorsqu'il explique que le non-changement de molécule antidépressive reflète une absence de recherche de gain thérapeutique supplémentaire – laquelle devrait être prioritaire en cas d'épisode dépressif caractérisé – et plaide plutôt en faveur d'une stabilisation de l'état du recourant. L'on relève que le Dr N.____ aurait eu tout loisir de compléter son rapport en cours de procédure en évoquant au moins deux épisodes dépressifs caractérisés afin de confirmer son diagnostic de trouble dépressif récurent, ce qu'il n'a pas fait.

L'expert psychiatre a aussi démontré que les critères pour retenir une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe n'étaient pas présents et qu'il n'avait retrouvé aucune séquelle psycho-traumatique ni aucune symptomatologie caractéristique d'un état de stress post-traumatique. Il a mis en avant les ressources du recourant ainsi que ses capacités de résilience qui lui avaient permis de reprendre ses activités professionnelles très rapidement après le décès de son fils en 2004 puis de se remettre en couple peu de temps après, de fonder une nouvelle famille et de s'occuper de manière adéquate et correcte de ses enfants. Par la suite, il avait su garder une bonne

entente avec son épouse et ses enfants, ainsi que des relations appropriées et régulières avec sa famille et un ami proche.

Le Dr Y.____ s'est également prononcé sur les autres rapports et expertises au dossier traitant des questions psychiatriques. Il a en particulier indiqué partager les conclusions du Dr R.____ d'octobre 2019, à savoir un diagnostic de troubles de l'adaptation en lien avec la problématique douloureuse et les difficultés psychosociales du recourant considéré comme cohérent notamment au vu du fait que toutes les incapacités de travail découlaient de motifs somatiques, qu'il n'avait jamais été hospitalisé en psychiatrie ni consulté en urgence, pas plus qu'il n'avait présenté de conduite suicidaire. Il avait en outre toujours été autonome dans les tâches de la vie quotidienne.

S'agissant plus spécifiquement de la pathologie alcoolique ainsi que de la dépendance au cannabis, le Dr Y.____ ne se limite pas à traiter de la situation actuelle, contrairement à ce que soutient le recourant. En effet, ses remarques font état d'une appréciation sur le long terme. Il indique notamment qu'il ne retrouvait pas d'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive ni de complication physique ou psychique évidente en lien avec celle-ci, pas plus qu'une tolérance aux effets de ladite substance. L'expert psychiatre a également relevé que le recourant avait les ressources pour contrôler ses consommations d'alcool et de cannabis puisque, le moment venu, il avait pu reprendre une activité professionnelle à 100% en plus de ses activités ménagères et de la prise en charge de ses enfants. Pour le surplus, la Cour considère qu'il est pertinent de se référer pour cette question au rapport d'expertise d'octobre 2019, dans la mesure où c'est à cette période que le recourant a indiqué avoir eu un gros problème d'alcool, avec une augmentation au printemps 2019 jusqu'à trois litres de bière par jour puis une diminution significative dès août 2019. Une prise régulière de cannabis de quatre à six joints par mois était également rapportée. Or, à cette époque déjà, le Dr R.____ avait retenu un syndrome de dépendance au cannabis avec usage continue de substance (F12.24) et un usage d'alcool nocif pour la santé (F10.1), ces diagnostics n'altérant pas la capacité de travail du recourant au vu des ressources qu'il avait su conserver. Il est intéressant de relever que le Dr N.____ ne semble pas non plus retenir de diagnostic invalidant en lien avec la pathologie alcoolique du recourant. En tout état de cause, cela ne ressort pas de ses différents rapports au dossier.

Après avoir soumis les diagnostics psychiatriques du recourant aux indicateurs jurisprudentiels, l'expert et le SMR ont ainsi conclu que les critères de gravité n'étaient pas remplis pour justifier une diminution de la capacité de travail. En particulier, ils ont

mentionné qu'il n'existait pas modification durable de la personnalité, que l'entourage socio-familial était préservé, que l'intéressé disposait de ressources pour s'occuper du ménage, de la cuisine et de ses enfants. Cela étant, le recourant tombe également à faux lorsqu'il prétend à une rente entière de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail totale pour des motifs psychiques.

3.4 Au vu de ce qui précède, les éléments soulevés par le recourant ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique des Drs Y.____ et O.____ ainsi que de l'avis du SMR. En l'absence de pièces médicales probantes remettant en question les conclusions de l'expertise, l'OAI pouvait rendre sa décision sans ordonner une mesure d'instruction complémentaire. De même, le dossier est suffisamment complet pour qu'un jugement puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner l'administration de l'expertise judiciaire requise par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3).

4.

4.1 En tous points mal fondé, le recours du 6 mai 2024 est rejeté et la décision de l'OAI du 3 avril précédent est confirmée.

4.2 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la cause, sont mis à charge du recourant et compensés avec son avance (art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Prononce

1. Le recours est rejeté.

2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de A.____.

3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 7 novembre 2025