

S1 23 89

**ARRÊT DU 5 JUIN 2025**

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

Composition : Candido Prada, président ; Michael Steiner et Frédéric Fellay, juges ;  
Mireille Allegro, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Maître Yero Diagne, avocat, à Lausanne

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(rente d'invalidité ; capacité de travail exigible ; abattement)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né le xx.xx.xxxx, était employé par la Municipalité de A \_\_\_\_\_ comme agent de la police communale et instructeur de tir à B \_\_\_\_\_, à C \_\_\_\_\_, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012, pour un salaire annuel 2020 de 104'429 fr. (dossier AI, pages 15, 24, 67 et 71). Le 22 octobre 2019, il a été mis en incapacité de travail totale en raison d'une luxation au dos survenue lors d'un transport de bois durant la journée du 11 octobre 2019. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accident (CNA ; pages 690, 697 et 708).

Dans son rapport du 16 novembre 2019 (page 697), le Dr D \_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, a noté l'absence de lésion osseuse aux radiographies et a posé le diagnostic de syndrome lombovertébral traumatique et probable déchirure du muscle carré des lombes à droite. L'IRM de la colonne lombaire et sacro-iliaque du 6 décembre 2019 a mis en évidence des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans débord discal herniaire et sans conflit radiculaire des deux côtés. L'image ne présentait pas d'anomalie osseuse ni de signe inflammatoire au niveau de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques (pages 614 et 687). En raison de la persistance de lombalgies fluctuantes (cf. rapport du 27 décembre 2019 du Dr D \_\_\_\_\_, page 677), l'assuré a été adressé à E \_\_\_\_\_ pour un consilium de l'appareil locomoteur le 7 janvier 2020. Les résultats de l'examen clinique étaient rassurants et l'assuré a été encouragé à maintenir une activité physique régulière et à reprendre le travail dès que possible (page 610).

Par décision du 30 mars 2020, confirmée sur opposition du 4 juin 2020, la CNA a mis un terme à ses prestations au 10 avril 2020, au motif que selon le médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient au-delà de 6 mois après l'accident ne pouvaient plus être mis en lien de causalité probable avec celui-ci (page 626). Cette décision est entrée en force faute de recours de l'assuré.

### **B.**

**B.a** Le 10 juin 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), en raison de douleurs lombalgiques et abdominales (page 15). Lors de l'entretien initial du 15 juin 2020, il a expliqué qu'il avait des douleurs dans le pli de l'aîne et à la hanche droite, des gonalgies bilatérales et des lombalgies post-traumatiques (page 24), mais qu'il allait reprendre progressivement son emploi dans le courant du mois de juillet 2020.

L'assuré a repris son activité d'instructeur de tir à 20% le 24 août 2020 (pages 34 et 74) jusqu'au 30 novembre 2020 (page 838), date à laquelle il a à nouveau été mis en incapacité de travail totale par le Dr D \_\_\_\_\_ (page 826). Dans son rapport du 8 octobre 2020, ce dernier a indiqué que son patient présentait des douleurs lombaires, dorsales, abdominales basses et inguinales droites persistantes avec de violentes crises. Il a posé le diagnostic incapacitant de syndrome douloureux lombo-crural, abdominal et inguinal droit (page 46) et a mentionné les limitations suivantes : flexion du rachis et rotation, port de charges supérieures à 10 kg et concentration (page 47). Il a estimé que la capacité de travail n'était pas de plus de deux demies journées par semaine et que le pronostic restait réservé tant que la symptomatologie n'était pas attribuée à un diagnostic clair (page 48).

A la demande de l'assurance perte de gain de l'employeur, F \_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, le 26 novembre 2020 (pages 827 et 111). Dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'expert a retenu le diagnostic de syndrome lombo-vertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie L4-L5 et L5-S1. Il a estimé qu'à trois mois de la reprise à 20% (soit le 24 novembre 2020), une augmentation à 60% était raisonnablement exigible puis à 100% après six mois (soit le 24 février 2021 ; page 835). De son point de vue, une reprise progressive permettrait de diminuer les risques de récurrence des douleurs. Sur la base de ces conclusions, le médecin-conseil de F \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était capable de reprendre une activité à plein temps pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges en porte à faux avec long bras de levier de manière répétitive et pas au-delà de 15 à 20 kg (page 110). Invité à mettre en valeur sa capacité de travail, l'assuré a repris son poste à 100% le 11 janvier 2021 (page 91). Par courrier du 15 janvier 2021, l'assurance l'a informé qu'elle mettrait un terme à ses prestations le 30 avril 2021 (pages 842 et 850). Toutefois, en raison des douleurs, l'intéressé a rapidement été à nouveau en incapacité de travail. L'employeur l'a licencié pour le 31 juillet 2021 (pages 95 et 198).

Le 21 janvier 2021, l'assuré a été examiné par un gastroentérologue qui a conclu que le tableau clinique polymorphe ne pouvait pas s'expliquer seulement par des pudendalgies ou une colopathie (page 131). Le 25 février 2021, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a estimé que la problématique douloureuse du patient comprenait certainement une composante neurogène, en raison à la fois des manifestations neurovégétatives généralisées et des troubles sensitifs dans la région périnéale droite couvrant le territoire du nerf pudendal et aussi, sous réserve des recoupements et des

variations anatomiques, du nerf clunien droit (page 125). Le 8 mars 2021, l'assuré a été vu en consultation ambulatoire de rhumatologie par la Dresse I \_\_\_\_\_ (pages 137 et 144). Dans son rapport du 10 mars suivant, la spécialiste a posé les diagnostics de douleurs lombo-pelviennes chroniques avec une lésion objectivée du tronc pudendal à droite, une potentielle lésion du coccyx à exclure par imagerie et des troubles dégénératifs rachidiens (page 138). Elle a indiqué qu'en raison de ces atteintes, l'assuré était limité pour les positions stationnaires prolongées, le port de charges supérieures à 5 kg et de manière répétitive, les mouvements en porte à faux et en rotation, inclinaison et flexion/extension du tronc de manière répétitive. Compte tenu de ces limitations et au vu des crises douloureuses déclenchées notamment par le port de charges, elle a conclu que l'utilisation de machines voire d'armes à feu était clairement contre-indiquée. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire physiquement très légère permettant de changer de positions, évitant les stations prolongées que ce soit debout ou assis et avec la possibilité de faire des pauses, elle a fixé la capacité de travail à 50%, avec probablement une diminution de rendement due à l'asthénie importante objectivable avec un besoin de sommeil accru. Le 29 mars 2021, elle a précisé qu'une réadaptation n'était pas d'actualité dès lors que la problématique douloureuse n'était pas résolue (page 143).

**B.b** En parallèle, en raison d'une thymie abaissée, d'une anhédonie, de difficultés de sommeil et d'une fatigue non améliorable par le repos, l'assuré a consulté le J \_\_\_\_\_, le 18 janvier 2021 (page 140). Un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique a été diagnostiqué.

Dans un rapport du 26 mars 2021, le J \_\_\_\_\_ a indiqué qu'un traitement médicamenteux de duloxétine avait été introduit le 17 mars 2021, dont l'efficacité devrait être évaluée après un mois. En raison de l'atteinte psychique entraînant une diminution de la capacité de concentration, un état de fatigue constant non améliorable par le repos, une irritabilité, ainsi qu'une aboulie avec difficulté décisionnelle, il a estimé l'incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée (page 141). Le 16 juin 2021, il a expliqué que la médication avait apporté une amélioration substantielle au niveau des douleurs mais qu'elle avait été mal tolérée par le patient en raison d'une sédation trop importante, de sorte que le 17 mai 2021, il avait introduit un nouveau traitement par venlafaxine, qui avait bien été toléré (page 168). Il a indiqué que le patient se plaignait de douleurs régulières au niveau de la cuisse droite et du bas du dos et qu'il avait des crises douloureuses provoquant des spasmes ressemblant à des vomissements. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 40% sur le plan psychiatrique, en précisant que celle-

ci était très en lien avec la symptomatologie somatique et que si celle-ci s'améliorait, l'assuré retrouverait probablement facilement une pleine capacité de travail (page 169).

**B.c** Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que le diagnostic de neuropathie pudendale posé par le Dr H \_\_\_\_\_ était postérieur à l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_, de sorte qu'une expertise neurologique était nécessaire pour déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles (page 184).

Celle-ci a été réalisée par le Dr K \_\_\_\_\_ auprès du L \_\_\_\_\_ le 29 septembre 2021 (page 217). Dans son rapport reçu par l'OAI le 21 octobre 2021, le neurologue a retenu, sur la base des indications de l'assuré (page 247), que le traitement antidépresseur par venlafaxine avait permis de diminuer la fréquence des paroxysmes douloureux à trois accès mensuels, ainsi que leur intensité (4-5/10), que ces crises étaient favorisées par le manque de sommeil, les trajets en voiture, les positions accroupies et le port répété de charges et qu'elles laissaient le patient épuisé. L'expert a noté que l'assuré se plaignait d'un fond douloureux perpétuel de 4/10 dans la région pelvienne, de paroxysme douloureux à 7/10 survenant quatre à cinq fois par jour sous forme de décharge électrique d'une fraction de seconde vers la marge anale et irradiant sur le côté droit, ainsi que de troubles de la fonction sexuelle avec une éjaculation douloureuse (page 248). Au cours de la consultation, l'expert n'a pas observé de ralentissement ni de fatigabilité particulière ni de trouble phasique ou mnésique. L'examen neurologique a fait ressortir une discrète baisse de sensibilité sur l'hémiface gauche, respectant l'angle mandibulaire et, au niveau pelvien, une hyporéflexie bulbo-caverneuse à droite ainsi qu'une baisse de sensibilité sur la partie droite de la marge anale (page 252).

Procédant à l'anamnèse sur la base des rapports médicaux et des indications de l'assuré, l'expert a relevé qu'à partir de février 2020, les médecins avaient mentionné des douleurs abdominales et des nausées justifiant des investigations supplémentaires. Il a constaté que dans le cadre de ces dernières, une infiltration du nerf pudendal droit réalisée le 3 février 2021 avait permis de réduire la « douleur habituelle » d'à peu près 50% et de diagnostiquer une atteinte du tronc pudendal, et qu'en juin 2021, une infiltration au niveau dorsal avait apporté une amélioration des douleurs irradiées au niveau du flanc ddc et au niveau inguinal, mais qu'une barre douloureuse au fond du dos était toujours présente en position assise, ainsi qu'une gêne au niveau inguinal et au niveau de la vessie (cf. rapport médical du 24 juin 2021 du Dr M \_\_\_\_\_ ; page 180). L'expert a noté qu'en parallèle, l'expertisé était suivi sur le plan psychiatrique pour un

état dépressif réactionnel et que la médication antidépressive de venlafaxine avait permis de soulager les crises douloureuses sans qu'elles disparaissent (page 255).

Au terme de l'analyse de l'évolution de l'état de santé et des traitements dans le temps (cf. pages 254 et 255), l'expert est arrivé à la conclusion que seule l'atteinte du nerf pudendal droit était un élément objectif susceptible d'expliquer les douleurs au pli de l'aîne, mais que cette atteinte n'expliquait pas l'ensemble du tableau qui comprenait des lombalgies non déficitaires, des douleurs abdominales et des douleurs au pli de l'aîne du côté droit. Il a dès lors retenu les diagnostics neurologiques incapacitants de neuropathie pudendale droite, de lombalgies chroniques et de douleurs abdominales d'origine indéterminée.

Il a estimé que les lombalgies, qui évoluaient sous forme d'un fond douloureux perpétuel (4/10), justifiaient des limitations fonctionnelles sur lesquels tous les spécialistes s'accordaient, mais ne réduisaient pas la capacité de travail à un poste adapté. S'agissant des douleurs inguinales droite en relation avec l'atteinte pudendale, qui pouvaient être relativement intenses, mais qui étaient moins fréquentes (environ 3 fois par mois) et moins fortes (4-5/10) sous médication, il a considéré qu'elles justifiaient, elles aussi, des limitations portant notamment sur le maintien d'une position assise prolongée et qu'elles étaient susceptibles de réduire le rendement, sans être incompatibles avec une activité adaptée. Il a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'apparition des douleurs neurogènes début 2020, mais que dans une activité adaptée peu contraignante pour le rachis, sans position en flexion avant du rachis, sans position en porte à faux, sans position assise prolongée (>1h) et permettant des changements de position (page 256), l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70% (pour tenir compte d'une baisse de rendement de 30% due aux limitations et aux accès douloureux qui persistaient encore) depuis le 17 mai 2021, date à laquelle les paroxysmes avaient répondu au traitement antidépresseur de venlafaxine (page 257).

Après avoir pris connaissance de ce rapport d'expertise, le SMR a estimé, dans un avis du 3 novembre 2021, qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert et a admis une capacité de travail de 70% depuis le 17 mai 2021 dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : en position alternée, sans position assise prolongée (> 1h), sans port de charges supérieures à 5 kg, sans travaux lourds, sans position contraignante pour le rachis, ni position en flexion avant du rachis (page 264).

**B.d** Entendu par le Service de réadaptation de l'OAI le 23 novembre 2021 (page 269), l'assuré a déclaré qu'en plus des limitations fonctionnelles retenues par les médecins, il rencontrait passablement de difficultés d'attention et de mémorisation et que son état variait fortement durant la journée, de sorte qu'il ne voyait pas quel employeur voudrait l'engager (page 271). L'assuré étant convaincu d'être définitivement exclu du premier marché du travail, le Service de réadaptation a renoncé à entamer un processus de reclassement professionnel (page 272). Par projet de décision du 26 novembre 2021 (page 276), puis décision du 16 mai 2023 (page 481), l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à un reclassement professionnel, mais lui a octroyé une mesure d'aide au placement.

Par projet de décision du 26 novembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 80% du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 31 août 2021 et une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 53% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021 (page 281).

**C.** Représenté par M<sup>e</sup> N \_\_\_\_\_, l'assuré a contesté le degré d'invalidité calculé dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021, respectivement l'exigibilité retenue par le SMR, au motif que celle-ci ne tenait pas compte de l'atteinte psychiatrique qui justifiait une incapacité de travail de 40% selon le J \_\_\_\_\_. Il a également rappelé qu'il ignorait quand les crises allaient se manifester, de sorte qu'il ne pouvait assumer une activité suivie régulière. Enfin, il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte d'un abattement d'au moins 15% sur le salaire statistique pour tenir compte des nombreuses limitations, notamment sur le plan psychiatrique (page 297). Il a déposé un rapport du 23 septembre 2021 du J \_\_\_\_\_ (page 300), qui retenait un épisode dépressif d'intensité moyenne et non sévère en raison de la faible intensité de certains symptômes et la persistance d'une certaine fonctionnalité du patient ; selon le J \_\_\_\_\_, l'évolution depuis le mois de juin montrait une amélioration thymique discrète, une anhédonie moins marquée, avec encore quelques troubles du sommeil sans insomnie franche, un manque d'appétit et toujours une fatigabilité augmentée ; en revanche, l'intensité des douleurs somatiques dorsales, glutéales et abdominales, ainsi que la fréquence des crises douloureuses étaient plus faibles qu'antérieurement. Le J \_\_\_\_\_ attestait les incapacités de travail d'origine psychiatrique suivantes : 50% du 18 janvier au 10 juin 2021, puis 40% du 11 juin 2021 au 12 août et depuis le 13 août, 25% dans une activité adaptée (page 301), en raison des difficultés de prise de décision, d'une anhédonie partielle, d'une fatigue diurne augmentée, d'un manque de concentration et des douleurs (page 302). A l'appui de ses observations, l'assuré a également remis les certificats du Dr D \_\_\_\_\_ qui continuait d'attester une incapacité de travail totale (pages 305 à 309).

Mandaté, le SMR a demandé un avis interne psychiatrique au Dr O \_\_\_\_\_ (page 317). Celui-ci a relevé qu'il s'agissait d'un état dépressif moyen en amélioration sous traitement, qui n'entraînait pas de limitations fonctionnelles spécifiquement psychiatriques, dès lors qu'il était relié à la problématique somatique. Il a admis les incapacités de travail attestées par le J \_\_\_\_\_, tout en précisant qu'elle tenait compte de la diminution de rendement de 30% en lien avec l'atteinte somatique. Ainsi, le SMR a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès le 13 août 2021 (page 321) et les incapacités de travail suivantes ont été retenues : 100% dès le 22 octobre 2019, 80% dès le 24 août 2020, 40% dès le 11 juin 2021 et 30% dès le 13 août 2021 (page 322).

Le 10 mars 2022, l'assuré a déposé un avis du 27 février 2022 du Dr D \_\_\_\_\_, qui indiquait qu'en plus des limitations décrites par le Dr K \_\_\_\_\_, il fallait tenir compte d'une diminution du patient à l'effort avec apparition de symptômes végétatifs importants (douleurs abdominales) et estimait qu'aucune activité concrète n'était adaptée à son état de santé (page 326).

Par projet de décision du 11 mars 2022, l'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 26 novembre 2021 et a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 80%, du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 30 septembre 2021, un trois-quarts de rente, basé sur un degré d'invalidité de 60%, du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2021 et, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2021, une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 53%. En effet, il a constaté qu'on pouvait exiger de sa part l'exercice de n'importe quelle activité légère et adaptée à son état de santé à hauteur de 40% (recte : 60%) depuis le 11 juin 2021, puis de 70% dès le 13 août 2021, pour autant que l'activité respecte les limitations suivantes : position de travail alternée, pas de position assise prolongée, port de charges limité à 5-10 kg, pas de travaux lourds, activité peu contraignante pour le rachis, pas de position en flexion avant du rachis (page 329).

**D.** Le 14 avril 2022, l'intéressé a contesté le calcul de son taux d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021, plus particulièrement le fait qu'il disposerait d'une capacité de travail résiduelle de 60% dès le 11 juin 2021 et de 70% dès le 13 août 2021, diminution de rendement comprise (page 342). De son point de vue, en présence d'une atteinte somatique couplée à une atteinte psychiatrique, on ne pouvait pas se limiter à prendre le taux d'incapacité le plus élevé, en soutenant qu'il contiendrait l'autre (page 343). En outre, il a rappelé que l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ ne pouvait pas être ignoré et justifiait la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Enfin, il a une nouvelle fois soutenu que le revenu d'invalidité devait faire l'objet d'un abattement d'au minimum 15% pour tenir

compte des troubles psychiatriques (difficultés de concentration, de mémorisation, fatigue et aboulie ; page 345).

Dans un avis du 21 avril 2022, le SMR a relevé que le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait pas fait état de nouvel élément médical objectif susceptible de mettre en doute l'avis de l'expert. S'agissant du taux d'incapacité psychiatrique, il a rappelé que l'état dépressif était lié à la problématique somatique et que les limitations fonctionnelles retenues en tenaient compte (page 350).

Le 29 juin 2022 (page 351), l'assuré a remis un rapport du 24 juin 2022 du J \_\_\_\_\_ (page 352) qui attestait que la symptomatologie dépressive (diminution de la concentration, fatigue, anhédonie, difficulté à prendre des décisions, tristesse) réduisait la capacité de travail du patient de 25% et qui précisait que ces troubles étaient en lien avec les douleurs persistantes qui impactaient l'état psychique du patient et que les limitations fonctionnelles étaient surtout d'origine somatique et compliquaient l'amélioration des symptômes dépressifs (page 353).

Par quatre décisions séparées du 9 mai 2023 (pages 393 ss), l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière AI du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 30 septembre 2021, puis d'un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> octobre 2021 (trois mois après le 11 juin 2021) au 30 novembre suivant, puis d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021 (trois mois après le 13 août 2021). Il a relevé que le SMR avait procédé à la synthèse des avis rhumatologique (Dr G \_\_\_\_\_), neurologique (Dr K \_\_\_\_\_) et psychiatrique (J \_\_\_\_\_) au dossier pour fixer la capacité de travail exigible de sa part et les limitations fonctionnelles et que le J \_\_\_\_\_ avait toujours indiqué que ces dernières étaient surtout d'origine somatique. Il a ajouté que le SMR avait tenu compte de l'ensemble du dossier, notamment de l'avis du Dr D \_\_\_\_\_, ainsi que des plaintes exprimées, de sorte qu'il n'y avait pas de raison de mettre en œuvre une expertise complémentaire. S'agissant du revenu d'invalidité, il a estimé que la capacité de travail de 70% tenait déjà compte de la baisse de rendement due aux limitations et aux accès douloureux, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte une seconde fois dans le cadre de l'abattement (page 400).

**E.** Le 7 juin 2023, l'intéressé a recouru céans contre ces prononcés, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que les décisions soient modifiées en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020, sans modification dans le temps, ou qu'elles soient annulées et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a contesté la capacité de travail exigible de sa part

de 40% (recte : 60%) dès le 11 juin 2021 et de 70% dès le 13 août 2021, dès lors que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'été 2021, comme le confirmaient les rapports médicaux établis depuis lors, notamment les certificats du Dr D \_\_\_\_\_ qui continuait à attester une incapacité de travail totale. Il a affirmé que le Dr K \_\_\_\_\_ était parti de la prémisse erronée que la fréquence des crises et leur intensité avaient diminué, ce qui n'était pas le cas, et qu'il n'avait pas tenu compte des symptômes psychiques (fatigue, perte de concentration et anhédonie) ainsi que de la diminution à l'effort relevée par le Dr D \_\_\_\_\_, de sorte que son expertise ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante. Il a encore reproché au SMR d'avoir recoupé les incapacités somatiques et psychiques, en retenant uniquement la plus élevée des deux sans justification. De son point de vue, l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ venait mettre en doute les conclusions du SMR et justifiait de mettre en œuvre une expertise indépendante pluridisciplinaire pour trouver l'origine des douleurs abdominales, de la diminution à l'effort et des symptômes végétatifs. Enfin, il a soutenu qu'il y avait lieu de retenir un abattement de 15% sur le salaire d'invalidé pour tenir compte de la diminution de rendement due à l'atteinte psychiatrique, laquelle n'avait pas été prise en compte par le Dr K \_\_\_\_\_ et le SMR dans leur estimation.

Répondant le 5 septembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de ses décisions, en renvoyant à la motivation de celles-ci qui répondaient déjà aux griefs de l'assuré.

Dans sa réplique du 9 novembre 2023, le recourant a renvoyé aux moyens développés dans son recours et a attiré l'attention de la Cour sur la modification de la RAI (art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI) concernant la déduction forfaitaire de 10% ou 20%, selon le taux de la capacité fonctionnelle, sur le salaire statistique.

Prenant position le 12 décembre 2023, l'intimé a relevé que la modification n'entrerait en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2024, de sorte qu'elle n'était pas de nature à modifier les décisions antérieures, mais qu'une révision serait engagée dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la modification.

L'échange d'écritures a été clos le 14 décembre 2023.

## Considérant en droit

### 1.

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 7 juin 2023, le recours à l'encontre des décisions du 9 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). 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 au moment 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 les décisions entreprises sont postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le droit potentiel du recourant à une rente entière 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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2021, plus spécifiquement sur la capacité de travail exigible de sa part dès le 11 juin et dès le 13 août 2021.

### 2.1

**2.1.1** Dans le cadre de l'examen du litige, l'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; elle peut au contraire se limiter aux points essentiels pour la décision à rendre, sans que cela ne viole le droit d'être entendu des parties (ATF 142 III 433 consid. 4.3.2 ; 133 III 439 consid. 3.3 et les références).

**2.1.2** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 4).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; 8C\_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 207/04 du 23 juin 2004 consid. 7 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal cantonal vaudois AI 13/22-209/22-275/22-362/2023 du 22 décembre 2023 consid. 5b).

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 SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 59 al. 2bis LAI ; cf. ancienne 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 qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Le rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à lui donner sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier

toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge, respectivement le SMR, ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1).

En cas de divergence d'opinions entre les experts, respectivement le SMR, et les médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

## **2.2**

**2.2.1** En l'espèce, le recourant conteste la capacité de travail médico-théorique de 60% dès le 11 juin et de 70% dès le 13 août 2021 retenue par le SMR, sur la base d'une synthèse des avis rhumatologique, neurologique et psychiatrique au dossier. Il estime que l'expertise du Dr K \_\_\_\_\_, qui conclut à une capacité de travail de 70%, ne peut

pas se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors que l'expert serait parti de la prémisse erronée que les crises auraient diminué et qu'il n'aurait pas tenu compte des symptômes végétatifs, de la diminution à l'effort, de la fatigue, de la perte de concentration et de l'anhédonie. Il soutient que la fréquence et l'intensité des crises n'ont pas baissé et qu'au contraire, les rapports établis depuis l'été 2021 prouveraient l'absence d'amélioration de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail. Il reproche encore au SMR d'avoir considéré que les incapacités de travail sur le plan physique et sur le plan psychiatrique se recoupaient, sans apporter de justification, alors qu'elles devaient, selon lui, s'additionner. De son point de vue, l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ n'aurait pas été suffisamment pris en compte et justifierait de mettre en œuvre une expertise indépendante pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) pour trouver l'origine des troubles à l'effort et des symptômes végétatifs, ainsi que pour confirmer ou infirmer l'amélioration des crises depuis 2021.

**2.2.2** En l'occurrence, la Cour constate que la situation médicale du recourant a fait l'objet de nombreux examens et expertises. Dans ses avis de synthèse du 9 mars 2022 (page 320) et du 21 avril suivant (page 350), le SMR a tenu compte de tous les aspects de l'état de santé du recourant, à savoir rhumatologique (lombalgies chroniques), neurologique (névralgie pudendale avec douleurs abdominales d'origine indéterminée) et psychiatrique (épisode dépressif moyen). Contrairement à ce que soutient le recourant, le fait de ne pas connaître l'origine des douleurs abdominales, respectivement de ne pas avoir de diagnostic clair sur cette affection, ne signifie pas qu'on ne puisse se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de manière satisfaisante. En effet, sur la base de ses examens, mais aussi des explications claires de l'assuré, le Dr K \_\_\_\_\_ a pu définir précisément les limitations auxquelles est confronté le recourant. Ce dernier n'apporte aucun élément médical probant permettant de mettre en doute la diminution de crises qu'il a lui-même rapportée à l'expert lors de l'examen (cf. page 247). Cette amélioration a également été clairement attestée par le J \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 septembre 2021 (page 301 : « L'intensité des douleurs somatiques dorsales, glutéales et abdominales est plus faible qu'antérieurement et la fréquence des crises douloureuses est plus faible »). Le recourant est dès lors malvenu de contester ce point.

Sur le plan psychiatrique, le J \_\_\_\_\_ a attesté que la symptomatologie, c'est-à-dire la fatigue, les difficultés de concentration et l'anhédonie, était purement réactionnelle à l'état somatique du patient. Ainsi, il s'ensuit que lorsque l'état physique s'améliore, l'état psychique s'améliore aussi. Or, dans son rapport de septembre 2021, le J \_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration depuis le mois de juin 2021, grâce à l'introduction du

traitement par venlafaxine, avec une meilleure thymie et une anhédonie moins marquée, en raison de crises moins fréquentes et moins fortes. Dans ces conditions et compte tenu du tableau extrêmement peu symptomatique décrit par le J \_\_\_\_\_ dans son dernier rapport, on ne saurait considérer que le SMR, plus particulièrement son psychiatre conseil le Dr O \_\_\_\_\_, a abusé de son pouvoir d'appréciation en considérant que le taux d'incapacité somatique de 30% englobait le taux d'incapacité psychique estimé à 25% dès le 13 août 2021, étant rappelé que selon la jurisprudence, la fixation du taux d'incapacité de travail déterminant ne doit pas résulter de la simple addition des taux d'incapacité sur le plan somatique et psychique, mais d'une évaluation globale.

S'il est vrai que le Dr K \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 70% dès le 17 mai 2021, le SMR a jugé que les incapacités attestées par le J \_\_\_\_\_ étaient également justifiées. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a retenu (page 322) l'incapacité de travail médicalement attestée la plus élevée, en fonction de l'évolution de l'état de santé dans le temps et de son amélioration grâce aux traitements somatique (notamment les infiltrations) et surtout psychiatrique, soit 80% jusqu'au 10 juin 2021 (80% selon la F \_\_\_\_\_ dès le 24 août 2020, 50% selon le J \_\_\_\_\_ depuis 18 janvier 2021), 40% dès le 11 juin 2021 (40% selon le J \_\_\_\_\_ et 30% selon le Dr K \_\_\_\_\_) et 30% dès le 13 août 2021 (30% selon le Dr K \_\_\_\_\_ et seulement 25% selon le J \_\_\_\_\_).

L'avis du Dr D \_\_\_\_\_ du 10 mars 2022, dont la spécialité n'est au demeurant pas la psychiatrie, qui estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité, n'est pas suffisant, au regard du tableau clinique présenté par l'assuré, pour que l'on puisse se convaincre, au degré de vraisemblance requis, que les troubles psychiques l'empêcheraient de mettre en valeur ses capacités physiques dans une activité adaptée à 60% dès le 11 juin 2021, puis à 70% dès le 13 août 2021.

**3.** Le recourant conteste enfin le calcul du revenu d'invalidé, plus particulièrement l'absence d'abattement sur le salaire statistique. De son point de vue, il se justifierait d'appliquer une réduction de 15% pour tenir compte de la diminution de rendement sur le plan psychiatrique, due au trouble de la concentration, à la fatigue et à l'aboulie.

**3.1** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25%

sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 ; 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1 ; 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3 ; 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 ; 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.3 in fine et les références).

**3.2** En l'espèce, contrairement à ce que prétend le recourant, la baisse de rendement de 30% retenue par le Dr K \_\_\_\_\_, respectivement le SMR, tient compte des accès douloureux qui persistent et qui entraînent la fatigue, l'aboulie et la baisse de concentration décrite par le J \_\_\_\_\_ sur le plan psychique. En conséquence, comme ces troubles ont déjà été pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail et du rendement, les limitations qu'ils engendrent ne doivent pas l'être une seconde fois par le biais d'un abattement sur le salaire statistique.

**4.** Mal fondé le recours est rejeté et les décisions entreprises sont confirmées, sans qu'il y ait lieu d'ordonner le complément d'expertise requis par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1).

**5.** Le recourant, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. <sup>fbis</sup> LPGA et 69 al.1bis LAI). Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a *contrario* LPGA).

Par ces motifs,

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 5 juin 2025