

S1 23 120

ARRÊT DU 21 AOÛT 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Dr Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Olivier Couchepin, avocat, à Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; révision, nouvelle demande écartée)

Faits

A. X _____, né le xx.xx.xxxx, exerçait depuis 2015 une activité de maçon et poseur de sol auprès de A _____ SA, pour un salaire mensuel de 5568 fr. au 1^{er} janvier 2017 (page 50).

Le 25 septembre 2017, il a été victime d'une glissade avec chute sur le dos et la hanche gauche (page 713). Le même jour, il a été pris en charge aux urgences de l'Hôpital de B _____ pour des douleurs para-lombaires avec une légère paresthésie de la cuisse gauche. En l'absence de signe de gravité, notamment aux radiographies du rachis lombaire (page 738), il a pu rentrer à son domicile et un traitement antalgique lui a été prescrit (pages 719 et 748). Ce sinistre a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), le 26 septembre 2017 (page 661).

B. Durant le mois d'octobre 2017, l'assuré a tenté de reprendre son travail en vain du fait de douleurs qui lui remontaient du genou gauche au dos (pages 714 et 726).

Une IRM de la colonne lombaire, réalisée le 17 novembre 2017, a mis en évidence des anomalies de signal osseuses étagées faisant suspecter une spondylarthropathie inflammatoire, respectivement des modifications dégénératives atypiques des plateaux vertébraux, mais pas de fracture ni de hernie discale (page 716).

Le 23 janvier 2018, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assuré avait déjà souffert de lombalgies en 2015 lors d'un effort de soulèvement lui causant quatre à six semaines d'arrêt de travail. S'agissant des douleurs actuelles, ce spécialiste les a qualifiées de recrudescence mécanique. Après avoir examiné l'IRM lombaire, il a également suspecté une spondylarthrite, à son avis d'origine dégénérative (page 711).

Afin d'éclaircir l'origine des douleurs, l'assuré a séjourné du 27 février 2018 au 16 mars suivant à la D _____. Au terme de ce séjour, aucun diagnostic n'a été posé sur les plans neurologique et psychiatrique. Une possible spondylarthrite a été retenue. Celle-ci n'expliquait cependant qu'en partie les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré, des facteurs contextuels pouvant également entrer en considération (kinésiophobie légère à modérée, catastrophisme élevé, faible niveau en français, absence de formation professionnelle, absence de contrat de travail). Finalement, une discordance entre le handicap fonctionnel subjectif extrêmement élevé et les aptitudes observées a été notée par les spécialistes de la D _____ (pages 26 et 669).

Ces éléments ont été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie. Celui-ci a estimé, le 16 avril 2018, que les symptômes persistants de l'assuré n'étaient plus en lien avec son accident du 25 septembre 2017, mais avec une affection malade et ce depuis le 30 mars 2018 (page 666).

C. En parallèle, le 14 mars 2018, X _____ a requis des prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI ; page 1).

Lors du suivi auprès de la D _____, le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, a proposé de faire un essai thérapeutique avec un anti-TNF alpha Simponi (page 141). Dans un rapport du 2 juillet 2018, il a confirmé que les investigations n'avaient pas montré d'atteinte traumatique et que l'IRM avait mis en évidence une atteinte de nature inflammatoire de plusieurs corps vertébraux. Il a attesté une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de maçon, en précisant qu'une reconversion dans une activité favorisant les positions alternées pouvait être envisagée (page 758). Après la première injection de Simponi le 10 juillet 2018, il a relevé que la douleur avait diminué de 50% et a estimé qu'en cas de bonne réponse au traitement, une reprise de l'activité professionnelle en octobre 2018 n'était pas exclue (page 137).

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a proposé d'attendre les résultats du traitement (page 160).

Dès octobre 2018, l'assuré a consulté le Dr G _____, spécialiste en neurochirurgie, qui a évoqué la présence de multiples fractures vertébrales et a procédé à des infiltrations facettaires sans succès (pages 173, 183, 193).

Un avis spécialisé a été requis par le médecin d'arrondissement de la CNA (pages 184 et 787). Reprenant les différentes imageries au dossier, le Prof. H _____, de l'institut de radiologie de l'Hôpital de I _____, a indiqué, le 6 décembre 2018, que les anomalies qu'elles révélaient correspondaient à une spondylarthropathie ainsi que quelques troubles dégénératifs. Néanmoins, dans la mesure où ces lésions étaient déjà présentes lors de l'IRM réalisée le 25 septembre 2017, il a estimé qu'il n'existait aucun indice en faveur d'une origine traumatique de la colonne vertébrale et de la colonne lombaire (page 779).

Par décision du 19 décembre 2018, la CNA a mis fin à ses prestations au 30 avril précédent, au motif qu'à cette date l'assuré avait retrouvé son état de santé tel qu'il aurait été sans son accident (page 772).

D. Une vertébroplastie L3-L4 et L4-L5 a été réalisée le 8 février 2019 par le Dr J _____, qui a estimé que les douleurs lombaires étaient en relation avec un os partiellement fracturé ainsi qu'avec des disques contusionnés. Cette opération a conduit à une amélioration significative des douleurs (pages 189, 948 et 1323). Le 3 juillet 2019, ce spécialiste a estimé que la profession de maçon n'était plus possible, dans la mesure où le port de charges était limité à 10 kilos (page 960).

Entre-temps, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (pages 199 et 229). Celle-ci a été diligentée le 6 janvier 2020 par la Dresse K _____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du L _____. Lors de son examen clinique, l'experte a observé une hyperlordose lombaire et un syndrome vertébral lombaire modéré. L'assuré s'est plaint de douleurs allant de 2 à 4 sur 10, augmentant lors des mouvements en flexion et rotation du tronc, de difficultés à rester longtemps assis ou debout et de devoir s'arrêter après 30 à 45 min de marche. L'experte a retenu des lombalgies chroniques, nettement améliorées depuis l'accident. Elle n'a pas retrouvé d'argument en faveur d'une spondylarthropathie et n'a non plus pas confirmé que les douleurs étaient causées par des fractures ou contusions osseuses étagées, se limitant à spécifier que les images n'étaient pas typiques et que les douleurs auraient dû s'améliorer après quelques mois. A son avis, l'assuré était en mesure d'effectuer une activité légère à 100% depuis le 1^{er} novembre 2019, avec possibilité de changer de position, sans travaux lourds, ni ports répétés de charges lourdes ni positions prolongées penchées en avant (page 259).

Dans son rapport final du 17 janvier 2020, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise qui était complète, claire et convaincante, mais qu'il fallait attendre le rapport de l'IRM lombaire prévu en janvier 2020 par le Dr J _____ en raison d'une aggravation des douleurs lombaires hautes (page 293).

A réception du rapport de la consultation du 30 janvier 2020, le SMR a constaté que le Dr J _____ faisait état d'une évolution favorable depuis la consultation précédente du 10 septembre 2019 et ne proposait pas d'autre traitement hormis de la physiothérapie douce. Il a dès lors attesté une capacité de travail de 50% dès le 10 septembre 2019, puis de 100% dès le 1^{er} novembre 2019 dans une activité adaptée, en positions

alternées, sans travaux lourds, avec port de charges maximales de 10 kilos et sans position en porte à faux ou en rotation du tronc (page 346).

Par projets de décision du 2 avril 2020 (pages 332 et 340), l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait, d'une part, le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100% dès le 25 septembre 2018, puis d'une demi-rente du 1^{er} janvier 2020 au 31 janvier suivant et, d'autre part, lui refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

L'intéressé a contesté oralement ce projet le 4 mai 2020. Dans un rapport du 12 mai 2020, le Dr J _____ a indiqué que la profession de maçon n'était plus possible et qu'une expertise externe était nécessaire (page 355). Dans un rapport du 21 juillet 2020, il a précisé que son patient ne pouvait plus exercer d'activité nécessitant une rotation ou un fléchissement fréquents de la colonne vertébrale. Selon lui, une capacité de travail de 40 à 50% subsistait dans une activité adaptée, avec rotation et flexion limitée à 30 degrés et sans port de charges supérieures à 10 kilos (pages 409 et 1276).

Prenant position le 29 juillet 2020, le SMR a remarqué que les rapports du Dr J _____ décrivaient des constatations de l'examen clinique similaires à celles consignées par la Dresse K _____ dans son rapport d'expertise rhumatologique du 6 janvier 2020 (page 413).

Par décision du 28 septembre 2020 (page 439), l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2018 au 31 décembre 2019 et le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 janvier 2020, dès lors qu'on pouvait exiger de sa part l'exercice de n'importe quelle activité lucrative légère et adaptée à 50% depuis le 10 septembre 2019, et à 100% avec un rendement normal depuis le 1^{er} novembre 2019, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : position de travail alternée, port de charges maximum de 10 kilos de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas de position en porte à faux ou avec rotation du tronc. Il a constaté que sans ses problèmes de santé, l'assuré aurait poursuivi son activité de maçon et de poseur de sols en résine à plein temps pour un revenu annuel brut de 72'601 fr. 15 (valeur 2019), ce qui correspondait à une perte de gain ou taux d'invalidité de 56% puis 16% par rapport au revenu exigible dans une activité adaptée de 60'847 fr. 45 selon l'ESS niveau 1, avec un abattement de 10%.

Le recours interjeté par l'assuré contre cette décision a été déclaré irrecevable par le Tribunal de céans le 3 décembre 2020 (S1 20 248 ; page 461).

E. Le 14 décembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande (page 471), sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 30 août 2021 (page 508), entrée en force.

F. Le 6 mai 2022, l'assuré a demandé le réexamen de sa situation (page 528) et a remis un rapport médical du Dr J _____ du 3 mai 2022, qui indiquait que l'IRM du 2 août 2021 avait montré des altérations radiologiques connues du segment lombaire de L3 à L5 ainsi qu'une suspicion de maladie de Bastrup de L3 à L5 et qui préconisait la poursuite de la physiothérapie, tout en attestant une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon (page 539).

Dans un rapport du 8 juin 2022, le neurochirurgien a relevé que les mouvements du dos étaient réduits, que le port de charges était limité à 8 kilos, que la distance de marche était de 500 m au maximum et que la position assise ou debout pouvait être maintenue 60 min. Compte tenu de ces limitations, il a estimé que la capacité de travail dans une profession adaptée était de 20%, avec une invalidité de 80% (page 543).

Ces documents ont été soumis au SMR qui a considéré le 5 juillet 2022 que l'appréciation médicale de la capacité de travail faite par le Dr J _____ n'était pas étayée par des arguments médicaux convaincants. Il a constaté que la description de l'examen clinique était comparable à celle des précédents rapports de consultation et que les limitations fonctionnelles étaient quasi identiques, hormis le périmètre de marche qui ne pouvait toutefois être apprécié sans connaître la vitesse de la marche de l'assuré. En outre, le SMR a précisé que la micro-instabilité L3-L4 et L4-L5 ne justifiait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues en juin 2021 ni de diminution de la capacité de travail résiduelle. Il a toutefois tenu à demander des précisions au Dr J _____ (pages 555 et 583), qui n'a pas répondu malgré plusieurs rappels.

Mandaté, le SMR a admis que l'aggravation annoncée en mars 2022 correspondait à une augmentation de lombalgies mécaniques, connues pour être fluctuantes, mais dont l'évolution clinique objective était stable sur la base des descriptions successives de l'examen clinique et des capacités fonctionnelles par le Dr J _____. Il a répété que la description d'une micro-instabilité L3-L4 et L4-L5 depuis mars 2022 ne justifiait pas de nouvelles limitations fonctionnelles ni de modification de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée depuis la prise de position du SMR du 16 juin 2021. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé, venant modifier les

limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée telle que décrite dans le rapport final du 16 juin 2021 (page 600).

Par projet de décision du 9 mai 2023 (page 601), l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait écarter sa nouvelle demande de prestations AI dès lors que sa capacité de travail résiduelle était toujours la même depuis le 1^{er} novembre 2019 et que la comparaison de son revenu avant invalidité de maçon (revenu hypothétique) avec celui qu'il pourrait percevoir dans une activité adaptée simple selon l'ESS, en tenant compte d'un abattement de 10% (revenu d'invalidé), représentait un taux d'invalidité de 16%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 5 juin 2023, l'intéressé a contesté ce projet en remettant un certificat d'incapacité de travail à 100% établi le 21 avril 2023 par le Dr J _____ pour la période du 17 mai au 30 juin 2023 (page 612).

Par décision du 19 juin 2023, l'OAI a écarté la nouvelle demande de l'assuré et lui a refusé tout droit à des prestations AI (rente et mesures d'ordre professionnel ; page 614).

G. Représenté par M^e Olivier Couchepin, l'assuré a recouru céans contre ce prononcé le 22 août 2023, en concluant préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire totale et principalement à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. En sus de l'édition du dossier de l'OAI, il a requis la production du dossier de la CNA, la mise en œuvre d'une expertise médicale tendant à définir son invalidité, l'administration d'une expertise comptable pour établir la situation du marché du travail et les particularités régionales et l'édition d'une initiative parlementaire AI de M^e Sydney Kamerzin. Sur le fond, il a soutenu que le certificat d'incapacité de travail établi par le Dr J _____ le 21 avril 2023 constituait un nouvel élément objectif, contrairement à ce que prétendait l'OAI. Il a contesté la prise en compte du salaire réalisé en 2018 à titre de revenu sans invalidité, ainsi que le revenu d'invalidé basé sur l'ESS qui ne tenait pas compte des particularités cantonales. De son point de vue, le taux d'invalidité était de 80%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 21 septembre 2023, le recourant a déposé un rapport du Dr J _____ du 18 septembre 2023, qui prolongeait l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon jusqu'au 31 octobre 2023 et indiquait que le patient présentait toujours des douleurs dans la région lombaire sans sciatique, que se plier était difficile, que marcher était possible durant 10-15 min et que rester assis sans bouger ou debout était possible durant 10-15 min.

Par décision présidentielle du 28 septembre 2023 (S3 23 40), l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et M^e Olivier Couchepin lui a été désigné en qualité d'avocat d'office dès le 22 août 2023.

Le 24 octobre 2023, le recourant a versé en cause un rapport du 23 octobre 2023, reprenant la même anamnèse, indiquant que la radiographie lombaire montrait une situation stable et prolongeant l'incapacité de travail totale dans l'activité de maçon jusqu'au 31 décembre 2023.

Répondant le 21 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il a relevé que les récents rapports des 18 septembre et 23 octobre 2023 du Dr J _____ n'apportaient aucun nouvel élément médical selon l'avis du SMR du 14 novembre 2023, qui avait constaté que le Dr J _____ décrivait toujours le même traitement et les mêmes limitations fonctionnelles, même si les lombalgies mécaniques pouvaient augmenter de manière fluctuante.

Dans sa réplique du 8 janvier 2024, le recourant a observé que le SMR avait reconnu la fluctuation des lombalgies, ce qui justifiait de mettre en œuvre une expertise. Il a remis un rapport du Dr J _____ du 14 décembre 2023 qui indiquait que les douleurs étaient plus fortes.

Prenant position le 23 janvier 2024, l'intimé a relevé que le rapport ne contenait aucun nouvel élément objectif et que l'augmentation des douleurs mise en avant était postérieure à la décision entreprise.

Le 23 janvier 2024, le mandataire du recourant a déposé une liste des opérations de 3 pages pour la période du 22 août 2023 au 23 janvier 2024 à hauteur de 1739 fr. 54, composés de 1611 fr. 51 d'honoraires et de 128 fr. 03 de débours.

L'échange d'écritures a été clos le 25 janvier 2024.

Le 5 mars 2024, le mandataire du recourant a déposé une nouvelle liste des opérations de 11 pages pour la période du 2 novembre 2020 au 5 mars 2024 à hauteur de 6137 fr. 44.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

1.2 Remis à la poste le 22 août 2023, le recours dirigé contre la décision du 19 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes (art. 38 al. 4 et 60 LPGGA), et a été adressé à l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGGA ; art. 69 al. 1 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.

2. Est litigieux le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 28 septembre 2020 lui octroyant une rente limitée dans le temps, au point de lui ouvrir un droit à des prestations AI.

2.1

2.1.1 A teneur de l'article 17 LPGGA (dans sa teneur au 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100% (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 3 68 consid. 2 et la référence ; 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 113 V 273 consid. 1a et les références).

2.1.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou 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, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2).

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. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch.1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et 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 (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5).

Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., 2003, p. 332 note 37 ; CALATAYUD,

La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p. 548). Cela vaut également pour les rapports du SMR lorsque ceux-ci respectent les conditions auxquelles sont soumises les expertises faites en dehors de l'administration pour se voir conférer une valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; SVR 2009 IV n° 53 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c avec les renvois).

2.2 En l'occurrence, le recourant prétend que les certificats établis par le Dr J _____ rapportent des éléments médicaux nouveaux allant dans le sens du aggravation de son état de santé, contrairement à ce qu'estime le SMR.

2.2.1 A l'époque de la décision du 28 septembre 2020 (page 416), le recourant souffrait de lombalgies chroniques depuis le 25 septembre 2017 et d'un status après vertébroplastie L3, L4 et L5 le 8 février 2019.

Lors de l'expertise de novembre 2019, la Dresse K _____ avait constaté que l'assuré était limité dans les positions debout ou assises prolongées, les positions penché en avant (flexion et rotation du tronc), les travaux lourds et les ports répétés de charges lourdes. L'assuré pouvait marcher entre 30 et 45 min (page 275).

Lors du contrôle du 21 juillet 2020, le Dr J _____ avait ordonné une IRM qui avait montré une diminution des anomalies post-traumatiques des vertèbres lombaires. A l'examen clinique, il avait noté les limitations fonctionnelles suivantes : pas de rotation et flexion du tronc et pas de port de charges supérieures à 10 kilos. Il ne s'était pas prononcé sur le temps ou le périmètre de marche (page 409).

Selon le SMR, l'état de santé de l'assuré était compatible avec l'exercice de n'importe quelle activité lucrative légère et adaptée à 100% avec un rendement normal depuis le 1^{er} novembre 2019, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : position de travail alternée, port de charges maximum de 10 kilos de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas de position en porte à faux ou avec rotation du tronc (page 411).

2.2.2 A l'appui de sa nouvelle demande du 6 mai 2022 (page 528), l'assuré a déposé deux rapports du Dr J _____ des 3 mai 2022 (page 539) et 8 juin 2022 (page 542), ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail du 21 avril 2023 ne contenant aucun élément médical (page 594).

Dans ses rapports des 3 mai et 8 juin 2022, le Dr J _____ a confirmé les diagnostics et a indiqué qu'après la première infiltration, le patient avait ressenti une amélioration significative des lombalgies durant 6 heures, puis que les symptômes étaient revenus avec une intensité de 6-7 sur 10. Il a maintenu le traitement antalgique et de physiothérapie, en précisant que l'état du dos ne changerait plus significativement et que les mouvements étaient réduits en flexion et rotation, le port de charges limité à 8 kilos, la position assise ou debout à 60 min et la distance de marche à 500 mètres.

Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 5 mai 2023 (page 597), hormis la distance de marche qui semble reposer sur les dires du patient et non pas sur une observation clinique, les limitations fonctionnelles citées par le Dr J _____ ne sont pas fondamentalement différentes de celles retenues auparavant, qui correspondent aux restrictions classiques en cas de problèmes lombaires. En outre, la Cour se rallie à l'analyse détaillée et aux explications convaincantes du SMR qui ne sont remises en cause par aucun rapport médical d'une valeur probante prépondérante.

Dans ses rapports des 18 septembre et 23 octobre 2023, postérieurs à la décision entreprise, le Dr J _____ a certes mentionné une augmentation des douleurs à 7-8 sur 10, mais a indiqué que la situation était stable d'un point de vue radiologique et n'a pas modifié le traitement.

Dans son recours, l'assuré se contente d'affirmer que le certificat médical du 21 avril 2023 constituerait un élément médical objectif nouveau. Or ce document ne contient aucun descriptif clinique et se limite à attester une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, à l'instar du SMR dans son avis du 14 novembre 2023, il sied de conclure à l'absence d'aggravation objective de l'état de santé du recourant justifiant une nouvelle appréciation de sa capacité de travail résiduelle par rapport à septembre 2020.

3. Le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité, respectivement les revenus sans et avec invalidité pris en compte.

3.1 S'agissant du revenu sans invalidité, il conteste la prise en compte du salaire qu'il aurait réalisé en 2018.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé (ULRICH MEYER-

BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 205). Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap (VSI 2002 p. 161 consid. 3b et la référence), en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a et la référence, 1993 n° U 168 p. 100 consid. 3b et la référence).

En l'occurrence, il ressort des indications fournies par l'employeur que le salaire de l'assuré auprès de l'entreprise s'élevait à 5568 fr. au 1^{er} janvier 2017 et aurait été le même en 2018 s'il n'avait pas cessé de travailler en raison de son accident. Le recourant ne prétend pas qu'il aurait changé d'activité sans son atteinte ou aurait pu être promu à un poste plus élevé. Ainsi, c'est ce montant, adapté à l'évolution des salaires de la branche jusqu'en 2023, qui doit être retenu dans la comparaison des revenus. L'intimé avait d'ailleurs déjà tenu compte de ce revenu dans sa décision du 28 septembre 2020, sans que l'assuré ne s'y oppose.

3.2 Le recourant conteste également le revenu d'invalide, fondé sur les statistiques, qui ne tiendrait pas comptes des particularités cantonales.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a considéré, pour des raisons liées au respect du principe constitutionnel de l'égalité de traitement, qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 ; 8C_744/2011 du 25 avril 2012 consid. 5.2 et les références, in SVR 2012 UV n° 26 p. 93 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral I 820/06 du 4 septembre 2007 consid. 3.3 et U 75/03 du 12 octobre 2006 consid. 8, in SVR 2007 UV n° 17 p. 56).

Dans un arrêt récent 9C_197/2024 du 12 août 2024, il a estimé que l'argument du recourant selon lequel les différences salariales existant entre les cantons conduisaient

à discriminer les travailleurs issus des cantons « dits pauvres », comme le Valais, ne justifiait pas de s'écarter de la jurisprudence constante en matière de référence à l'ESS et d'abattement (voir consid. 5.3.4 de l'arrêt).

Le grief du recourant tombe dès lors à faux.

4. Compte tenu de la pleine capacité de travail résiduelle reconnue et du taux d'invalidité inférieur au taux approximatif de 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3), c'est à juste titre que l'intimé a refusé au recourant le droit à des mesures d'ordre professionnel.

5. Mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise du 19 juin 2023 est confirmée sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction sollicitées par le recourant (interrogatoire des parties, édition du dossier SUVA, expertise médicale, expertise comptable et édition par M^e Kamerzin de l'initiative parlementaire AI déposée), étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée 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 (ATF 145 I 167 consid. 4.1).

6.

6.1 Le recourant, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Son indigence ayant toutefois été reconnue par décision présidentielle du 28 septembre 2023 (S3 23 40) et aucun indice ne permettant de retenir que sa situation économique se serait modifiée depuis lors, le recourant est dispensé de verser les frais de la cause, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais.

6.2 M^e Couchepin ayant été désigné comme avocat d'office dès le 22 août 2023, il doit être rémunéré au tarif de l'assistance judiciaire. Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Enfin, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de

critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

M^e Couchepin a déposé le 23 janvier 2024 une liste des opérations effectuées durant la procédure de recours du 22 août 2023 au 23 janvier 2024, puis une 2^e liste le 5 mars 2024 couvrant toute la période antérieure au recours, qui n'a pas à être prise en compte (la décision d'assistance judiciaire S3 23 40 remontant au dépôt du recours et de la requête AJ), ainsi que des opérations effectuées postérieurement à la clôture de l'échange d'écritures le 25 janvier 2024, dont deux envois au Tribunal les 27 et 29 février 2024 pouvant être considérés comme justifiés.

Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures, de l'ampleur du dossier, des listes des opérations produites et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe les honoraires de M^e Couchepin pour la procédure de recours à un montant arrondi de 875 fr., TVA comprise, correspondant à environ 4,5 heures de travail utile (art. 26 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Quant aux débours, ils sont arrêtés à 125 fr. sur la base du dossier et de la première note de frais. Partant, le montant de 1000 fr. sera versé à M^e Couchepin par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

6.3 Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser la caisse de l'Etat du Valais pour les prestations avancés, s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ ; RVJ 2000 p. 152).

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. L'État du Valais versera à M^e Olivier Couchepin une indemnité de 1000 francs pour ses dépens dans le cadre de l'assistance judiciaire.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 21 août 2025