

S1 21 162

JUGEMENT DU 6 FÉVRIER 2023

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Guillaume Grand, avocat, 1950 Sion 2 Nord

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(refus de prestations AI, valeur probante de l'avis du SMR)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1961, titulaire d'une formation de danseur professionnel, a exercé cette activité dans différents pays avant de s'installer en Suisse en 1992 et de travailler auprès du A _____.

Depuis 1996, il a développé des douleurs à la hanche gauche lui occasionnant des interruptions de travail. Ces douleurs ont évolué vers une hanche subluxante avec une coxarthrose importante et un pincement articulaire marqué, rendant dès lors son activité de danse professionnelle à haut niveau impraticable. Devant cette situation, l'assuré a adressé, en février 1998, une demande de prestations à l'Office cantonal AI du canton de Vaud, lequel a pris en charge les frais d'une formation continue en gestion culturelle (pièces OAI 4, 7, 30 et 31). Cependant, en raison de lacunes théoriques trop importantes, l'intéressé n'a pas été en mesure d'obtenir un diplôme dans ce domaine (pièces OAI 33, 40, 57, 64 et 79).

En 2002, il a pu reprendre une activité professionnelle auprès du A _____, en dispensant des cours de danse. Néanmoins, il a rapidement dû interrompre celle-ci en raison de cervicalgies (hernie discale C4-C5 avec parésie au membre supérieur gauche) pour lesquelles il a subi une intervention chirurgicale au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV ; pièces OAI 84, 88 et 95).

Afin de définir les activités pouvant encore être réalisées, l'assuré a été invité à se soumettre à une expertise médicale en janvier 2005. Cependant, ce dernier n'a jamais donné suite aux convocations de l'expert et a, dans l'intervalle, repris une activité lucrative auprès de son dernier employeur (pièces OAI 107 et 110). Par décision du 2 novembre 2006, l'Office cantonal AI du canton de Vaud a refusé tout droit de l'intéressé à des prestations AI, au motif qu'il ne s'était pas soumis aux mesures d'instructions nécessaires (pièce OAI 111).

En 2011, une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été diagnostiquée, laquelle a été traitée avec succès en 2015. L'intéressé a par la suite également développé une hépatite B ainsi qu'une syphilis. Lors d'un examen du 29 août 2017 au centre des maladies infectieuses du CHUV, le Prof. B _____ a observé que ces infections étaient sous contrôle et a maintenu des consultations espacées tous les quatre mois (pièce OAI 130, pp. 240 et 241).

B. Le 15 juin 2018, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en indiquant ne plus pouvoir exercer son activité de professeur de danse depuis le 9 mars précédent en raison d'une dépression, d'un burn-out, de douleurs à la nuque et à la hanche droite et d'une infection au VIH. Depuis le mois de septembre 2014, il dispensait à temps partiel (entre 30% et 60%) des cours de danse auprès du C _____ (pièces OAI 119, 122 et 123).

Dans un rapport du 25 juin 2018, son médecin traitant, la Dresse D _____, spécialiste en médecine générale, a indiqué que son patient souffrait d'un burn-out professionnel, de cervicalgies et d'une coxarthrose depuis le mois de mars 2018. Selon elle, ces atteintes rendaient impossible la poursuite de la profession habituelle de l'assuré. Dans une activité adaptée, il pouvait néanmoins encore travailler 7 heures par jours (pièce OAI 130).

Au mois de mars 2018, l'assuré avait été soumis à une radiographie du bassin et des hanches qui avait montré une coxarthrose droite, un status post-PTH gauche (prothèse de hanche mise en place en 2015) et un arrachement osseux sur le versant latéral de l'ischion (pièce OAI 130, p. 238 et pièce OAI 132). Une IRM cervicale et cérébrale avait ensuite été réalisée le 15 mai 2018 et avait mis en évidence une discrète leucoencéphalopathie sus-tentorielle, des fusions partielles des corps vertébraux de C4 et C5, une cervicarthrose, une probable petite hernie discale en C3-C4, des discopathies protrusives avec ostéophytes postérieurs en C5-C6 et C6-C7, et des rétrécissements sévères d'origine dégénérative des trous de conjugaison de C3 à C7 (pièce OAI 130, p. 237). Enfin, lors d'un examen clinique du 21 juin suivant, le Dr E _____, neurochirurgien FMH, avait observé un syndrome cervical modéré, une spondylarthrose importante et multi-étagée, ainsi qu'une légère irritation des branches de C4, pour lesquels il avait introduit un traitement conservateur (pièce OAI 130, p. 235).

Le 20 août 2018, le Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le mois de juin 2006 en raison de difficultés psychiques qui avaient été engendrées par l'importante problématique à la hanche gauche de son patient. Il a relevé que depuis le début de l'année 2018, en raison d'un litige avec son employeur, son patient avait développé un état anxieux majeur avec crises de panique et de troubles du sommeil associés à d'importants problèmes somatiques. Ce psychiatre a également observé plusieurs épisodes dépressifs récidivants, lesquels risquaient d'être réactivés par une reprise de l'activité professionnelle. Sur la base de ses observations, il a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse

et dépressive prolongée (F43.21), trouble mixte de la personnalité à traits anxieux (F61.0) et épuisement professionnel (Z73.0) (pièce OAI 133).

Afin de préciser les atteintes et leur caractère invalidant dans le cadre de la procédure menée par l'assurance perte de gain de l'assuré, une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été réalisée en novembre 2018. Sur le plan psychiatrique, la Dresse G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, le 7 novembre 2018, une pleine capacité de travail dans toute activité avec un pronostic mauvais pour des raisons extra-médicales. Elle a en particulier fait état de bonnes ressources et a relevé une discordance entre les plaintes et ses constatations objectives. A son avis, il n'existait aucun argument en faveur d'un trouble dépressif significatif, ni de critères pour un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité (pièce OAI 152). Sur le plan rhumatologique, le Dr H _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, a relevé, le 13 novembre 2018, des anomalies somatiques avérées et des troubles dégénératifs touchant notamment la colonne cervicale (discopathies C3-C4, C5-C6 et C6-C7) dans un contexte après discectomie en 2002, mais sans critère de gravité et avec une bonne conservation de la force ainsi que l'absence de signes radiculaires irritatifs. L'expert a également observé une coxarthrose bilatérale symptomatique et des lombalgies chroniques. S'agissant des infections au VIH et à l'hépatite B, il a noté qu'elles étaient sous contrôle et n'impactaient pas la capacité de travail. Au vu de ses constatations et de celles de la Dresse G _____, le Dr H _____ a confirmé que l'activité de professeur de danse n'était plus possible, mais que l'assuré avait conservé des bonnes ressources pouvant être mises à profit dans une activité adaptée (pièce OAI 149).

Ces rapports d'expertises ont été soumis au Dr I _____, médecin généraliste au Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), lequel a confirmé qu'aucun diagnostic au niveau psychiatrique ne pouvait être retenu. Sur le plan somatique, il a admis que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une pleine capacité de travail avait été conservée depuis le 7 novembre 2018 dans une activité adaptée (pièce OAI 161).

C. Après avoir reçu les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, l'assureur perte de gain a mis un terme à ses prestations au 31 mars 2019 (pièce OAI 154). En parallèle, l'OAI a mandaté son service de réadaptation afin d'aider l'intéressé à retrouver une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert (port de charges limité à 5 kilos, pas de travaux en élévation des membres supérieurs ou en porte à faux, pas de flexion ou de rotation répétées du tronc, pas de longs déplacements ou

d'utilisation d'échelles ou d'escaliers de manière répétée, pas de travail à genoux ou accroupi ; pièces OAI 156 et 159).

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 26 février 2019, l'assuré a indiqué qu'avant d'avoir commencé sa carrière dans la danse, il avait entrepris un cours par correspondance d'horticulture en Angleterre avec comme projet d'exercer le métier de designer de jardins. En outre, il avait envisagé de se lancer dans une formation par correspondance d'architecture de paysage en Angleterre, une fois sa carrière de danse terminée, à l'âge de 42 ans. N'arrivant pas à faire le deuil de son activité de danseur, il a ajouté n'avoir pas voulu directement reprendre cette formation en 2005 lorsque des mesures d'ordre professionnel lui avaient été proposées (pièce OAI 164).

Devant le profil et l'âge (58 ans) de l'assuré, une formation sous la forme d'une mesure préparatoire de six mois a été choisie dans le domaine de la petite mécanique, du 8 avril 2019 au 4 août suivant, auprès de l'Organisation romande d'intégration et de formation professionnelle (Orif ; pièces OAI 165, 169 et 177). Au terme de celle-ci, une difficulté de transition depuis l'ancienne activité de l'assuré a été mise en avant, ce dernier se plaignant de douleurs et s'interrogeant sur ses réelles chances d'intégrer le premier marché du travail. Un reclassement professionnel lui a néanmoins été octroyé, du 7 octobre 2019 au 5 avril 2020, sous la forme d'un stage pratique dans le domaine de la petite mécanique à 80%, afin de lui permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour le premier marché de l'emploi (pièces OAI 182, 183 et 195). Il a cependant totalement interrompu cette mesure du 31 octobre 2019 au 29 novembre suivant, puis à 50% jusqu'au 22 décembre 2019, en raison de douleurs dans ses membres supérieurs causées par les différentes positions qu'il devait adopter dans son activité (pièces OAI 202 à 206). Le 9 janvier 2020, le Dr F _____ a confirmé que les douleurs physiques de son patient s'étaient accentuées. Sur le plan psychique, il a en revanche estimé que la reprise d'une activité professionnelle lui avait été bénéfique (pièce OAI 209).

A partir du 6 janvier 2020, le médecin traitant de l'intéressé, la Dresse J _____, généraliste, a attesté des incapacités de travail pour cause de maladie (pièces OAI 210 à 213 et 221). Dans une attestation médicale du 30 janvier 2020, elle a déclaré que son patient ne pouvait plus travailler dans la mécanique de précision ni effectuer des mouvements répétitifs et qu'il devait se former dans un autre domaine (pièce OAI 214).

L'assuré ne se rendant plus à sa mesure de réadaptation, un terme a été mis à celle-ci au 29 février 2020 (pièces OAI 218, 224, 226 et 227). Dans le rapport final de l'Orif du 1^{er} avril 2020, il a été relevé que si l'assuré s'était bien intégré dans l'atelier, la mécanique

était trop éloignée de ses aspirations pour en faire sa profession. Des difficultés de concentration et de mémorisation ainsi que des douleurs physiques ont également été mentionnées, de sorte que cette activité a finalement été jugée, par l'Orif, comme inadaptée aux limitations de l'assuré (pièce OAI 236).

Le 16 mars 2020, la Dresse J _____ a confirmé que le stage effectué par son patient n'était plus exigible en raison de ses cervicalgies et céphalées importantes, de ses douleurs à la hanche droite (pour lesquelles une prothèse allait être posée), d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs entraînant une perte de la mobilité des épaules, et d'une fatigue extrême. A son avis, seule une activité adaptée (ne demandant notamment pas de mouvements de précision) pouvait être exercée durant maximum 4 heures par jour. Elle a néanmoins relevé plusieurs ressources, une grande motivation et un enthousiasme auprès de son patient (pièce OAI 233). Un bilan pneumologique du 16 mars 2020 a en outre mis en évidence une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré moyen secondaire à un tabagisme chronique, causant une dyspnée (pièce OAI 247, pp. 602 et 603).

Un rapport actualisé a encore été requis au Dr F _____. Ce dernier a fait état, le 25 mai 2020, de symptômes dépressifs et anxieux qui étaient réactionnels aux difficultés sociales et professionnelles de son patient. Il a ajouté que depuis le mois de mars 2018, le trouble dépressif récurrent (F33.9) avait été réactivé et avait notamment causé d'importantes difficultés cognitives (mémorisation, concentration et d'attention) et fonctionnelles (cervicalgies et rachialgies) ainsi que des fluctuations de sa thymie. Il a ensuite relevé que son patient disposait de nombreuses ressources (connaissance linguistique, intérêt pour le jardinage et les voyages, réseau d'amis), mais que sa capacité de travail était limitée à 50% dans toute activité (pièce OAI 247).

Ces éléments ont été soumis au Dr K _____, médecin au SMR, lequel a maintenu, le 31 juillet 2020, qu'une pleine capacité de travail demeurerait exigible dans une activité adaptée (pas de travail en station accroupie ou à genoux, port de charges limité à 5-10 kilos de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas de longs déplacements ni d'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers, pas de travaux en élévation des membres supérieurs ou en porte à faux de la colonne cervicale, pas de travaux en flexion et rotation répétées du tronc). Selon ce généraliste, aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être retenu puisqu'il n'existait aucune aggravation depuis l'expertise psychiatrique du 7 novembre 2018. Sur le plan somatique, il a également estimé qu'aucun élément objectif nouveau n'avait été apporté en dehors d'une prochaine intervention à la hanche droite. Le Dr K _____ a ajouté que les plaintes de l'assuré

ne concernaient pas sa hanche droite, comme l'avait souligné la Dresse J _____ dans son courriel du 20 juillet 2020, et donc que les douleurs arthrosiques n'interféraient pas dans une activité sédentaire et adaptée (pièces OAI 250 et 254).

Le 3 août 2020, l'intéressé a subi une intervention avec pose de prothèse à la hanche droite. Les suites de cette opération ont été simples avec une prescription de physiothérapie. Lors d'une consultation du 27 octobre 2020 auprès de la Dresse L _____, cette spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie a observé que l'assuré se plaignait de cervico-scapulalgies bilatérales mécaniques, de lombalgies récurrentes et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. A son avis, la position requise dans une activité de micromécanique, par exemple dans l'horlogerie, n'était plus adaptée à son atteinte du rachis cervical et des hanches. Elle a estimé qu'une évaluation globale de la capacité de travail résiduelle, prenant compte de la composante psychiatrique, était nécessaire (pièce OAI 264).

Un avis a ensuite été requis au Dr M _____ du Service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital du Valais, lequel avait procédé à l'intervention du 3 août 2020. Ce médecin a indiqué, le 30 novembre 2020, que l'intéressé était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée et qu'il ne prenait plus de traitement antalgique (pièce OAI 266). Dans un précédent rapport du 26 octobre 2020, le Dr M _____ avait déjà observé une très bonne évolution de la situation post-opératoire (pièce OAI 269).

Dans un rapport final du 5 février 2021, le Dr K _____ a confirmé que l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que la mise en place d'une prothèse à la hanche droite, laquelle devait être entendue comme une amélioration de son état de santé, avait uniquement causé une courte période d'incapacité de travail de deux mois jusqu'au 3 octobre 2020. Sur le plan psychiatrique, il a souligné qu'aucune aggravation n'avait été mise en avant par le psychiatre traitant et qu'il convenait ainsi de reprendre les conclusions de l'expertise psychiatrique du 7 novembre 2018 (pièce OAI 268).

D. Par projets de décisions du 10 février 2021, l'OAI a informé son assuré qu'aucune rente d'invalidité ni aucune mesure d'ordre professionnel ne lui seraient octroyées, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 7 novembre 2018 dans une activité légère et adaptée et que son taux d'invalidité n'était que de 16%. Pour déterminer ce taux, il est parti du principe que l'assuré aurait poursuivi sa formation de dessinateur, puis a évalué les revenus sans et avec invalidité sur la base de données statistiques, et a opéré une déduction de 10% sur le revenu d'invalidité (pièces OAI 270 et 271).

Le 12 février 2021, l'assuré a contesté ces deux projets de décision, en soutenant que le SMR s'était fondé sur une expertise datant de 2018, laquelle avait violé son droit d'être entendu. A son avis, il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire (pièce OAI 272). Le 17 mars 2021, il a ajouté que les expertises de 2018 dataient de plus de 30 mois, qu'elles avaient été rendues sans prise de contact préalable avec ses médecins traitants et sans que les experts procèdent à une analyse globale de sa situation. Pour l'assuré, il présentait au minimum une incapacité de gain de 50% lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité (pièce OAI 276).

Par décisions du 21 mai 2021, l'OAI a confirmé qu'aucune rente d'invalidité ni aucune mesure d'ordre professionnel ne seraient octroyées à l'intéressé. Il a repris pour l'essentiel la motivation de ses projets de décision et a ajouté que le SMR s'était basé sur l'ensemble des pièces médicales pour rendre son rapport final, qu'il revenait aux experts de décider s'il était utile ou pas de prendre contact avec ses médecins traitants, et que ceux-ci avaient procédé à une analyse globale de sa situation. A son avis, l'assuré n'avait pas apporté d'éléments objectifs et significatifs susceptibles de s'écarter des conclusions des experts et de celles du SMR.

E. X _____ a recouru céans contre ces décisions le 24 juin 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur annulation, à la reconnaissance d'une incapacité de gain minimale de 50%, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement), subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, le recourant a estimé que l'OAI n'avait pas mené une instruction régulière et qu'il n'avait pas tenu compte des rapports de ses médecins traitants et en particulier de ses troubles psychiques. Il a également remis en cause la valeur probante de l'avis du SMR et celle des expertises de 2018, en estimant que la récente évolution de sa situation n'avait pas été prise en considération. Selon lui, les conditions pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité, à un reclassement et à une aide au placement, étaient en outre réunies, dans la mesure où il présentait une capacité de travail réduite de 50% depuis le 9 mars 2018. Enfin, il a estimé nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer quelles activités pouvaient encore être réalisées.

Dans sa réponse du 17 août 2021, l'intimé a maintenu ses décisions et a conclu au rejet du recours.

Le 7 octobre 2021, l'échange des écritures a été clos.

Considérant en droit

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

Posté le 24 juin 2021 (date du sceau postal), le présent recours à l'encontre des décisions du 21 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI. Plus particulièrement, ce dernier remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel s'est basé l'OAI pour retenir qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

2.1. 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 et 124 V 108 consid. 2b).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF

114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.2. 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 (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

2.3. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt

9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

2.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

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 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 9C_748/2013 cité 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 dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles allégués par le recourant l'empêchaient d'exercer toute activité au-delà du 7 novembre 2018 (date de l'examen de l'expertise bidisciplinaire).

Pour refuser tout droit à des prestations AI, l'intimé a repris les conclusions du SMR. Selon le recourant, le Dr K _____ n'aurait fondé son opinion que sur les expertises de 2018 et n'aurait pas pris en considération les récentes modifications de son état de santé. Il convient dans cette mesure d'examiner si la valeur probante intrinsèque de l'avis du SMR permettait à l'OAI de rendre un jugement valable sur la capacité de travail du recourant.

Dans ses rapports finaux des 31 juillet 2020 et 5 février 2021, le Dr K _____ a repris successivement les nouvelles pièces médicales produites par le recourant et s'est expressément positionné quant aux conclusions contenues dans celles-ci. L'on ne saurait dès lors lui faire grief de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des avis médicaux du dossier. Cette manière de faire n'appelle au demeurant aucune critique, dans la mesure où le système légal prévoit une possibilité pour le SMR de fonder son appréciation exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier

(art. 59 alinéa 2bis aLAI et 49 al. 1 RAI), sans qu'il doive procéder personnellement à un examen médical direct de l'assuré lorsque la situation est pour l'essentiel établie (arrêts 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3).

3.1. Sur le plan somatique, il convient de confirmer l'analyse du SMR consistant à dire qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée. En effet, l'on observe que les plaintes du recourant concernent des douleurs dégénératives évoluant depuis plusieurs années et qu'aucun événement particulier n'est survenu et permettrait d'expliquer pourquoi ces troubles seraient à présent invalidants. En particulier, lors de son examen clinique du 27 octobre 2020, la Dresse L _____ a repris les différents troubles qui avaient déjà été diagnostiqués dans le rapport d'expertise du 13 novembre 2018 du Dr H _____ (cervicalgies et lombalgies), auxquels elle a ajouté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Elle n'a cependant aucunement indiqué que ces affections diminuaient la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (cf. rapport du 27 octobre 2020 ; pièce OAI 264).

A l'examen de l'avis de la Dresse J _____, l'on ne discerne ensuite pas d'élément nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte par l'expert. La capacité de travail réduite de 50% ne trouve ainsi aucune explication objective au vu du dossier. L'on note en particulier que ce médecin traitant avait d'abord attesté cette incapacité de travail uniquement pour le stage qu'effectuait l'assuré dans un emploi de petite mécanique, en précisant qu'une autre formation devait lui être proposée, puis qu'elle avait ensuite étendu cela à toute activité au motif que les douleurs augmenteraient avec n'importe quelle activité. La Dresse J _____ a cependant limité son traitement à la prise d'antalgiques, sans proposer une solution plus intrusive à l'instar d'infiltrations ou d'une intervention chirurgicale (cf. attestation médicale du 30 janvier 2020 et rapport du 16 mars suivant ; pièces OAI 214 et 233). Cela étant, son avis semble se baser principalement sur les plaintes subjectives de son patient et il est manifestement influencé par le rapport particulier qui la lie à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc s'agissant de la valeur probante des avis des médecins traitants).

Il apparaît dès lors que l'on est en présence de troubles identiques à ceux qui avaient déjà été observés lors de l'expertise de novembre 2018, lesquels ne justifiaient pas une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, bien que l'intéressé évaluait déjà ses douleurs comme très intenses à cette époque (allant jusqu'à 8/10), le dossier et l'examen clinique n'avaient pas permis de les objectiver. Au contraire, aucun critère de gravité des atteintes dégénératives n'avait pu être retenu et une bonne

conservation de la force avec une absence de signes radiculaires irritatifs avaient été observées. L'expert avait également relevé que la problématique d'infection au VIH et à l'hépatite B était traitée et sous contrôle (cf. p. 10 de l'expertise du 13 novembre 2018 ; pièce OAI 149). Il n'existe aucune raison de remettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr H _____, lequel a rendu un rapport circonstancié, tenant compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant et sur la base de constatations objectives bien motivées. L'expert n'avait d'ailleurs aucune raison de prendre contact avec les médecins traitants de l'époque, dans la mesure où il connaissait déjà amplement leur avis par le biais des rapports figurant au dossier et sur lesquels il a fondé son appréciation (cf. p. 2 de l'expertise du 13 novembre 2018 ; pièce OAI 149). Le recourant estime également à tort qu'une « analyse globale de la situation médicale » n'aurait pas été opérée par les experts, puisque le Dr H _____ a justement rendu ses conclusions au niveau somatique en tenant compte de celles de son confrère psychiatre (cf. p. 10 de l'expertise ; pièce OAI 149). Dans ces conditions, n'émettant aucune critique ciblée et n'apportant aucun élément médical nouveau, le recourant ne fournit pas d'indices suffisants qui permettraient de remettre en doute les conclusions de l'expertise du 7 novembre 2018.

Par ailleurs, depuis la mise en place d'une prothèse à la hanche droite, la situation s'est favorablement développée, de sorte que seul un traitement conservateur a été maintenu sous la forme de séances de physiothérapie. Dans son rapport du 30 novembre 2020, le Dr M _____ indiquait dès lors qu'il n'existait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée et qu'un contrôle ne serait effectué qu'après une année. L'on peut par ailleurs partir du principe que les douleurs à la hanche droite avaient disparu, dans la mesure où un traitement antalgique n'était plus prescrit (cf. rapports des 26 octobre 2020 et 30 novembre suivant ; pièces OAI 266 et 269).

L'on note dans ces circonstances qu'une explication objective aux douleurs alléguées n'a pas pu être apportée par les différents intervenants. En particulier, l'examen neurologique effectué auprès du Dr E _____ le 21 juin 2018 n'a pas mis en évidence de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, mais uniquement une légère irritation des branches de C4. Ce médecin attribuait dès lors les douleurs aux atteintes dégénératives. L'on relève au passage que le Dr E _____ mentionnait déjà des douleurs s'étendant jusque dans les épaules depuis 2017, relativisant par conséquent le caractère nouveau de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée par la Dresse J _____ (cf. pièce OAI 130, p. 235). En l'absence d'autre pièce au dossier, force est d'admettre qu'une composante neurologique comme cause des douleurs a par la suite été exclue.

A l'inverse, différents intervenants ont fait état de causes extra-médicales comme ayant une influence sur l'évolution de la symptomatologie algique (conflits professionnels, échec de la mesure de réinsertion, difficulté à faire le deuil de sa profession de danseur, âge, décision de l'OAI, inactivité professionnelle de deux ans ; cf. rapports du 25 mai 2020 du Dr F _____, du 27 octobre 2020 de la Dresse L _____ et du 30 novembre 2020 du Dr M _____ ; pièces OAI 247, 264 et 266).

Il appert ainsi que les plaintes douloureuses du recourant ne peuvent pas s'expliquer pour un motif médical objectif, mais qu'elles sont au contraire influencées par des facteurs psychosociaux ou socioculturels, lesquels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêts 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.5 ; 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 et 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 avec les références).

3.2. Au niveau psychique, le SMR a repris les conclusions de l'expertise du 7 novembre 2018 pour retenir qu'aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'existait. Selon le recourant, l'OAI aurait au contraire dû retenir les rapports plus récents de son psychiatre traitant afin de se faire une idée actuelle de son état de santé psychique.

Le recourant perd cependant de vue que le suivi psychiatrique auprès du Dr F _____ durait depuis 2006 et qu'en date du 20 août 2018, soit avant l'expertise de la Dresse G _____ du 7 novembre 2018, ce psychiatre traitant avait déjà fait état des différents diagnostics (trouble dépressif récurrent, F33.9, et trouble mixte de la personnalité, F61.0). L'on se trouve dès lors manifestement dans une situation similaire à celle qui prévalait déjà au moment de l'expertise, lorsque le Dr F _____ estimait que son patient était arrivé aux limites de ses capacités d'adaptation (cf. rapport du 20 août 2018 ; pièce OAI 133). Dans son rapport du 25 mai 2020, il a indiqué que le trouble dépressif récurrent avait été réactivé en mars 2018 par une situation professionnelle conflictuelle et n'a ainsi fait état d'aucune nouvelle décompensation. Au contraire, il a précisé que le traitement anxiolytique avait pu être arrêté et que l'état de santé de son patient s'était amélioré. L'on note par ailleurs que le Dr F _____ avait considéré qu'une reprise d'activité avait été bénéfique pour son patient sur le plan psychique (cf. note d'entretien téléphonique du 9 janvier 2020 ; pièce OAI 209). Il a ensuite évoqué des difficultés de concentration, de mémorisation et d'attention sans cependant avoir procédé à des examens cognitifs et semble s'être exclusivement basé sur le rapport final du 1^{er} avril 2020 de l'Orif, qui n'a aucune compétence médicale, pour arrêter ces constatations. Son examen clinique ne contient en effet aucune remarque à ce sujet (cf. point 2.4 du rapport du 25 mai 2020 ; pièce OAI 247).

En l'absence de nouvel élément objectif depuis l'expertise du 7 novembre 2018, l'OAI pouvait avec raison considérer qu'aucune aggravation de l'état psychique ne s'était produite. Cela étant, il convient également d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise de la Dresse G _____, laquelle a expliqué d'une manière entièrement probante pour quelles raisons il convenait de s'écarter des diagnostics du Dr F _____ et ne retenir aucune limitation psychique. Son examen clinique n'a ainsi révélé aucun symptôme significatif – avec en particulier une attention, une concentration et une mémoire dans les normes – et l'évaluation de la dépression avait débouché sur un score largement inférieur au seuil de la dépression légère. L'experte a également évoqué des raisons extra-médicales (licenciement, âge) et indiqué que l'intéressé avait su conserver de nombreuses ressources (cf. expertise du 7 novembre 2018 ; pièce OAI 152). Le simple avis divergent du médecin traitant du recourant n'est partant pas suffisant pour remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique et il n'existe en l'occurrence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par la Dresse G _____ et qui serait suffisamment pertinent pour mettre en cause ses conclusions (arrêt 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2 et les références).

Étant donné qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée par cette spécialiste en psychiatrie, il n'était pas nécessaire de procéder à une évaluation selon la procédure probatoire structurée définie à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 ; arrêt 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3). Par ailleurs, le simple fait que le recourant maintienne son suivi psychiatrique n'est pas suffisant pour qu'une analyse selon la grille d'évaluation normative et structurée soit ordonnée (arrêt 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.2).

3.3. Attendu des éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute les conclusions prises par le SMR quant à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée depuis le 7 novembre 2018 (date de l'expertise psychiatrique). Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner une autre mesure d'instruction, à l'instar d'une expertise pluridisciplinaire comme souhaitée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

3.4. Le recourant conclu à une demi-rente d'invalidité et à l'octroi d'une mesure de reclassement ainsi que d'une aide au placement. Il se limite cependant à contester sa capacité de travail sans émettre la moindre critique à l'égard de la détermination de son taux d'invalidité. Sur ce point, il lui est rappelé que l'invalidité est une notion économique et non médicale et que le taux d'invalidité ne se confond dès lors par nécessairement

avec le taux d'incapacité de travail comme il semble le croire (ATF 110 V 275 consid. 4a précité). Or, la comparaison des revenus, non remise en cause par l'intéressé, a été effectuée conformément au système légal (art. 16 LPGA et 28a aLAI) et à la jurisprudence y relative, notamment s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1), de l'emploi des données statistiques pour déterminer le revenu avec invalidité (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2) et du taux d'abattement ainsi que de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité administrative sur ce point (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75 ; arrêt 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4). Cela étant, avec un taux d'invalidité arrondi à 16%, le recourant ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel.

3.5. Dans ces circonstances, n'ayant pas réussi à objectiver une atteinte invalidante à sa santé, une pleine capacité de travail doit être reconnue au recourant dans une activité adaptée. En exerçant une telle activité, son degré d'invalidité ne s'élève au demeurant qu'à 16%, ce qui exclut par conséquent tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité et mesure d'ordre professionnel).

Le recours du 24 juin 2021 est dès lors rejeté et les décisions du 21 mai précédent confirmées.

4. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI).

Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 800 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

5. Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.

2. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____.

Sion, le 6 février 2023.