

S1 22 204

ARRÊT DU 25 JUIN 2024

**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 Flore Primault, avocate, Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17, 43 LPGA et 59 al. 2bis aLAI ; nouvelle demande, refus de prestations AI, valeur probante de l'avis du SMR, taux d'invalidité)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1971, sans formation particulière, a exercé une activité professionnelle en qualité de manœuvre en avril 2000 lorsqu'il a interrompu celle-ci en raison de lombalgies sur hernie discale L5 S1.

Après avoir déposé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), il a obtenu une mesure de reclassement en octobre 2001 sous la forme d'une formation pratique d'agent de sécurité (pièces OAI 3 et 34). Par décision du 2 août 2002, l'OAI lui a en outre refusé le droit à une rente d'invalidité en raison de son taux d'invalidité de 9% dans une profession d'agent de sécurité (pièce OAI 53).

B. Le 6 janvier 2015, alors qu'il exerçait une activité à temps partiel d'employé à la voirie et d'opérateur au concassage, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une lésion de stress du condyle fémoral interne du genou gauche (pièces OAI 57, 60, 68 et 79). Ayant rapidement récupéré une pleine capacité de travail en février 2015, soit avant le terme du délai d'attente d'une année, il n'a pas pu prétendre à des prestations de l'OAI (pièce OAI 107).

En février 2018, une nouvelle communication dans le cadre d'une détection précoce a été faite à l'OAI en raison de problèmes au niveau de l'épaule et du dos de l'intéressé (pièce OAI 110). Dans la mesure où l'intéressé avait repris son travail, l'OAI n'est pas entré en matière par décision du 22 mai 2018 (pièce OAI 115).

C. Le 12 novembre 2020, l'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en soutenant que son état de santé s'était aggravé et lui occasionnait une incapacité de travail (pièce OAI 116).

Interpellé le 11 décembre 2020, le Dr A _____, généraliste, a indiqué que son patient souffrait de dorsalgies latéralisées à droite depuis le mois de juillet 2020 qui l'empêchaient de travailler dans sa profession de manœuvre (pièce OAI 120). Pour ces troubles, il avait adressé l'assuré au Dr B _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, lequel avait posé, le 24 novembre 2020, les diagnostics de dorsalgies chroniques sur troubles dégénératifs avec probable maladie de Forestier, de lombalgies chroniques non spécifiques, de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de gonarthrose bilatérale, d'obésité et de tabagisme chronique. Pour ce spécialiste, l'activité physique (de machiniste) de l'assuré posait problème et une reconversion dans un emploi adapté, avec une diminution de rendement de 20%, pouvait

être envisagée (pièces OAI 131 [pp. 302 et 303] et 135). Le 11 janvier 2021, le Dr A _____ a également affirmé qu'une reprise de l'activité physique de son patient n'était pas envisageable sans exclure la possibilité d'une réadaptation (pièce OAI 131).

Le mandat d'intervention précoce mis en place a rapidement été clôturé le 6 janvier 2021, dans la mesure où l'intéressé ressentait des douleurs constamment et ne se sentait pas apte à mobiliser ses ressources (pièce OAI 125).

Ces éléments ont été soumis au Dr C _____, généraliste auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR). Le 8 février 2021, ce dernier a retenu que les dorsalgies, les gonalgies et la tendinopathie chronique de l'assuré justifiaient des limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de port de charges de plus de 10 kilos, pas de position statique debout prolongée, pas d'activité non ergonomique pour le rachis ; pas de marche prolongée ni répétitive, pas de marche en terrain inégal, pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages ni d'escaliers à répétition, pas d'activité à genoux ou accroupi ; éviter les activités avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'horizontale). Dans une activité totalement adaptée, le SMR a estimé qu'une pleine capacité de travail était attendue de l'assuré sans baisse de rendement et depuis le 24 novembre 2020 (pièce OAI 139).

Le 15 février 2021, le Dr A _____ a relevé que les traitements mis en place (antalgiques et physiothérapie) n'étaient pas efficaces et qu'une nouvelle IRM lombaire n'avait pas montré d'aggravation. Il a ajouté que la situation était bloquée et qu'il prolongeait l'arrêt de travail de son patient « à bien plaisir » (pièce OAI 142).

Se prononçant sur ce rapport le 7 avril 2021, le SMR a fait valoir qu'aucun nouvel élément médical objectif justifiant une aggravation de la situation n'avait été invoqué (pièce OAI 143).

D. Par décisions du 12 avril 2021, l'OAI a nié à son assuré tout droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, au motif que l'aggravation de son état de santé n'était que temporaire et qu'au 24 novembre 2020 il avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Après avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain de 17% était en outre insuffisante pour ouvrir le droit à des prestations AI (pièces OAI 145 et 146).

Le 11 mai 2021, X _____ a recouru céans contre ces décisions en concluant à leur annulation et à l'octroi de prestations AI sous la forme d'une rente d'invalidité et d'une aide au placement, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction

complémentaire. Dans le cadre du deuxième échange d'écritures, l'intéressé a joint différents rapports, dont un avis du Dr D _____, spécialiste en neurochirurgie, faisant état d'une sténose L2-L3 partiellement constitutionnelle sur la colonne lombaire et d'une lipomatose épidurale (pièce OAI 171, p. 409). L'assuré a également produit un avis du 22 juillet 2021 du Dr E _____, chiropraticien, mentionnant une dysfonction articulaire dorsale et lombaire (pièce OAI 171, p. 411), ainsi qu'une appréciation du Dr F _____ de l'Hôpital du Valais mettant en évidence un changement arthrosique dans la région D6 à D8 et provoquant un syndrome douloureux (pièce OAI 185).

Ces nouvelles pièces ont été soumises au SMR qui a estimé, le 29 novembre 2021, qu'elles contenaient des éléments susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré et les limitations fonctionnelles retenues, rendant nécessaire un examen clinique complémentaire de l'appareil locomoteur (pièce OAI 186). Sur cette base, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours de l'assuré, le dossier lui étant renvoyé pour instruction complémentaire (pièce OAI 187).

Par jugement du 28 janvier 2022, la Cour de céans a partiellement admis le recours du 11 mai 2021 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, au motif que les pièces produites avaient remis en doute l'appréciation du SMR quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il était encore nécessaire de clarifier la situation sur le plan médical (S1 21 126).

E. Reprenant l'instruction de la cause (pièce OAI 195), un examen clinique somatique a été organisé le 11 avril 2022 auprès du Dr G _____ du SMR. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a observé une obésité (BMI de 34.6), une raideur du rachis dorso-lombaire dans tous les secteurs, une mobilisation douloureuse du membre supérieur droit mise sur le compte des dorsalgies, un examen des genoux dans la norme, pas d'amyotrophie et un examen neurologique normal. Le médecin d'arrondissement a relevé que son examen clinique avait mis en évidence un substrat anatomique objectivable et expliquant partiellement les plaintes de l'assuré et les limitations de mobilité du rachis dorso-lombaire. Il a ainsi ajouté des limitations fonctionnelles (évitant des positions contraignantes pour le rachis dorsal) et a estimé que, dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail était exigible depuis le 23 novembre 2020 (pièces OAI 203 et 204).

Par projets de décisions du 19 avril 2022, l'OAI a informé son assuré qu'aucune mesure d'ordre professionnel ni rente d'invalidité ne lui seraient octroyées, au motif qu'il disposait

d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que son taux d'invalidité était de 17% (pièces OAI 205 et 206).

Le 24 mai 2022, l'intéressé a contesté pouvoir reprendre à temps plein une activité adaptée depuis le 23 novembre 2020 et a estimé qu'il était douteux qu'il puisse retrouver un emploi respectant ses nombreuses limitations fonctionnelles (pièce OAI 211). Le 17 octobre 2022, il a ajouté que l'appréciation du SMR était remise en cause par un avis pertinent du 10 octobre 2022 du Dr H _____, de sorte qu'une expertise devait être ordonnée. Selon ce spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, les diagnostics posés par le SMR étaient lacunaires et ne prenaient pas en compte le déconditionnement de l'assuré. L'examen clinique du SMR était de plus très peu détaillé et ne suffisait pas pour établir des limitations fonctionnelles. A son avis, une incapacité de travail de longue durée était à prévoir (pièce OAI 221).

Reprenant ce dernier rapport médical, le Dr I _____, médecin au SMR, a considéré, le 19 octobre 2022, que l'examen clinique réalisé par le Dr G _____ avait été fait dans les règles de l'art, que le déconditionnement ne pouvait pas être compris comme un diagnostic au sens de la CIM-10 et était réversible, et que l'avis du Dr H _____ n'apportait pas de nouvel élément clinique objectif (pièce OAI 223).

Le 24 octobre 2022, le Service de réadaptation de l'OAI a listé des emplois qui étaient adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assuré et qui pouvaient être repris sans formation préalable (employé de vente interne, télé-opérateur ou opérateur de saisie, surveillant de chaîne de production, ouvrier de contrôle de production, ouvrier de montage industriel léger, ouvrier de conditionnement, ouvrier de décalage en horlogerie, ouvrier à la pose de bracelets de montres, opérateur de contrôle en horlogerie, ouvrier de montage de mouvements de montre, ouvrier de rodage, ouvrier de gravage, micro-soudeur ; pièce OAI 226).

Par décisions du 7 novembre 2022, l'OAI a dénié à l'assuré tout droit à des mesures d'ordre professionnel et rente d'invalidité.

F. X _____ a recouru céans le 9 décembre 2022 contre ces décisions, concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise, à l'octroi de prestations AI sous la forme d'une aide au placement et d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, le recourant a estimé que son état de santé s'était particulièrement dégradé depuis le 23 novembre 2020 et que l'avis du SMR était remis en cause par celui du Dr H _____ ce qui justifiait la mise en place d'une expertise. Il a également contesté l'abattement de 15%

opéré sur son revenu d'invalidé, soutenant que ses nombreuses limitations fonctionnelles justifiaient un taux supérieur de 20%, et a considéré que le marché du travail ne comportait pas d'emploi adapté à sa situation.

Dans sa réponse du 17 janvier 2023, l'intimé a confirmé la décision entreprise, ajoutant que la situation du cas d'espèce ne justifiait pas un abattement supérieur à 15%.

Le 1^{er} mai 2023, la recourant a versé en cause des arrêts de travail du Dr A _____ ainsi qu'une IRM de la colonne lombaire du 6 mars 2023 de l'Hôpital du Valais et un rapport du 20 avril 2023 du Dr J _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, indiquant que son patient n'était pas apte à reprendre un travail.

Dans sa duplique du 16 mai 2023, l'OAI a relevé que les nouveaux éléments produits étaient postérieurs à la décision attaquée et n'apportaient en outre pas d'éléments nouveaux.

Après la clôture de l'échange d'écritures, le recourant a encore produit le 8 février 2024 des arrêts de travail de son médecin traitant, puis, le 6 mars 2024, des imageries du thorax, du transit œsophagien et de la thyroïde. Le 16 avril 2024, il a encore versé en cause un nouvel arrêt de travail de son médecin traitant. Le 3 juin 2024, le recourant a produit un rapport du Dr K _____ faisant état d'un trouble respiratoire obstructif du sommeil sévère à type des apnées hypopnées obstructives du sommeil et nécessitant un arrêt du tabagisme, une perte de poids et la mise en place d'un traitement par pression positive continue. Le 5 juin 2024, il a indiqué qu'il suivait une réadaptation musculo-squelettique et qu'une intervention chirurgicale était programmée le 25 novembre 2024.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 9 décembre 2022, le présent recours à l'encontre des décisions du du 7 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA)

et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA 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 LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI dans le cadre d'une nouvelle demande. Il remet essentiellement en cause la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée.

2.1. Selon l'article 17 LPGA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

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 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur

demande ou d'office (ATF 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 112 V 387 consid. 1b avec les références).

2.2. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au Service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis LAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPG, 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils 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 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du

Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 et 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 avec les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

2.3. 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la réf. cit.).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPG 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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de manière compréhensible, ne soient pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

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

3. Dans le cas d'espèce, l'intimé a retenu une pleine capacité de travail au recourant dès le 23 novembre 2020, en se basant sur l'appréciation du SMR. La valeur probante de celle-ci est contestée par l'intéressé.

3.1. Il est premièrement relevé que les pièces versées en cause les 8 février 2024, 6 mars 2024, 3 juin 2024 et 5 juin suivant ont trait à des atteintes (ORL et apnées du sommeil) qui n'affectaient pas encore le recourant lors du prononcé de la décision litigieuse le 7 novembre 2022. Par conséquent, dans l'éventualité où ces troubles devraient avoir un caractère invalidant ou influençant la capacité de travail de l'intéressé, ces conséquences ne pourront être examinées que dans le cadre d'une nouvelle demande présentée à l'OAI.

3.2. Un examen clinique auprès du SMR a été motivé par les rapports que le recourant a produits dans le cadre de la procédure S1 21 126, faisant en particulier état d'une sténose au niveau L2-L3, partiellement constitutionnelle, sur des lames courtes et d'une lipomatose épidurale provoquant une symptomatologie dans les membres inférieurs (pièces OAI 171, 185 et 186).

Le 11 avril 2022, le Dr G _____ a dès lors repris en détail l'ensemble des pièces médicales au dossier, décrit l'anamnèse du recourant, écouté ses plaintes et procédé à un examen clinique complet. Il a ensuite arrêté les diagnostics et motivé d'une manière fondée et cohérente que si les troubles du recourant l'empêchaient de maintenir son activité habituelle d'agent de sécurité, aucune raison justifiait qu'il ne reprenne pas un emploi dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pièce OAI 203, p. 483). Son analyse n'est pas critiquable et n'est contredite par aucun avis probant au dossier. Il ne ressort en effet pas des appréciations des Drs F _____ et D _____ que les affections du recourant l'empêcheraient d'exercer la moindre activité professionnelle. Le bilan neurochirurgical qui avait été effectué le 25 mai 2021 n'avait ainsi pas permis d'expliquer les dorsalgies et il n'existait pas d'indication chirurgicale (pièce OAI 171, p. 409). Le nouvel examen neurochirurgical du 20 avril 2023 a fait mention d'un élément de lipomatose qui avait déjà été observée par le Dr D _____ en mai 2021 et l'IRM du 6 mars 2023 a également montré des résultats comparables aux précédentes imageries. L'incapacité de travail certifiée par le Dr J _____ semble en outre liée à l'activité de machiniste de son patient et ne saurait ainsi remettre en cause l'appréciation du SMR.

Quant au Dr E _____, il avait relevé que les douleurs causées par une dysfonction articulaire dorsale et lombaire avaient pu être atténuées par le traitement chiropratique

mis en place par ses soins en juillet 2021. On note cependant que pour ce chiropraticien, une incapacité de travail était justifiée lors de son examen et qu'une reprise du travail était encore prématurée le 22 juillet 2021 (pièce OAI 171, p. 411). Sans se prononcer formellement sur l'avis du Dr E _____, le SMR a estimé que l'examen clinique du chiropraticien était comparable à celui du 23 novembre 2020 du Dr B _____ et ne justifiait par conséquent pas une incapacité de travail au-delà de cette date (pièce OAI 203, p. 483). Lors de sa consultation du mois de novembre 2020, le Dr B _____ avait relevé une symptomatologie dominée par des dorsalgies inter-scapulaires, d'allure mécanique et positionnelle limitant la position assise, avec une composante inflammatoire. Pour ce médecin, une pleine capacité de travail avec un rendement diminué de 20% était exigible dans une activité relativement adaptée, limitant le port de charges et les efforts en particulier sur le rachis, à l'instar d'un emploi dans une petite décharge ou une autre activité en extérieur (pièce OAI 131, pp. 302 et 303). Force est de constater que les constatations du Dr E _____ ne divergent pas de celles de son confrère. Dans son rapport du 22 juillet 2021, il apparaît au demeurant qu'il se prononce uniquement sur la reprise de l'activité habituelle de son patient sans indication quant à l'exigibilité d'un emploi adapté. Par conséquent, les conclusions du 13 avril 2022 du SMR, relatives à la reprise d'une activité professionnelle (parfaitement) adaptée et sans baisse de rendement depuis le 23 novembre 2020, sont probantes et concordent aux observations faites par les autres médecins du recourant.

Le recourant se prévaut encore de l'avis du Dr H _____. Le rapport du 10 octobre 2022 de ce médecin est toutefois insuffisant pour remettre en doute l'avis du SMR. Le Dr H _____ se contente en effet à critiquer l'examen clinique de son confrère du SMR sans proposer le moindre argument médical objectif qui justifierait de retenir une incapacité de travail à son patient dans une activité adaptée. Il évoque en outre un déconditionnement sans démontrer dans quelle mesure il limiterait son patient. Par ailleurs, rien ne laisse suggérer qu'un tel déconditionnement, s'il devait être avéré, serait la conséquence directe et inévitable d'une atteinte invalidante et non le résultat d'un manque d'activité et d'exercice physique du recourant, si bien qu'il ne saurait avoir une incidence sur sa capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 avec les références).

3.3. Au vu des éléments qui précèdent, l'intimé pouvait légalement considérer que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 23 novembre 2020 (date d'examen du Dr B _____).

Après avoir interpellé son service de réadaptation, l'OAI a par ailleurs fourni au recourant une liste d'exemples d'emplois adaptés et accessibles sans formation particulière préalable (pièce OAI 226). Il lui revient par conséquent de se former par ses propres moyens dans une activité tenant compte de ses atteintes somatiques, conformément à son obligation de diminuer le dommage (art. 7 al. 1 et 2 LAI ; ATF 138 I 205 consid. 3).

4. Dans un second grief, le recourant conteste la détermination de son revenu d'invalidé et plus particulièrement l'abattement opéré sur celui-ci.

4.1. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, art. 28a al. 1 LAI et 25 ss RAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

4.1.1. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 135 V 297 consid. 5.1 et 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

4.1.2. Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement

stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet une déduction maximale de 25% pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été

plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6).

4.2. En l'occurrence, seule la question de l'abattement est litigieuse. Selon le recourant, ses limitations fonctionnelles justifieraient une déduction de 20% sur son revenu d'invalidé.

4.2.1. Une pleine capacité de travail sans diminution de rendement a été reconnue au recourant, si bien qu'il convient d'examiner si ses limitations fonctionnelles sont susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales. On note que les handicaps du recourant ont déjà déterminé les activités pouvant encore être réalisées et qu'elles ne devraient ainsi pas faire l'objet d'une double prise en considération. Néanmoins, ses limitations fonctionnelles ne sont pas anodines et sont relativement nombreuses, de sorte qu'il est vraisemblable qu'elles influent sur ses perspectives salariales et entraînent un désavantage non négligeable par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. La déduction de 15% opérée par l'intimé sur le revenu d'invalidé du recourant tient, en ce sens, compte dans une juste proportion des concessions salariales qu'il devra accepter afin de retrouver une activité adaptée.

Un taux d'abattement supérieur ne se justifie en revanche pas. On relève premièrement que le fait que le recourant ne puisse plus exercer ses anciennes activités physiques a déjà été pris en compte dans la détermination d'un emploi adapté et ne peut dès lors avoir une influence sur le taux d'abattement comme il le souhaite. Par ailleurs, mis à part les handicaps du recourant aucune circonstance ne justifie une déduction supplémentaire. Un taux de 15% tient dans cette mesure correctement compte des limitations fonctionnelles du recourant (cf. pour des situations similaires : arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 14 décembre 2021 [abattement de 10%] et 9C_39/2011 du 22 août 2011 consid. 6 [15%]).

Au demeurant, il ne revenait pas à l'OAI d'examiner si un invalide pouvait être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, ce qui revient à l'assurance-chômage, mais uniquement d'examiner si le recourant était encore en mesure d'exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré, comprenant un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre (art. 16 LPGA ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 consid. 2.2 et

8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2 avec les références). Il est possible de s'écarter de cette notion de marché équilibré du travail lorsqu'une activité ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 1^{er} janvier 2016 consid. 4.2 avec les références). En l'espèce, on ne saurait retenir que le recourant serait à ce point limité dans sa capacité à reprendre une activité légère et adaptée, notamment dans une des professions évoquées par le service de réadaptation (pièce OAI 226), étant précisé que le marché équilibré du travail comprend également des offres d'employeurs socialement engagés tenant compte des limitations des personnes handicapées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_312/2017 du 18 mai 2018 consid. 6.2 avec les références). Les professions citées par le service de réadaptation n'exigent ainsi pas le port de charges moyennes à lourdes, ni la manutention de charges au-dessus du buste ou encore de travailler en-dessus de l'horizontale. Ces activités sédentaires et semi-sédentaires de niveau de compétence 1 pourront du reste être exercées par le recourant dans le respect de ses limitations liées à la mobilité et à la posture qu'il doit adopter (pas d'activité en position accroupie ; pas d'utilisation d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages ; pas de marche prolongée ; pas de station debout prolongée ; alternance des positions ; cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral U 192/02 du 23 juin 2003 consid. 4.1). Du reste, contrairement à ce que soutient le recourant, un emploi d'ouvrier en horlogerie respecte ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.1).

4.2.2. Dans ces conditions, le taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé dans le cadre de sa marge d'appréciation n'est pas critiquable. Les autres éléments relatifs à la détermination du taux d'invalidité n'étant pas contestés, il convient de confirmer le taux arrêté à 17.39%, lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations AI au recourant (40% pour une rente d'invalidité [art. 28 al. 1 let. c LAI] et 20% pour un reclassement [ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 avec les références]). La décision litigieuse est par conséquent confirmée et le recours du 9 décembre 2022 rejeté.

5.

5.1. 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, dont le montant, fixé en fonction de la charge liée à la procédure, oscille entre 200 et 1000 francs (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).

5.2. Vu l'issue de la cause, le recourant ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 91 al. 1 LPJA a contrario), ni d'ailleurs l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

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

Sion, le 25 juin 2024.