

Par arrêt du 21 mai 2025 (9C_124/2025), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière civile interjeté par X_ contre ce jugement

S1 23 25

ARRÊT DU 23 JANVIER 2025

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 16, art. 17 al. 1 et art. 44 al. 2 et 6 LPGa, art 7k OPGA ; révision de la rente d'invalidité, expertise indépendante, valeur probante, enregistrement sonore)

Faits

A. X _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, de nationalité serbe, arrivé en Suisse en 1989 et titulaire d'un permis d'établissement, travaillait à plein temps comme chauffeur-livreur depuis le 1^{er} octobre 2006. Le 13 juin 2012, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI ou l'intimé). Il a indiqué souffrir d'une épicondylite des deux coudes et être en incapacité totale de travail depuis le 19 septembre précédent (pièces 4, 5 et 6, page 19 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Le 17 juin 2012, le Dr A _____, généraliste, a posé les diagnostics incapacitants d'épicondylite bilatérale, d'épitrôchléite bilatérale et de lombalgies sur troubles dégénératifs sous forme de discopathies en L1-L2 et L4-L5. Il a confirmé l'incapacité totale de travail en tant que manutentionnaire et chauffeur-livreur depuis le 19 septembre 2011 et ajouté qu'après une prochaine intervention chirurgicale, une réadaptation professionnelle dans une activité sans efforts au niveau des bras et du dos était envisageable (pièce 9, pages 26 à 31).

En date du 31 décembre 2012, le Dr A _____ a réitéré ces informations, en mentionnant un status après cure d'épitrôchléite droite pratiquée le 10 août précédent par le Dr B _____, spécialiste en chirurgie (pièce 24, pages 87 à 93).

Ce chirurgien a informé l'Office AI, le 20 février 2013, qu'une consultation spécialisée était programmée et que dès cette dernière date, l'exercice d'une activité ne comportant pas de port de charges ni de travaux avec les bras au-dessus de la tête ou sur des échelles et des échafaudages était exigible (pièces 30 et 31).

Le Dr C _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, a relevé en date du 10 avril 2013 que sur le plan médical, l'origine des douleurs persistantes et qualifiées de très invalidantes lui échappait en bonne partie. Il a ajouté que d'un point de vue psychologique, le contexte n'apparaissait pas favorable (pièce 46, pages 140 à 143).

Le Dr D _____, spécialiste en neurologie, a rapporté le 28 juin 2013 au Dr B _____ qu'en comparaison avec l'évaluation de juillet 2012, le bilan électro-clinique du 25 juin précédent avait montré une aggravation du syndrome du tunnel carpien bilatéral (pièce 46, pages 136 à 139).

Le 20 septembre 2013, le Dr E _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a posé les diagnostics incapacitants d'épitrôchléite bilatérale, de cure chirurgicale de l'épitrôchléite droite le 10 août 2012, laquelle n'avait pas permis de diminuer les plaintes, et d'épicondylite bilatérale d'évolution apparemment favorable. Il a ajouté que l'incapacité totale de travail de longue durée pour une pathologie insertionnelle des coudes était justifiée et que le cas n'était pas stabilisé, puisqu'une neurolyse du nerf médian des deux côtés, relativement urgente, était programmée (pièce 53).

Par décision du 26 novembre 2013 confirmant le projet du 14 octobre précédent (pièce 60), l'Office AI a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel (pièce 64).

Le 10 février 2014, l'Office AI a prononcé une autre décision. Il a également confirmé le projet correspondant du 14 octobre précédent (pièce 61) et octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2012 (pièce 67).

B. Dès le 6 mars 2014, il a été procédé à une révision d'office de cette rente (pièce 69).

En date du 27 mars 2015, le Dr B _____ a adressé un rapport à l'Office AI, rapport qu'il a précisé le 2 juin suivant concernant l'énumération des limitations fonctionnelles. Il a diagnostiqué une épitrôchléite bilatérale, opérée à droite en 2012 avec un résultat médiocre puis le 1^{er} octobre 2014 par le Dr F _____, spécialiste en chirurgie de la main dans le canton de Genève, avec un résultat actuel mauvais. Selon les informations fournies par le Dr B _____, il semblait y avoir des troubles somatoformes difficiles à traiter. L'activité professionnelle ne pouvait être reprise pour l'instant. Depuis mars 2015, une réadaptation était envisageable dans une activité adaptée avec une utilisation modérée et sans charge des membres supérieurs. En sus du port de charges, les mouvements de rotation en positions assise et debout, de même que les travaux avec les bras au-dessus de la tête ou sur des échelles et des échafaudages étaient à éviter (pièces 80, 81, 86 et 87, pages 240 à 243).

Dans un rapport établi le 26 mai 2015 à l'attention du Dr F _____ au sujet d'un examen pratiqué la veille, le Dr D _____ a indiqué que le patient lui était adressé pour contrôle du membre supérieur gauche, dans les suites de l'opération du 10 octobre 2014 ayant porté sur l'épitrôchléite, le nerf cubital et le tunnel carpien à gauche. Il a relevé qu'il n'avait pas objectivé de réel déficit neurovégétatif ou sensitif de l'avant-bras ou de la main et que l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) du membre supérieur gauche semblait rassurant comparativement à l'examen préopératoire. Il a mentionné

au passage qu'en ce qui concernait le membre supérieur droit, il subsistait après chirurgie une légère douleur au-dessus de l'épitrôchlée, sans autre plainte ou douleur (pièce 87, pages 244 à 246).

Le 27 septembre 2016, l'Office AI a rédigé un compte-rendu final portant sur des mesures d'entraînement à l'endurance organisées du 20 novembre au 6 décembre 2015 puis du 3 mai au 29 juillet 2016. Aux termes de ce rapport, le rendement avait été très faible dans les rares activités que l'assuré était parvenu à réaliser, toutefois avec précision et qualité. Celui-ci avait adopté une attitude démonstrative et avait été peu présent à son poste de travail. L'objectif d'augmentation de l'horaire de travail n'avait pas pu être atteint. Au vu de cette situation, il avait été mis fin au mandat correspondant (pièce 121).

Dans une communication du 30 septembre 2016, l'Office AI a informé l'assuré de l'absence de modification du droit à la rente d'invalidité précédemment allouée (pièce 122).

C. Une nouvelle procédure de révision d'office a été mise en œuvre le 11 septembre 2017 (pièce 125).

Le Dr A _____ a rappelé, le 21 novembre suivant, les diagnostics d'épicondylite bilatérale, d'épitrôchléite bilatérale, de lombalgies sur troubles dégénératifs sous forme de discopathies en L1-L2 et L4-L5 et de status après cure d'épitrôchléite droite le 10 août 2012. Il a souligné d'autre part la persistance des douleurs aux deux coudes, de même qu'une situation fixée, chronique et impossible à améliorer d'une manière ou d'une autre. L'incapacité totale de travail en tant que manutentionnaire et chauffeur-livreur se poursuivait depuis le 19 septembre 2011. D'un point de vue médical, une réadaptation professionnelle dans une activité sans efforts au niveau des bras et du dos était envisageable (pièce 129).

En date du 28 novembre 2017, un courrier d'une même teneur que celui du 30 septembre 2016 a été transmis à l'assuré par l'Office AI (pièce 130).

D. Une troisième révision d'office de la rente a été effectuée à partir du 30 décembre 2019 (pièce 137).

Constatant que dans son rapport du 11 février 2020 (pièce 143), le Dr A _____ avait repris presque textuellement les indications de celui rédigé le 21 novembre 2017 et que des médecins spécialistes avaient souligné l'incohérence des plaintes de l'assuré et

même la possibilité d'un trouble douloureux somatoforme, le Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation au SMR, a préconisé, dans son avis du 18 juin 2020, l'organisation d'une expertise auprès d'un chirurgien orthopédiste (pièce 146).

L'Office AI a informé l'assuré, par lettre du 2 juillet 2020, qu'une expertise allait être confiée au Dr H _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au I _____. Un délai a été fixé à l'assuré pour formuler éventuellement des motifs de récusation à l'encontre de cet expert ainsi que des questions supplémentaires à l'attention de celui-ci (pièce 147).

Le 17 août 2020, le Dr H _____ a adressé un rapport d'expertise monodisciplinaire à l'Office AI. Aux termes de ce rapport, lors de l'entretien d'expertise du 24 juillet 2020 qui avait duré une heure environ, l'assuré était resté assis sans rechercher de posture antalgique au niveau du rachis ou des membres supérieurs, lesquels bougeaient de manière tout à fait symétrique lorsqu'il parlait. Après l'entretien, il s'était levé sans difficulté et avait ôté son T-shirt également sans signe de douleur ou de limitation fonctionnelle de la colonne ou des membres supérieurs. L'expert a posé les diagnostics de status après désinsertion des muscles épitrochléens au coude droit le 10 août 2012, de status après désinsertion des muscles épitrochléens associée à une trochléotomie et à une cure du tunnel carpien à gauche le 1^{er} octobre 2014, de légers signes douloureux perdurant proximement à l'épitrochlée des deux côtés, sans signe d'atteinte significative de la musculature épitrochléenne, d'une légère hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche, signant des petites séquelles d'atteinte du nerf cubital mais sans lésion motrice d'accompagnement ainsi que de cervico-dorso-lombalgies sur discopathie pluriétagée, essentiellement en C5-C6, D12-L1 et L2-L3, associées probablement à un petit tassement du mur antérieur ancien de D3. En raison des atteintes dégénératives du rachis cervico-dorso-lombaire et, dans une moindre mesure, des séquelles des épitrochléites, le Dr H _____ a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité antérieure et à une capacité de travail de 50%, à augmenter progressivement sur six mois jusqu'à une capacité de 100% sans baisse de rendement, dans un travail léger permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant le port de charges supérieures à dix kilos de manière répétitive, de même que les efforts réguliers des membres supérieurs en suspension ou au-dessus de l'horizontale. D'après des éléments ajoutés par l'expert dans son évaluation et ses réponses aux questions posées, l'assuré lui-même avait évoqué certaines activités adaptées telles que celles de chauffeur de taxi, de surveillant d'écrans ou de machines, de réceptionniste ou de portier

de nuit. La stabilisation des troubles orthopédiques ainsi que des phénomènes d'adaptation et d'accoutumance avaient probablement induit, de manière progressive depuis la fin de l'année 2016, un changement psychologique ayant poussé le patient à vouloir reprendre une activité professionnelle légère. Une mesure de réinsertion professionnelle apparaissait désormais souhaitable (pièce 153).

Dans son rapport final du 11 septembre 2020, le Dr G _____ a estimé que le rapport d'expertise du 17 août précédent était probant et ajouté qu'il ne s'en écartait que sur le point d'un reconditionnement durant six mois, puisqu'un déconditionnement ne constituait pas un diagnostic médico-théorique. Il a ainsi retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 16 septembre 2011 et dans une activité adaptée de cette dernière date jusqu'au 23 juillet 2020, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par l'expert, dès la date de l'examen d'expertise du 24 juillet 2020 (pièce 155).

E. Le 21 septembre 2020, l'Office AI a proposé, dans un projet de décision, de supprimer la rente d'invalidité précédemment allouée. Il a comparé les salaires statistiques de l'année 2018, adaptés à l'évolution des salaires jusqu'en 2020. Ceux-ci correspondaient, pour le revenu d'invalidité, à la valeur centrale relative à un homme effectuant des tâches simples de niveau 1 durant 41.7 heures par semaine en moyenne, diminuée de 10%, soit à 61 601 fr. 45 et, concernant le revenu sans invalidité, au chiffre du secteur 49 à 53 des transports et de l'entreposage pour un homme effectuant des tâches simples de niveau 1 à raison de 42.4 heures hebdomadaires en moyenne, à savoir à 65 643 fr. 65. Le taux d'invalidité qui en résultait, arrondi à 6%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (pièce 157).

Par courrier du 12 novembre 2020, l'assuré, désormais représenté par Me Michel De Palma, a contesté ce projet de décision (pièce 165, pages 440 à 443). Il a annexé à ses objections des rapports d'IRM du rachis cervical du 23 octobre 2020 (pièce 165, pages 452 à 454), du coude gauche du 28 octobre 2020 (pièce 165, pages 450 et 451), du coude droit du 4 novembre 2020 (pièce 165, pages 448 et 449) et de l'épaule gauche du 6 novembre 2020 (pièce 165, pages 446 et 447), ainsi qu'un rapport du 10 novembre suivant, dans lequel le Dr A _____ a indiqué qu'au vu de ces résultats d'imagerie, les articulations du rachis cervical, de la ceinture cervico-scapulaire, de l'épaule gauche et des deux coudes étaient toutes endommagées, avec de nombreuses lésions tendineuses et musculaires. Le médecin traitant a ajouté qu'un retour à la normale pour toutes les régions susmentionnées, de même qu'une récupération d'une quelconque activité productive et rentable, n'étaient pas imaginables et que tel était le cas de la

colonne lombaire, également douloureuse et invalidante, mais dans une moindre mesure que les zones précitées (pièce 165, page 444).

En date du 25 novembre 2020, le spécialiste du SMR a pris position sur les derniers rapports médicaux déposés. Ces documents n'apportaient aucun nouvel élément médical objectif clinique ou paraclinique, plus particulièrement aucun indice radiologique d'une acutisation des problèmes médicaux déjà connus, propre à augmenter les répercussions professionnelles reconnues lors de l'expertise médicale. Les résultats d'imagerie de l'épaule gauche et des coudes correspondaient à des aspects de tendinopathie ou de tendinose modérés, discrets et peu sévères selon les termes des radiologues, ainsi que compatibles avec l'âge et les antécédents chirurgicaux de l'assuré. Au niveau du rachis cervical, il y avait des troubles dégénératifs modérés et des sténoses foraminales sans conflit visible avec les racines nerveuses. Ces différents éléments permettaient l'exercice d'une activité adaptée, telle que décrite dans le rapport du SMR du 11 septembre 2020. Afin toutefois de confirmer ces conclusions, il était opportun de demander à l'expert si les informations médicales récentes étaient de nature à modifier les siennes, en l'absence de description de modifications cliniques depuis l'examen du 24 juillet 2020 (pièce 168).

Selon les réponses motivées données le 30 novembre 2020 par le Dr H _____, les images radiologiques ne suffisaient pas pour définir une capacité de travail. Il fallait toujours les corrélérer à un status clinique. L'examen pratiqué lors de son expertise n'avait montré aucune limitation fonctionnelle des épaules ou des coudes. La mobilité de la colonne cervicale était également dans les normes, sans asymétrie ou limitation. Les nouvelles pièces médicales avaient confirmé le caractère modéré et diffus des atteintes et ne contredisaient pas la pleine exigibilité d'une activité professionnelle adaptée (pièce 170).

En date du 4 décembre 2020, le Dr G _____ a précisé que l'expert, dans ses réponses, avait repris chacun des nouveaux rapports médicaux en les comparant à son examen clinique du 24 juillet 2020 et que cette analyse ne l'avait pas conduit à modifier sa première appréciation. Le spécialiste du SMR a ajouté qu'il en allait de même des conclusions énoncées dans son rapport final du 11 septembre 2020 (pièce 171).

Le 24 février 2021, l'assuré a écrit à l'Office AI que les réponses de l'expert du 30 novembre 2020 ne reflétaient pas la réalité de ses atteintes à la santé et qu'il avait demandé un nouveau rapport à un rhumatologue (pièce 180).

Par décision du 9 mars 2021, l'Office AI a confirmé son projet du 21 septembre précédent et supprimé la rente d'invalidité à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision. Il a considéré que les appréciations de l'expert étaient probantes. Il s'est également référé aux dernières prises de position du SMR. Il en a déduit que les résultats d'une instruction complémentaire ne permettraient guère de mieux établir les faits pertinents du cas. Il a mentionné enfin qu'une mesure d'aide au placement au sens de l'article 18 LAI pouvait être octroyée sur simple demande écrite (pièce 183).

F. Le 26 avril 2021, X _____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à titre principal, à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente entière d'invalidité et, à titre subsidiaire, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle décision. Après avoir exposé sa situation personnelle et professionnelle et retracé l'évolution médicale de son cas dès l'apparition des plaintes, le recourant a reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du rapport de son médecin traitant du 10 novembre précédent ni attendu l'envoi de l'appréciation spécialisée annoncée dans son courrier du 24 février 2021. A suivre l'argumentation du recourant, les limitations retenues dans le rapport établi le 6 avril 2021 par le Dr J _____, spécialiste en médecine interne, en maladies rhumatismales et en médecine manuelle, à l'attention du mandataire de l'assuré restreignaient considérablement les possibilités d'emploi, raison pour laquelle le taux d'invalidité devait rester fixé à 100% (pièce 187, pages 516 à 533). Était également joint à cette écriture un compte-rendu d'une IRM de l'épaule droite pratiquée le 28 janvier 2021 à la demande du médecin traitant (pièce 188, pages 544 et 545).

Dans son rapport de consilium rhumatologique annexé au mémoire de recours, le Dr J _____ a indiqué avoir pris connaissance du dossier d'assurance-invalidité de l'assuré ainsi que des résultats des différentes IRM, examiné celui-ci le 23 mars 2021 et visualisé les radiographies de la colonne lombaire et dorsale effectuées ce jour-là à sa demande. Il a relevé quatre sur les cinq signes de non-organicité selon Waddell pour les lombalgies chroniques, de même qu'un score de 52% au questionnaire « Oswestry » qui correspondait à l'évaluation par le patient d'un handicap sévère. Le Dr J _____ a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique sévère sur scoliose sinistro-convexe en torsion, d'arthrose de l'articulation sacro-iliaque droite et de discarthrose modérée en L4-L5 et sévère en L1-L2 et L2-L3, d'épitrôchléite bilatérale chronique avec suspicion de douleur neuropathique au membre supérieur gauche ainsi que de suspicion d'un état dépressif réactionnel avec possible majoration des

symptômes en raison de troubles psychiatriques/psychologiques. A suivre les explications données par ce spécialiste dans son appréciation diagnostique, il ne bénéficiait pas de la spécialisation pour diagnostiquer un état dépressif réactionnel. Il avait interprété les signes de non-organicité au niveau du rachis par une possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiatriques/psychologiques. Il avait été frappé par tous les mouvements du rachis cervical bloqués par l'assuré qui pouvait tout de même presque toucher le thorax antérieur avec le menton. Les épaules n'avaient pas non plus fait l'objet d'un examen correct pour cause de douleurs à l'élévation et à l'abduction. En comparaison avec l'expertise du Dr H _____, il y avait néanmoins clairement un syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles dégénératifs étagés sévères entraînant une scoliose en torsion. Au vu des troubles dans les deux bras et surtout au niveau du rachis lombaire, la capacité de travail atteignait 50% au maximum, soit sur une demi-journée, dans une activité légère et adaptée favorisant l'alternance des positions assise et debout et évitant les efforts répétitifs ou au-dessus de l'horizontale avec les bras, telle que celle de surveillant dans un parking ou de portier de nuit (pièce 188, pages 546 à 552).

L'intimé a conclu, dans son écriture du 1^{er} juin 2021, à l'admission du recours, à l'annulation de sa décision du 9 mars 2021 et au renvoi du dossier à son attention pour instruction complémentaire (pièce 193). Il a indiqué que dans l'avis annexé du 26 mai 2021, le spécialiste du SMR avait jugé nécessaire de requérir du Dr H _____ une expertise complémentaire, en vue de l'appréciation des éléments retenus par le Dr J _____ et de l'influence de ceux-ci sur les conclusions actuelles du SMR, fondées sur celles retenues par le Dr H _____ dans son rapport d'expertise du 17 août 2020.

Hormis cette conclusion, le Dr G _____ a souligné, en date du 26 mai 2021, que dans l'anamnèse et les limitations fonctionnelles exposées lors de l'expertise du 24 juillet 2020, le Dr H _____ avait mentionné à plusieurs reprises avoir pris en compte les plaintes de l'assuré relatives aux troubles lombaires. Toujours selon les remarques du spécialiste du SMR, le Dr A _____ avait d'ailleurs relevé, le 10 novembre 2020, que la colonne lombaire de son patient, également douloureuse et invalidante, l'était moins que les autres parties du corps déjà abordées dans le rapport correspondant. Quant aux résultats de l'IRM de l'épaule droite effectuée le 28 janvier 2021, ils montraient des affections banales chez une personne de l'âge de l'assuré, qui n'étaient pas d'apparition récente et qui ne justifiaient pas d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà retenues par l'expert et le SMR, ce d'autant plus qu'à l'examen clinique du 24 juillet 2020,

le Dr H _____ avait constaté une mobilité complète et symétrique des épaules, sans signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs, et une excellente force en rotation externe contre résistance (pièce 191).

Par jugement rendu le 17 août 2021 en la cause S1 21 106, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision de l'Office AI du 9 mars 2021 et renvoyé la cause à cet office, en vue de l'organisation d'une expertise complémentaire auprès du Dr H _____ pour permettre à celui-ci de se prononcer en détail sur le rapport du Dr J _____ du 6 avril 2021, voire afin de mettre en œuvre une expertise psychiatrique neutre (pièce 196, pages 568 à 579).

G. Dans une lettre du 22 décembre 2021, le Dr A _____ a indiqué à l'Office AI qu'il avait vu l'assuré le 6 décembre précédent, que la situation était inchangée depuis son rapport du 10 novembre 2020 et que le patient était définitivement inapte au travail (pièce 208).

L'Office AI a informé l'assuré, en date du 18 janvier 2022, qu'une expertise allait être confiée au Dr K _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au L _____. Un délai a été fixé à l'assuré pour formuler éventuellement des motifs de récusation à l'encontre de cet expert ainsi que des questions supplémentaires à l'attention de celui-ci (pièce 216).

Un courrier de même teneur a été envoyé à l'assuré, le 17 février 2022, concernant un mandat d'expertise au Dr H _____. Était jointe à cette communication une feuille d'informations relative à l'enregistrement sonore des entretiens d'expertise à partir du 1^{er} janvier 2022. Il y était notamment précisé ce qui suit : « Les enregistrements sonores peuvent être utilisés pour clarifier les faits, par exemple si la personne assurée a l'impression que la durée de la conversation ou les déclarations faites lors de l'entretien n'ont pas été correctement reflétées dans le rapport d'expertise. L'entretien inclut l'anamnèse et la description, par la personne assurée, de l'atteinte à sa santé. Si des tests psychologiques sont effectués dans le cadre d'évaluations psychiatriques ou neuropsychologiques, pour des raisons de droit d'auteur (protection des droits d'auteur des propriétaires des tests), seules l'anamnèse et la description de la plainte par la personne assurée peuvent être enregistrées, mais pas les tests » (pièce 223).

Dans le mandat d'expertise adressé le 17 février 2022 au I _____, l'Office AI a mentionné que le mandat en question était confié au Dr H _____ pour l'établissement d'une expertise de suivi concernant l'assuré (pièce 224).

Le 24 février 2022, l'assuré a écrit à l'Office AI qu'il s'opposait à la nomination du Dr H _____ en tant qu'expert, étant donné que ce médecin l'avait déjà examiné au cours de la procédure ayant abouti à la décision de suppression de la rente d'invalidité, et qu'il souhaitait que l'expertise fût enregistrée (pièce 225).

L'Office AI a rappelé à l'assuré, dans sa lettre du 2 mars suivant, que le dossier lui avait expressément été renvoyé, par jugement de la Cour de céans prononcé le 17 août 2021, pour solliciter du Dr H _____ une expertise complémentaire (pièce 226).

Ce spécialiste a fait parvenir son rapport d'expertise à l'Office AI en date du 16 avril 2022. Il a précisé avoir examiné l'assuré le 18 mars précédent durant une heure et cinq minutes et avoir obtenu des renseignements de la part du Dr K _____. Il a tout d'abord exposé le motif et les circonstances de l'expertise et procédé à une synthèse du dossier sur plus de vingt pages. L'expert a ensuite recueilli les différentes indications fournies par l'assuré concernant l'anamnèse systématique, familiale, socio-professionnelle et actuelle, qui comportait plus particulièrement les éléments médicaux postérieurs à sa première expertise et les plaintes de l'assuré, la médication prescrite ainsi que le déroulement d'une journée-type. L'expertisé avait commencé par mentionner qu'il ne faisait rien du tout, qu'il passait ses journées chez lui, au salon ou dans la chambre à coucher, et qu'il n'arrivait pas à jouer avec ses enfants. Il avait tout de même ajouté qu'il sortait parfois le matin pour faire quelques petites courses ou, sinon, qu'il allait se promener l'après-midi mais qu'il devait s'arrêter souvent. Il avait rapporté, spontanément, que son état de santé empirait de plus en plus, surtout au niveau des coudes et du bas du dos puis, à la demande, qu'il avait aussi mal dans la région cervico-dorsale. Le Dr H _____ a également pratiqué un examen clinique complet de l'assuré. D'après les constatations de ce médecin, le patient n'avait jamais recherché de posture antalgique en position assise. Celui-ci avait pu se pencher en avant pour tendre ou lire un document. Ses membres supérieurs bougeaient de manière tout à fait symétrique lorsqu'il parlait. Après l'entretien, il s'était levé avec beaucoup plus de difficultés, en grimaçant et en prenant appui sur ses cuisses, que lorsqu'il s'était mis debout de manière spontanée durant la discussion. Il avait ôté ses chaussures, ses chaussettes et son pantalon en position assise et en flexion antérieure du tronc, sans manifester de signes de souffrance. Il avait remis son pantalon de la même manière, sans difficultés. Il avait ensuite enlevé son T-shirt par-dessus la tête à l'aide des deux bras, sans problèmes ni signes de souffrance. Pour ce qui avait trait à l'interprétation radiologique, l'expert a renvoyé à son rapport du 17 août 2020 et à ses réponses du 30 novembre suivant. Il a décrit les résultats de l'IRM de l'épaule droite du 28 janvier

2021 et précisé qu'en dépit de plusieurs demandes au rhumatologue de l'assuré, il n'avait pas été possible d'obtenir les clichés des radiographies de la colonne lombaire effectuées le 23 mars 2021. Il a posé les diagnostics incapacitants de légers signes douloureux perdurant proximatement à l'épitrôchlée des deux côtés, sans signe d'atteinte significative de la musculature épitrôchléenne, de légère hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche, signant des petites séquelles d'atteinte du nerf cubital mais sans lésion motrice d'accompagnement, de cervico-dorso-lombalgies sur discopathie pluriétagée et de cervicarthrose secondaire sur malformation congénitale, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après désinsertion des muscles épitrôchléens au coude droit le 10 août 2012 et de status après désinsertion des muscles épitrôchléens associée à une trochléotomie ainsi qu'à une cure du tunnel carpien à gauche le 1^{er} octobre 2014. Le Dr H _____ a finalement procédé à une évaluation médicale et médico-assurantielle puis répondu aux questions posées. Aux termes de celle-ci, par rapport à la précédente expertise du 24 juillet 2020, subjectivement, le patient avait mentionné une aggravation des troubles qui devenaient de plus en plus diffus. Objectivement, il y avait cependant peu de modifications au niveau du status rachidien et toujours une discordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il en allait de même relativement aux deux coudes. La mobilité des épaules semblait un peu moins bonne mais était manifestement parasitée par des facteurs non organiques. Dans ce contexte, une modification significative probante objective ne pouvait être retenue. La problématique restait liée à des facteurs essentiellement psychosomatiques, ce qui paraissait très vraisemblable au vu des diagnostics posés dans le rapport d'expertise psychiatrique du Dr K _____. Aucun élément objectif n'était susceptible de modifier les conclusions de la première expertise. Dans les activités antérieures, notamment dans le métier de transporteur-livreur, l'incapacité de travail était totale depuis l'été 2011. En revanche et probablement depuis longtemps, la capacité de travail et la performance étaient entières dans un travail léger permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant le port de charges supérieures à dix kilos de manière répétitive, de même que les efforts réguliers des membres supérieurs en suspension ou au-dessus de l'horizontale (pièce 233).

En date du 21 avril 2022, le Dr K _____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique. Il a indiqué avoir examiné l'assuré le 16 février 2022 durant une heure et demie, enregistré l'examen en question et obtenu le rapport d'expertise du Dr H _____ le 20 avril 2022. Il a rappelé les motifs et circonstances de l'expertise. Il a énuméré les sources utilisées, à savoir les documents figurant au dossier d'assurance-invalidité et dans celui de l'assurance pour la perte de gain en cas de

maladie de l'assuré. Il a ensuite mené un entretien ainsi qu'un examen psychiatrique. Au début de la discussion, l'expertisé avait déclaré spontanément qu'il allait mal et signalé beaucoup de douleurs aux coudes, au dos, à la nuque et aux épaules. D'après les constatations de l'expert lors de l'entretien, l'assuré avait présenté des positions antalgiques caricaturales, fait des grimaces de douleur et manifesté avoir de la peine à se déplacer, alors qu'il était venu à l'examen en transports publics. Le Dr K _____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). A suivre l'évaluation médicale et médico-assurantielle de ce spécialiste, l'expertisé ne souffrait d'aucune atteinte majeure à sa santé psychique susceptible de justifier une incapacité de travail. Il y avait un syndrome douloureux somatoforme persistant, vraisemblablement depuis la suppression de la rente d'invalidité. La symptomatologie actuelle ne correspondait pas du tout à celle rapportée par le Dr H _____ en août 2020. Une nette aggravation s'était produite mais aucun élément objectif ne permettait d'expliquer cette péjoration ni l'ampleur des douleurs alléguées qui, à elles seules, ne pouvaient motiver une incapacité de travail. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr H _____. L'assuré n'était pas isolé socialement. Il était soutenu et entouré par sa famille. Il n'était au bénéfice d'aucune formation spécifique mais il disposait de compétences habituelles et de ressources que les troubles psychiques présentés n'empêchaient pas de mobiliser. Le pronostic n'était guère favorable. L'expertisé se considérait vraisemblablement comme invalide et ne recouvrerait aucune capacité de travail (pièce 234).

Dans son rapport final du 26 avril 2022, le Dr G _____ a estimé que les rapports respectifs des deux experts remplissaient les exigences jurisprudentielles de pleine valeur probante. Reprenant les diagnostics retenus par eux, le médecin du SMR a confirmé l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 16 septembre 2011 et dans une activité adaptée de cette dernière date jusqu'au 23 juillet 2020, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr H _____, dès la date de la première expertise effectuée le 24 juillet 2020 par ce spécialiste. Le Dr G _____ a précisé qu'il n'y avait pas d'indications médicales au dossier permettant de fixer la reprise du travail dans une activité adaptée avant cette dernière date (pièce 236).

H. Le 28 avril 2022, l'Office AI a établi un projet de décision portant sur la suppression, dès le 1^{er} mai 2021, de la rente d'invalidité versée depuis le 1^{er} décembre 2012. Il a

rappelé les éléments déterminants pour la fixation du taux d'invalidité arrondi à 6% figurant dans la décision de suppression de rente du 9 mars 2021 (pièce 237).

Au cours d'un échange de courriers du 17 mai (pièce 241) au 14 novembre 2022 (pièce 257) entre l'assuré et l'Office AI, celui-là a reproché au Dr H _____ d'avoir arrêté l'enregistrement de l'entretien d'expertise du 18 mars 2022 avant de procéder à l'examen physique, durant lequel cet expert avait émis des remarques contredisant les résultats de l'expertise. Selon l'assuré, il y aurait eu violation de l'article 7k alinéa 6 OPGA et il convenait de se référer aux modalités prévues par l'article 7k alinéa 8 OPGA (pièce 256). L'assuré s'est plaint également de la méthode de conservation et d'accès relative à ce type d'enregistrement, laquelle engendrait de son point de vue des démarches fastidieuses, longues et inutiles (pièces 247, 249 et 256). Il a contesté la validité de l'expertise en question et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise à enregistrer intégralement, du début à la fin (pièce 256). L'Office AI a objecté que, conformément à l'article 7k alinéa 1 OPGA, l'enregistrement sonore d'une expertise ne devait porter que sur l'anamnèse et la description, par la personne assurée, de l'atteinte à sa santé, de sorte que le Dr H _____ avait respecté les prescriptions émises en la matière (pièce 242). Cet office a ajouté que la méthode en question avait été définie par l'Office fédéral des assurances sociales et qu'elle était applicable de manière uniforme dans toute la Suisse. Au vu des difficultés rencontrées par le mandataire de l'assuré pour accéder à l'enregistrement sonore sur la plateforme prévue à cet effet, l'Office AI a proposé une démonstration en ses locaux des démarches à effectuer pour l'écoute de l'enregistrement (pièces 248, 251 et 257).

Par décision du 5 janvier 2023, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 28 avril 2022 et supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2021. Il a précisé qu'une mesure d'aide au placement au sens de l'article 18 LAI pouvait être allouée sur simple demande écrite (pièce 258).

I. Le 8 février 2023, X _____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci ainsi que, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a également demandé l'octroi de l'assistance judiciaire totale. Il a repris les faits exposés dans son recours du 26 avril 2021. Il s'est tout d'abord étonné que l'Office AI, au lieu de soumettre le rapport du Dr J _____ au Dr H _____ pour appréciation, ait mandaté ce dernier médecin en tant qu'expert, alors que celui-ci avait été le médecin-conseil du SMR. De l'avis du recourant, la Cour de céans n'avait pas exigé une

appréciation du Dr H _____ par le biais d'une expertise mais estimé opportun l'avis détaillé de ce spécialiste sur le rapport du Dr J _____ du 6 avril 2021. Le recourant a ensuite contesté certaines constatations médicales faites lors de l'examen clinique du 18 mars 2022. Il a aussi nié avoir enlevé puis remis ses vêtements sans difficultés, avoir ôté ses chaussures et ses chaussettes et ne jamais avoir recherché de posture antalgique en position assise. Il a prétendu que le Dr J _____ avait bien fourni tous les clichés radiographiques au Dr H _____ qui les avait renvoyés par courrier à l'assuré. Celui-ci a déduit des considérations qui précédaient que la seconde expertise avait été réalisée par le Dr H _____ de manière partielle et dans le but de justifier les conclusions de la première. Toujours du point de vue du recourant, en mettant en œuvre deux expertises, l'une psychiatrique et l'autre orthopédique, l'Office AI n'avait pas respecté les conditions d'application de l'article 44 LPGA. De plus, en relation avec l'article 7k alinéas 1 et 6 OPGA, il était évident que dans le cadre d'une expertise orthopédique et par souci de transparence, l'enregistrement sonore devait aussi comporter l'examen médical. Sinon, l'assuré n'était pas en mesure de contester les constatations de l'expert, surtout s'il invoquait n'avoir pas fait ou n'avoir pas pu faire certains mouvements demandés. Le recourant a réitéré ses précédentes critiques relatives à l'enregistrement sonore effectué lors de l'expertise du Dr H _____ et estimé que l'interprétation par l'Office AI de l'article 7k alinéa 1 OPGA était trop restrictive. Enfin, si l'expertise pratiquée le 16 février 2022 par le Dr K _____ avait mis en évidence l'absence d'incapacité de travail sous l'angle psychiatrique, tel n'était pas le cas d'un point de vue orthopédique. A cet égard, c'était à tort que l'Office AI avait suivi les appréciations du Dr H _____, dont la dernière devait être écartée du dossier pour les raisons précitées, et qu'il n'avait pas tenu compte des avis émis par le Dr A _____, notamment le 10 novembre 2020, et par le Dr J _____ le 6 avril 2021.

Par décision rendue le 11 mai 2023 en la procédure S3 23 11, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale.

En date du 6 juin 2023, l'Office AI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de sa décision du 5 janvier précédent, à la motivation de laquelle il a précisé n'avoir rien à ajouter.

Dans sa lettre du 10 juillet 2023, le recourant a renvoyé à ses précédentes conclusions.

Le 17 juillet suivant, la Fondation collective LPP Swiss Life a déclaré renoncer à se déterminer en la présente procédure.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 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 8 février 2023, le recours contre la décision du 5 janvier précédent, reçue par le mandataire de l'assuré le 9 janvier 2023, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56 à 58 LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et 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 attaquée du 5 janvier 2023 est, certes, postérieure au 1^{er} janvier 2022, la suppression de la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 10 février 2014 depuis le 1^{er} décembre 2012 (pièce 64) serait effective à compter du 1^{er} mai 2021, étant donné la teneur de la décision entreprise et de celle du 9 mars 2021 (pièce 183), si bien que le droit à la rente doit être examiné d'après les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.

2.1 Le présent litige porte justement sur la question de savoir si c'est à bon escient que l'Office AI a supprimé, avec effet au 1^{er} mai 2021, la rente entière d'invalidité allouée dès le 1^{er} décembre 2012 conformément à la décision du 10 février 2014 (pièce 64).

Aux termes de l'article 16 LPGA, 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. Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, l'article 17 alinéa 1 LPGA prévoyait que 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. Selon la jurisprudence relative à cette dernière disposition (ATF 133 V 108), l'examen d'une modification déterminante du taux d'invalidité s'opère par comparaison des circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force et fondée sur un examen matériel du droit à la rente.

Il ressort de l'article 28 alinéa 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, qu'un taux d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. Quant à l'article 88^{bis} alinéa 2 lettre a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Il n'apparaît pas nécessaire de rappeler ici la jurisprudence de principe relative à la valeur probante d'un rapport médical (ATF 125 V 351 consid. 3a), que le recourant a d'ailleurs exposée dans son mémoire du 8 février 2023. Il s'impose toutefois de rappeler les termes du considérant 4.5 de l'arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465, selon lesquels les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical. Leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées pour une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige.

De plus, le fait qu'un expert se soit déjà prononcé sur le cas d'une personne n'exclut pas d'emblée qu'il soit à nouveau sollicité en tant qu'expert. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert était antérieurement parvenu à une conclusion défavorable (pour une partie). Il est au contraire adéquat et instructif, en relation avec une expertise requise dans un cas en cours, que l'évolution médicale depuis la dernière évaluation soit éclaircie et appréciée par le précédent médecin-expert, lequel connaît déjà bien le cas en question (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2016 et 9C_530/2016 du 14 octobre 2016 consid. 5.2, paru *in* SVR 2017 IV Nr. 27).

Il convient de citer enfin les dispositions applicables à l'organisation d'une expertise indépendante depuis le 1^{er} janvier 2022 (voir l'annexe, ch. 1 de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 [RO 2021 705 ; FF 2017 2363]). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'article 36 alinéa 1, et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGGA). Sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGGA). L'entretien au sens de l'article 44 alinéa 6 LPGGA comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (art. 7k al. 1 OPGA). Lorsqu'il annonce une expertise, l'assureur doit informer l'assuré que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement sonore au sens de l'article 44 alinéa 6 LPGGA, du but de l'enregistrement, ainsi que de la possibilité d'y renoncer (art. 7k al. 2 OPGA). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (art. 7k al. 5 OPGA). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (art. 7k al. 6 OPGA). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (art. 7k al. 8 OPGA).

2.2.1 L'Office AI a octroyé à l'assuré, par décision du 10 février 2014, une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2012 (pièce 67), en se fondant sur le rapport du spécialiste du SMR du 20 septembre 2013. D'après les conclusions de ce rapport, l'incapacité totale de travail de longue durée pour une pathologie insertionnelle des coudes était justifiée. Le cas n'était pas stabilisé, puisqu'une neurolyse du nerf médian des deux côtés, relativement urgente, était programmée (pièce 53). Ce rapport faisait suite au bilan électro-clinique effectué le 25 juin 2013 par le Dr D _____, lequel a montré une aggravation du syndrome du tunnel carpien bilatéral (pièce 46, pages 136 à 139). Auparavant, dans ses rapports des 17 juin (pièce 9, pages 26 à 31) et 31 décembre 2012 (pièce 24, pages 87 à 93), le Dr A _____ avait posé les diagnostics incapacitants d'épicondylite bilatérale, d'épitrôchléite bilatérale et de lombalgies sur

troubles dégénératifs sous forme de discopathies en L1-L2 et L4-L5, confirmé l'incapacité totale de travail en tant que manutentionnaire et chauffeur-livreur depuis le 19 septembre 2011 et ajouté qu'une réadaptation professionnelle dans une activité sans efforts au niveau des bras et du dos était envisageable. Ainsi, déjà en 2012, le médecin traitant avait fait état de troubles dégénératifs au niveau lombaire mais estimé que son patient était en mesure d'exercer une activité ménageant le dos.

Selon les informations rapportées le 26 mai 2015 par le Dr D _____, l'opération au niveau du tunnel carpien n'avait finalement été pratiquée que du côté gauche, en date du 10 octobre 2014. Cette intervention avait également porté sur l'épitrôchléite et le nerf cubital de ce même côté. L'ENMG du membre supérieur gauche semblait rassurant comparativement à l'examen préopératoire. Un réel déficit neurovégétatif ou sensitif de l'avant-bras ou de la main n'avait pas été objectivé. Concernant le membre supérieur droit, il subsistait après chirurgie une légère douleur au-dessus de l'épitrôchlée, sans autre plainte ou douleur (pièce 87, pages 244 à 246). Il sied de relever à cet égard que dans le rapport d'expertise établi le 16 avril 2022 par le Dr H _____, le status après désinsertion des muscles épitrôchléens au coude droit le 10 août 2012, de même que celui après désinsertion des muscles épitrôchléens associée à une trochléotomie ainsi qu'à une cure du tunnel carpien à gauche le 1^{er} octobre 2014, ont été mentionnés en tant que diagnostics sans influence sur la capacité de travail (pièce 233). Le 21 novembre 2017, le Dr A _____ a fourni à l'Office AI les mêmes renseignements qu'en dates des 17 juin et 31 décembre 2012, en particulier concernant les lombalgies sur troubles dégénératifs sous forme de discopathies en L1-L2 et L4-L5 et l'exigibilité d'une réadaptation professionnelle dans une activité sans efforts au niveau des bras et du dos (pièce 129). A noter également qu'en précisant, le 2 juin 2015, son rapport du 27 mars précédent relativement aux limitations fonctionnelles, le Dr B _____ a mentionné que depuis mars 2015, en sus du port de charges, les mouvements de rotation en position assise et debout ainsi que les travaux avec les bras au-dessus de la tête ou sur des échelles et des échafaudages devaient évités (pièces 80, 81, 86 et 87, pages 240 à 243).

2.2.2 Par la décision entreprise du 5 janvier 2023, l'Office AI a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2021 (pièce 258). Après avoir diligenté les mesures d'instruction complémentaires préconisées dans le jugement du 17 août 2021, par lequel la décision du 9 mars 2021 a été annulée (pièce 196, pages 568 à 579), l'intimé a donc confirmé la teneur de cette décision (pièce 183). Il s'est alors référé à l'appréciation finale émise le 26 avril 2022 par le Dr G _____, aux termes de laquelle l'incapacité de

travail était totale dans l'activité habituelle dès le 16 septembre 2011 ainsi que dans une activité adaptée de cette même date jusqu'au 23 juillet 2020, puis nulle dans cette dernière activité à compter du 24 juillet 2020 (pièce 236). Le médecin du SMR est parvenu à ces conclusions sur la base des rapports d'expertise établis respectivement le 16 avril 2022 par le Dr H _____ (pièce 233) et le 21 avril suivant par le Dr K _____ (pièce 234), rapports qu'il a jugé probants.

Ce dernier spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Quant au Dr H _____, il a retenu les diagnostics incapacitants de légers signes douloureux perdurant proximale à l'épitrôchlée des deux côtés, sans signe d'atteinte significative de la musculature épitrôchléenne, de légère hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche, signant des petites séquelles d'atteinte du nerf cubital mais sans lésion motrice d'accompagnement, de cervico-dorso-lombalgies sur discopathie pluriétagée et de cervicarthrose secondaire sur malformation congénitale, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après désinsertion des muscles épitrôchléens au coude droit le 10 août 2012 et de status après désinsertion des muscles épitrôchléens associée à une trochléotomie ainsi qu'à une cure du tunnel carpien à gauche le 1^{er} octobre 2014. Il a souligné, de manière générale, qu'aucun élément objectif n'était susceptible de modifier les conclusions de sa première expertise et, en particulier, qu'objectivement, il y avait peu de modifications au niveau du status rachidien depuis l'examen du 24 juillet 2020. Il en a déduit que dans les activités antérieures, notamment dans le métier de transporteur-livreur, l'incapacité de travail était totale depuis l'été 2011 mais que la capacité de travail et la performance étaient entières, probablement depuis longtemps, dans un travail léger permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant le port de charges supérieures à dix kilos de manière répétitive, de même que les efforts réguliers des membres supérieurs en suspension ou au-dessus de l'horizontale (pièce 233).

Il est vrai que les résultats de l'expertise pratiquée le 18 mars 2022 par le Dr H _____ sont superposables à ceux figurant dans le rapport du 17 août 2020 émanant de ce même expert. Les diagnostics posés à l'issue de l'examen d'expertise du 24 juillet précédent étaient en effet les suivants : status après désinsertion des muscles épitrôchléens au coude droit le 10 août 2012, status après désinsertion des muscles épitrôchléens associée à une trochléotomie et à une cure du tunnel carpien à gauche le 1^{er} octobre 2014, légers signes douloureux perdurant proximale à

l'épitrôchlée des deux côtés, sans signe d'atteinte significative de la musculature épitrôchléenne, légère hypoesthésie des deux derniers doigts de la main gauche, signant des petites séquelles d'atteinte du nerf cubital mais sans lésion motrice d'accompagnement et cervico-dorso-lombalgies sur discopathie pluriétagée, essentiellement en C5-C6, D12-L1 et L2-L3, associées probablement à un petit tassement du mur antérieur ancien de D3. Selon l'évaluation et les réponses du Dr H _____ fondées sur cet examen du 24 juillet 2020, en raison des atteintes dégénératives du rachis cervico-dorso-lombaire et, dans une moindre mesure, des séquelles des épitrôchléites, il y avait une incapacité totale de travail dans l'activité antérieure et une capacité de travail de 50%, à augmenter progressivement sur six mois jusqu'à une capacité de 100% sans baisse de rendement, dans un travail léger permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant le port de charges supérieures à dix kilos de manière répétitive, de même que les efforts réguliers des membres supérieurs en suspension ou au-dessus de l'horizontale. L'assuré lui-même avait évoqué certaines activités adaptées, telles que celles de chauffeur de taxi, de surveillant d'écrans ou de machines, de réceptionniste ou de portier de nuit (pièce 153, pages 26 et 27). La stabilisation des troubles orthopédiques ainsi que des phénomènes d'adaptation et d'accoutumance avaient probablement induit, de manière progressive depuis la fin de l'année 2016, un changement psychologique ayant poussé le patient à vouloir reprendre une activité professionnelle légère. Une mesure de réinsertion professionnelle apparaissait désormais souhaitable (pièce 153). Il convient de rappeler au passage qu'en date du 11 septembre 2020, le Dr G _____ du SMR ne s'est écarté des conclusions du rapport d'expertise du 17 août précédent que sur le point d'un reconditionnement durant six mois et qu'il a finalement retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 16 septembre 2011 et dans une activité adaptée de cette dernière date jusqu'au 23 juillet 2020, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par l'expert, dès la date de l'examen d'expertise du 24 juillet 2020 (pièce 155).

Dans son rapport de consilium rhumatologique du 6 avril 2021, le Dr J _____ a exposé les résultats des radiographies de la colonne lombaire et dorsale effectuées à sa demande le 23 mars précédent. Sous l'angle somatique, il a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique sévère sur scoliose sinistro-convexe en torsion, d'arthrose de l'articulation sacro-iliaque droite et de discarthrose modérée en L4-L5 et sévère en L1-L2 et L2-L3, ainsi que d'épitrôchléite bilatérale chronique avec suspicion de douleur neuropathique au membre supérieur gauche. Il a estimé qu'en comparaison avec l'expertise du Dr H _____, il y avait clairement un syndrome lombo-vertébral

chronique sur troubles dégénératifs étagés sévères entraînant une scoliose en torsion. Il est parvenu à la conclusion qu'au vu des troubles dans les deux bras et surtout au niveau du rachis lombaire, la capacité de travail atteignait 50% au maximum, soit sur une demi-journée, dans une activité légère et adaptée favorisant l'alternance des positions assise et debout et évitant les efforts répétitifs ou au-dessus de l'horizontale avec les bras, telle que celle de surveillant dans un parking ou de portier de nuit (pièce 188, pages 546 à 552).

Hormis le fait, déjà relevé ci-dessus, que lors de son second examen d'expertise du 18 mars 2022, le Dr H _____ n'a constaté que peu de modifications au niveau du status rachidien depuis celui du 24 juillet 2020 (pièce 233), il convient de souligner la pertinence des remarques formulées le 26 mai 2021 par le Dr G _____ au sujet de l'appréciation du Dr J _____ (pièce 191). Aux termes de celles-ci, dans l'anamnèse et les limitations fonctionnelles exposées lors de l'expertise du 24 juillet 2020, le Dr H _____ avait mentionné à plusieurs reprises avoir pris en compte les plaintes de l'assuré relatives aux troubles lombaires (pièce 153). En outre, le Dr A _____ avait relevé, le 10 novembre 2020, que la colonne lombaire de son patient, également douloureuse et invalidante, l'était moins que les autres parties du corps déjà abordées dans son rapport de la même date (pièce 165, page 444). Se révèlent également convaincantes les explications données les 25 novembre et 4 décembre 2020 par le spécialiste du SMR (pièces 168 et 171) puis le 30 novembre 2020 (pièce 170) par le Dr H _____ au sujet des différents documents médicaux, en particulier des résultats d'imagerie, déposés par l'assuré à l'appui de sa contestation du 12 novembre 2020 (pièce 165). Du point de vue de ces deux derniers médecins, les documents en question ne fournissaient aucun indice objectif clinique, paraclinique ou radiologique d'une acutisation des problèmes médicaux déjà connus, propre à augmenter les répercussions professionnelles reconnues lors de l'expertise du 24 juillet 2020 (pièce 153) et à remettre en cause la pleine exigibilité d'une activité professionnelle adaptée retenue dans le rapport final du SMR du 11 septembre 2020 (pièce 157). Les images radiologiques ne suffisaient pas pour définir une capacité de travail. Il fallait toujours les corrélérer à un status clinique. Au niveau du rachis cervical notamment, il y avait des troubles dégénératifs modérés et des sténoses foraminales sans conflit visible avec les racines nerveuses ni limitation de la mobilité. Dans ce contexte, il n'est pas inutile de mentionner au passage que dans le cadre de la troisième révision d'office de la rente effectuée dès le 30 décembre 2019 (pièce 137) et qui a finalement donné lieu à la décision entreprise du 5 janvier 2023 (pièce 258), le Dr A _____ a repris presque textuellement, dans son rapport du 11 février 2020 (pièce 143), les indications de celui rédigé le 21 novembre

2017 (pièce 129). Or, comme déjà relevé plus haut, ce dernier rapport comporte les mêmes renseignements que ceux que le médecin traitant a fourni à l'Office AI en dates des 17 juin (pièce 9, pages 26 à 31) et 31 décembre 2012 (pièce 24, pages 87 à 93), en particulier concernant les lombalgies sur troubles dégénératifs sous forme de discopathies en L1-L2 et L4-L5 et l'exigibilité d'une réadaptation professionnelle dans une activité sans efforts au niveau des bras et du dos.

2.2.3 Il ressort d'autre part de l'exposé, dans la partie « faits » du présent jugement, du contenu du rapport d'expertise rédigé le 16 avril 2022 par le Dr H _____ que ce rapport répond pleinement aux exigences jurisprudentielles posées pour la valeur probante d'une appréciation médicale (pièce 233). Ne sont pas de nature à infirmer cette conclusion les critiques d'ordre appellatoire émises au sujet du rapport en question dans le recours du 8 février 2023, notamment au moyen d'ajouts manuscrits du mot « faux » ou « bizarre » par le recourant lui-même en regard de certains paragraphes figurant dans le document correspondant et portant sur les constatations rapportées par l'expert (pièce 3 annexée au recours). A cet égard, déjà lors de son premier entretien d'expertise du 24 juillet 2020 d'une durée d'une heure environ, le Dr H _____ a remarqué que l'assuré était resté assis sans rechercher de posture antalgique au niveau du rachis ou des membres supérieurs, lesquels bougeaient de manière tout à fait symétrique lorsqu'il parlait, qu'après cet entretien, l'expertisé s'était levé sans difficulté et qu'il avait ôté son T-shirt, également sans signe de douleur ou de limitation fonctionnelle de la colonne ou des membres supérieurs (pièce 153). Or, l'assuré n'a jamais contredit ces constatations, ni dans sa contestation du 12 novembre 2020 (pièce 165, pages 440 à 443) relative au projet de suppression de rente du 21 septembre précédent (pièce 157) ni dans son recours interjeté le 26 avril 2021 (pièce 188, pages 544 et 545) contre la décision du 9 mars 2021 confirmant le projet de décision précité (pièce 183). Il apparaît en outre peu plausible que le Dr H _____ ait été en mesure de procéder à l'examen clinique complet de l'assuré en date du 18 mars 2022 (pièce 233), sans que celui-ci ait enlevé ses chaussures et ses chaussettes. D'autre part, la Cour ne voit aucune raison de douter du fait que malgré ses requêtes, cet expert n'a pas pu obtenir du Dr J _____ les clichés radiographiques de la colonne lombaire et dorsale datant du 23 mars 2021 (pièce 233). Les documents d'imagerie renvoyés à l'assuré après l'examen d'expertise du 18 mars 2022, comme celui-ci l'a prétendu dans son recours, n'incluaient peut-être pas les radiographies en question. De toute manière, le Dr H _____ disposait pour cet examen de la description par le Dr J _____, dans le rapport de consilium rhumatologique du 6 avril 2021, des résultats des clichés effectués le 23 mars précédent

à la demande de ce dernier spécialiste (pièce 188, pages 546 à 552, plus particulièrement la page 550).

Concernant d'autres remarques pour le moins singulières formulées par l'assuré dans son recours, le Dr H _____ n'a jamais été le médecin-conseil du SMR. Pour rappel, le Dr G _____ du SMR a préconisé, en date du 18 juin 2020, l'organisation d'une expertise auprès d'un chirurgien orthopédiste (pièce 146). L'Office AI a donc mandaté, le 2 juillet suivant, le Dr H _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du I _____, en tant qu'expert indépendant (pièce 147). Par la suite, comme l'Office AI l'a rappelé dans sa lettre du 2 mars 2022 (pièce 226), le dossier lui a été expressément renvoyé par le jugement du 17 août 2021, afin de solliciter du Dr H _____ une expertise complémentaire, dans le cadre de laquelle ce spécialiste devait, certes, se prononcer en détail sur le rapport du Dr J _____ du 6 avril 2021 (pièce 188, pages 546 à 552), voire afin de mettre en œuvre une expertise psychiatrique neutre (pièce 196, pages 568 à 579). Dans son courrier du 22 février 2022 (pièce 225), l'assuré n'a d'ailleurs pas remis en question la mention même d'une expertise de suivi confiée au Dr H _____ dans le mandat d'expertise adressé le 17 février précédent au I _____ par l'Office AI (pièce 225). Il s'est simplement opposé à la nomination du Dr H _____ en tant qu'expert, pour le seul motif que ce médecin l'avait déjà examiné au cours de la procédure ayant abouti à la décision de suppression de la rente d'invalidité (pièce 225). En sus des instructions données par la Cour de céans dans le jugement susmentionné (pièce 196, pages 568 à 579), il n'est pas inutile de souligner de manière plus générale à cet égard qu'au vu des considérations du Tribunal fédéral dans l'arrêt précité 9C_530/2016, le fait qu'un expert se soit déjà prononcé sur le cas d'une personne n'exclut pas d'emblée qu'il soit à nouveau sollicité en tant qu'expert. Dans la mesure où le recourant a semblé reprocher à l'intimé d'avoir mis en œuvre deux expertises indépendantes, l'une psychiatrique confiée le 18 janvier 2022 au Dr K _____ (pièce 216) et l'autre orthopédique sollicitée le 17 février suivant du Dr H _____ à titre d'expertise de suivi (pièces 223 et 224), au lieu de soumettre simplement le rapport du Dr J _____ du 6 avril 2021 (pièce 188, pages 546 à 552) au Dr H _____ pour appréciation, il apparaît contradictoire que l'assuré ait également invoqué, dans son recours du 8 février 2023, une violation des articles 44 LPGA et 7k OPGA applicables à l'organisation de ce type d'expertises.

En ce qui concerne plus particulièrement l'enregistrement sonore prévu pour les expertises indépendantes par l'article 44 alinéa 6 LPGA et réglé dans ses modalités par

l'article 7k OPGA, la Cour n'a rien à ajouter aux explications correctes que l'Office AI a fournies à l'assuré entre mai et novembre 2022. Il ressort du texte clair de l'article 44 alinéa 6 LPGA et de l'article 7k alinéas 1, 2, 5 et 6 OPGA que c'est uniquement l'entretien entre l'assuré et l'expert, c'est-à-dire l'ensemble de l'entrevue de bilan qui inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé, qui fait l'objet d'un enregistrement sonore, et non l'examen clinique pratiqué par l'expert. Ces éléments figurent également sur la feuille d'informations relative à l'enregistrement sonore des entretiens d'expertise à partir du 1^{er} janvier 2022, annexée au courrier que l'Office AI a envoyé à l'assuré le 17 février 2022. Il est d'ailleurs indiqué dans cette communication que les évaluations psychiatriques ou neuropsychologiques effectuées au moyen de tests psychologiques ne peuvent pas être enregistrées (pièce 223). Pourtant, de par leur nature, ces examens sont pratiqués oralement et donc susceptibles d'un enregistrement sonore. *A fortiori* et contrairement aux allégations y relatives du recourant dans son mémoire du 8 février 2023, la Cour peine à discerner en quoi un enregistrement sonore permettrait de retracer le déroulement d'un examen d'expertise somatique, au cours duquel l'expert observe les postures et déplacements de l'expertisé, ausculte celui-ci et mesure l'amplitude des mouvements qu'il lui demande d'effectuer. Quant à l'article 7k alinéa 8 OPGA, il ne trouve pas application en l'espèce, puisqu'il ressort des courriers respectifs de l'assuré du 7 novembre 2022 (pièce 256) et de l'Office AI du 14 novembre suivant (pièce 257) que celui-là n'a pas pu écouter l'enregistrement sonore de l'entretien d'expertise du 18 mars 2022 (pièce 233) ni, par voie de conséquence, constater des manquements techniques lors de la réalisation par l'expert de cet enregistrement. Compte tenu des développements qui précèdent, rien ne justifie ainsi d'écarter du dossier le rapport probant du Dr H _____ du 16 avril 2022 (pièce 233).

Au vu de la teneur du considérant 4.5 de l'ATF 135 V 465 et des avis respectivement émis le 25 novembre 2020 par le SMR (pièce 168) et le 30 novembre suivant par le Dr H _____ (pièce 170) concernant le bref compte-rendu rédigé le 10 novembre 2020 par le Dr A _____ au sujet des résultats des IRM demandées (pièce 165), c'est à juste titre que l'intimé ne s'est pas fondé sur les différents rapports du médecin traitant pour trancher la question des prestations d'assurance. Il en va de même du consilium du Dr J _____ du 6 avril 2021. En effet, ce spécialiste a motivé la capacité de travail de 50% dans une activité légère et adaptée par les troubles dans les deux bras et, surtout, au niveau du rachis lombaire. Or, il a interprété les signes de non-organicité constatés au niveau du rachis par une possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiatriques/psychologiques (pièce 188, pages 546 à 552). En date du 21 avril 2022, ce diagnostic (F68.0) a été confirmé par le Dr K _____, expert-

psychiatre, qui ne l'a pas jugé incapacitant, à l'instar de l'autre diagnostic retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le recourant n'a d'ailleurs pas contesté l'absence d'incapacité de travail sous l'angle psychiatrique. A noter que selon les mentions correspondantes des Drs H _____ et K _____ dans leur rapport d'expertise respectif du 16 puis du 21 avril 2022, chaque expert a rendu ses conclusions en ayant connaissance de celles de l'autre (pièces 233 et 234).

2.2.4 Partant, une amélioration notable au sens de l'article 17 alinéa 1 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, de l'état de santé de l'assuré depuis la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 10 février 2014 (pièce 67) est intervenue et permet à celui-ci de réaliser, depuis le 24 juillet 2020, un revenu d'invalidité excluant le droit à cette rente. Le recourant n'a pas contesté les revenus dont la comparaison a abouti au taux d'invalidité arrondi à 6%, tels qu'ils figurent dans la décision entreprise du 5 janvier 2023 (pièce 237) et figuraient déjà dans celle du 9 mars 2021 portant sur la suppression de la rente précédemment octroyée (pièce 183).

En application de l'article 28 alinéa 2 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, et de l'article 88^{bis} alinéa 2 lettre a RAI, la suppression, à compter du 1^{er} mai 2021, de la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1^{er} décembre 2012 se révèle donc correcte. Concernant la date de suppression de la rente, est en effet déterminante la jurisprudence suivante : « Un renvoi pour instruction complémentaire ne signifie pas nécessairement que les constatations originelles figurant dans la décision annulée par l'arrêt de renvoi sont fausses mais seulement que celles-ci ne peuvent être confirmées sur la base des documents disponibles. Dans ce cadre, le Tribunal fédéral a rappelé que de nouvelles observations pouvaient intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel, par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit, auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations était correcte et pouvait être entérinée avec effet rétroactif (dans ce sens, ATF 129 V 370 et 106 V 18, arrêt du Tribunal fédéral 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.2). En revanche, si les résultats de l'instruction complémentaire infirment au moins partiellement le contenu de la décision originelle, par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit survenue postérieurement à ce qui avait été retenu dans la première décision, toutes les autres conditions demeurant identiques, il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. La modification des prestations ne prend effet qu'au moment où survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux

prestations au sens de l'article 17 alinéa 1 LPGA. » (arrêts du Tribunal fédéral 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5.3.2, 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1, 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.3 et 8C_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4, paru *in* SVR 2011 IV Nr. 33).

Le recours est ainsi rejeté et la décision de l'Office AI du 5 janvier 2023 confirmée.

3.

3.1 Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de l'affaire, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA).

L'assistance judiciaire totale lui ayant toutefois été accordée, ces frais seront provisoirement supportés par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. b LAJ), à charge pour le recourant de les rembourser si sa situation économique devait s'améliorer (art. 10 al. 1 let. a LAJ).

3.2 En ce qui concerne les dépens, l'Office AI, en tant qu'organisme chargé de tâches de droit public qui obtient gain de cause, n'y a pas droit (art. 91 al. 3 LPJA).

Par contre, le conseil juridique commis d'office de l'assisté qui succombe est rémunéré par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. a LAJ). La rémunération du conseil juridique commis d'office obéit aux règles de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (art. 9 LAJ). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27ss de la présente loi, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 et art. 11 LTar).

Les honoraires de Me De Palma, qui a rédigé en la présente procédure un mémoire de recours dont la grande partie des faits ont été repris de ceux reproduits dans le recours du 26 avril 2021 ayant donné lieu à la procédure S1 21 106 (pièce 187, pages 516 à 533), ainsi que six brefs courriers envoyés en recommandé, et qui a déposé une soixantaine de copies dans une affaire de complexité moyenne dont certains aspects avaient déjà été discutés au cours de cette dernière procédure, sont arrêtés forfaitairement à 1800 fr., débours et TVA compris (art. 27 al. 1 et 5 et art. 40 al. 1 LTar). Le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire percevant, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70 pour cent des honoraires prévus aux art. 31 à 40 LTar, c'est finalement une indemnité de 1260 fr., au demeurant conforme au tarif horaire

articulé au considérant 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_391/2007 du 26 mai 2008, qui est accordée à l'avocat d'office du recourant (art. 30 al. 1 LTar).

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 5 janvier 2023 est confirmée.
2. Les frais, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de X _____ mais seront provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. L'Etat du Valais versera à Me Michel De Palma une indemnité de 1260 fr. au titre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 23 janvier 2025