

S1 22 25

JUGEMENT DU 2 AOÛT 2023

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

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

en la cause

X _____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 17 LAI, 18 et 28 aLAI ; refus de prestations AI, exigibilité d'une activité adaptée)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1965, ressortissant italien, divorcé, titulaire d'une formation de mécanicien sur machines de chantier, a connu des périodes sans emploi depuis son arrivée en Suisse en 2010. Inscrit auprès de l'assurance-chômage, il a d'abord pu effectuer des stages en qualité de manœuvre (pièce OAI 7) avant de commencer un emploi en tant qu'aide-serrurier auprès d'une entreprise du Valais central (pièce OAI 11). Depuis 2011, l'assuré a été sujet à différents troubles de la santé, dont une discopathie C6-C7 développée en février 2011, une nécrose aseptique de la tête fémorale (hanche) gauche en août 2012 et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit en janvier 2013 (pièce OAI 17).

En juin 2013, en raison d'une intensification de ses douleurs, il a dû interrompre son activité professionnelle et s'est retrouvé en arrêt de travail pour une durée indéterminée, de sorte qu'il a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI ; pièce OAI 3). Selon son médecin traitant, le Dr A _____, généraliste, les troubles de son patient s'étaient intensifiés en janvier 2013 jusqu'à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche (PTH) et la réalisation d'une arthroscopie, permettant une reprise de son activité en septembre 2013 (pièces OAI 17, 19 et 27). Dans l'intervalle, l'intéressé a pu suivre un cours de français financé par l'OAI (pièce OAI 34).

Il a ensuite développé des douleurs dans la nuque, irradiant dans les bras et les jambes (cervicalgies non spécifiques), au début de l'année 2014 (pièces OAI 36, 38 et 39). Une explication précise n'a pas pu être apportée à l'origine des plaintes douloureuses de l'assuré et des facteurs psychiques ainsi qu'un statut d'invalidé ont été privilégiés (pièce OAI 50). Après avoir repris une activité professionnelle à 70%, il a subi une intervention chirurgicale le 11 décembre 2014 pour une épicondylite du coude droit (pièces OAI 61 et 72), ainsi qu'une arthroscopie et méniscectomie partielle le 13 février 2015 (pièce OAI 83). La prise en charge rééducative post-opératoire a été effectuée auprès du Dr B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique. Le 3 mars 2015, ce médecin a posé le diagnostic de polyarthralgies chroniques dans le contexte d'une probable fibromyalgie, de rachialgies chroniques avec sciatalgies aspécifiques et d'un status après PTH gauche et spondylodèse C5-C6 (pièce OAI 81). Les suites ont été favorables avec une reprise du travail à 100% dès le 1^{er} avril 2015 (pièce OAI 83).

B. Le 6 mai 2015, alors qu'il avait repris une activité de mécanicien en machines de chantier, l'assuré a été victime d'un accident de moto lui causant une fracture du poignet gauche (extrémité distale du radius) pour laquelle il a subi une ostéosynthèse le 8 mai suivant (pièce OAI 275, pp. 841, 863, 865 et 878). Le 3 mars 2016, le Dr A _____ a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (pièce OAI 276, p. 890).

Depuis le 19 juin 2015, l'assuré était en outre suivi par le Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP) pour un syndrome dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Ce trouble, se manifestant par une irritabilité, une perte de plaisir, des angoisses, un trouble du sommeil et un retrait social, s'est développé à la suite du départ du logement familial de sa fille de 15 ans pour aller vivre auprès de sa mère. Après cet épisode, des difficultés de couple ont aggravé l'état psychique de l'intéressé et nécessité une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 27 août 2015 au 16 septembre suivant (pièce OAI 103). En mars 2016, les spécialistes du CCPP ont observé une disparition progressive des symptômes dépressifs et ont ainsi émis un pronostic favorable si la problématique somatique venait à être résolue (pièce OAI 101).

Ces éléments ont été soumis à la Dresse C _____ du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), laquelle a reconnu, le 9 juin 2016, que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 28 novembre 2012 et que l'assuré avait par la suite présenté différentes périodes d'incapacité de travail (pièce OAI 108).

Le 14 juin 2016, le gestionnaire de dossier de l'OAI a relevé que l'intéressé avait repris l'exercice de son activité habituelle les 2 septembre 2013 et 1^{er} août 2014 et qu'il était attendu de lui l'exercice d'une activité adaptée entre le 20 février 2014 et le 6 mai 2015, de sorte qu'il ne remplissait pas les conditions lui ouvrant le droit à des prestations durant ces périodes (pièce OAI 111). Par décision du 25 août 2016, l'OAI a par conséquent refusé d'octroyer des mesures d'ordre professionnel à son assuré (pièce OAI 122). Par décision du 9 décembre 2016, il lui a en outre accordé une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2016, avec la précision qu'une révision allait rapidement être entreprise au vu de l'évolution favorable attendue de son état de santé (pièce OAI 125).

C. Une procédure de révision d'office a débuté en février 2017. Dans le questionnaire y relatif, l'assuré a déclaré qu'il souffrait de douleurs croissantes dans les jambes, mais que malgré cela il avait repris une activité lucrative à plein temps en qualité de mécanicien en machines de chantier auprès de D _____ SA afin de s'en sortir

financièrement. Il a ajouté que son désir était de retrouver un travail plus léger à temps partiel (pièces OAI 136 et 142).

Le 20 mars 2017, le Dr E _____ du Service de neurologie de l'Hôpital de Sion a indiqué qu'il soignait l'intéressé pour une myélopathie cervicale sur hernie discale opérée en 1998. Selon lui, son patient ne pouvait maintenir son activité habituelle qu'à un taux de 50% en présence de cette affection (pièce OAI 145). Pour traiter ses douleurs causées par un canal cervical étroit, une discectomie C4-C5 a été effectuée le 1^{er} juin 2017 (pièce OAI 184). Une IRM du genou droit a en outre été réalisée le 26 juillet 2017 et mis en évidence différentes atteintes dégénératives relativement avancées (pièce OAI 153).

Par décision du 21 septembre 2017, l'OAI a suspendu la rente d'invalidité de l'assuré au motif que ce dernier avait repris une activité lucrative à temps plein (pièce OAI 159).

Dans un rapport du 30 novembre 2017, le Dr A _____ a indiqué que son patient se plaignait de gonalgies droites invalidantes, ainsi que de cervicalgies et de rachialgies lorsqu'il devait porter des charges lourdes. Il a ajouté que l'arthrose présentée au genou avait pour conséquence une diminution du périmètre de marche et causait des douleurs nocturnes (pièce OAI 168).

Par décision du 25 janvier 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le 1^{er} mars 2018, au motif qu'il avait repris une activité lucrative depuis le mois d'avril 2016 et avait ainsi présenté une incapacité de travail inférieure à une année (du 6 mai 2015 au 17 avril suivant), justifiant une reconsidération de sa décision du 9 décembre 2016 (pièce OAI 173). Ce prononcé n'a pas été contesté.

En février 2018, l'assuré a encore été opéré d'une hernie discale L4-L5. Pour les médecins du Service de neurochirurgie de l'Hôpital de Sion, un travail de force était médicalement contre-indiqué (pièces OAI 176 et 184).

D. Le 20 juillet 2020, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 18 janvier 2020 en raison de douleurs dans son genou droit (pièce OAI 185).

L'arrêt de travail était attesté par le Dr A _____, lequel a indiqué, le 12 octobre 2020, que son patient avait subi une arthroplastie totale du genou droit le 23 janvier 2020 en raison d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec gonarthrose. Il a ajouté qu'il se plaignait également d'une discopathie C6-C7 sur spondylodèse C5-

C6 avec canal étroit en C6-C7. Selon ce médecin, la situation évoluait favorablement, l'assuré ayant pu reprendre son activité habituelle de mécanicien sur machines de chantier à 50% depuis le 1^{er} septembre 2020 (pièce OAI 197). Le 4 février 2021, le Dr A _____ a relevé que cette activité était finalement contre-indiquée, dans la mesure où son patient n'arrivait plus à effectuer certaines tâches trop physiques (pièce OAI 200).

Une expertise médicale a ensuite été réalisée pour le compte de l'assureur perte de gain, le 29 avril 2021, par le Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Cet expert a retenu que l'intéressé présentait des douleurs chroniques touchant le rachis cervical, le rachis lombaire, le genou droit et dans une moindre mesure le genou gauche, les poignets, les épaules et les doigts. Selon lui, les cervicalgies, lombalgies et gonalgies droites ne permettaient plus à l'assuré de maintenir son activité habituelle à un taux supérieur à 50% ; l'intéressé ayant repris, non sans souffrances, à plein temps celle-ci depuis le 6 avril 2021. Dans une autre activité adaptée, l'expert a estimé qu'une pleine capacité de travail était immédiatement exigible (pièce OAI 281).

Reprenant ces différents éléments, la Dresse C _____ du SMR a, dans son rapport final du 10 juin 2021, confirmé que l'exercice de l'activité habituelle n'était exigible qu'à un taux de 50% depuis le 1^{er} septembre 2020. Dans une activité adaptée (alternance des positions ; port de charges limité à 10 kilos occasionnellement ; travaux lourds exclus ; marche dans un périmètre limité, sans terrain irrégulier ni d'escaliers ; pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ni de positions contraignantes pour les genoux et la colonne lombaire, ni de rotation du tronc ou de positions en porte-à-faux), elle a retenu une pleine capacité de travail depuis le 28 avril 2021 (pièce OAI 204).

Par projets de décision du 11 juin 2021, l'OAI a signifié à son assuré que son taux d'invalidité de 9%, reconnu depuis le 28 avril 2021, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. En revanche, il lui a reconnu un droit à une rente limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2021 au 31 juillet suivant (3 mois après la fin de l'invalidité selon l'art. 88a al. 1 RAI ; pièces OAI 206 et 207).

Le 2 juillet 2021, l'intéressé a indiqué ne pas saisir la portée de ces projets de décision, en soutenant avoir tout essayé pour reprendre son activité professionnelle, mais que ses douleurs l'avaient contraint à interrompre son travail. Il a joint à son courrier une IRM du 15 juin 2021 de sa colonne lombaire, mettant en évidence une arthrose articulaire postérieure de L4 à S1, une protusion disco-ostéophytaire postérieure médiane et paramédiane bilatérale en L4-L5, ainsi qu'une compression de la racine L4 gauche.

L'assuré a encore annexé un arrêt de travail établi par le Dr A _____ (pièces OAI 209 et 210). Dans un rapport du 24 septembre 2021, ce dernier médecin a indiqué que son patient ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle, en raison de douleurs lombaires basses et de douleurs aux deux genoux en position debout et au repos (pièce OAI 215).

Se prononçant sur les pièces transmises par l'assuré, le SMR a relevé que l'exacerbation des lombalgies chroniques avait été causée par la reprise de l'activité habituelle non adaptée aux limitations fonctionnelles, que ces douleurs n'étaient pas durables et qu'elles ne changeaient pas l'exigibilité dans une activité adaptée (pièce OAI 214). Le 5 octobre 2021, la Dresse C _____ a ajouté avoir retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles citées par le Dr A _____ (pièce OAI 217).

Par décision du 16 novembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité limitée du 1^{er} janvier 2021 au 31 juillet suivant, au motif qu'après cette date son taux d'invalidité (9%) était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Par décision du 23 novembre 2021, il a également refusé tout droit de l'intéressé à des mesures d'ordre professionnel.

E. X _____ a recouru céans contre ces décisions le 6 janvier 2022, concluant implicitement à leur annulation et à l'octroi de prestations AI. En substance, il a soutenu que son état de santé empirait chaque jour, qu'il souffrait de douleurs atroces et qu'il devait régulièrement changer de position. Il a ajouté qu'aucun employeur ne voudrait l'engager dans cet état, qu'il ne percevait plus de prestations de l'assurance-maladie ni du chômage et qu'il avait besoin d'aide pour retrouver un travail adapté. Le recourant a dès lors requis le prononcé d'une expertise afin de démontrer que son état de santé avait empiré.

L'intimé ayant renoncé à se déterminer formellement, l'échange des écritures a été clos le 31 mars 2022.

Considérant en droit

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 6 janvier 2022, le présent recours à l'encontre des décisions des 16 et 23 novembre 2021 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 et 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. Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte principalement sur le refus de l'OAI d'octroyer au recourant des prestations AI au-delà du 31 juillet 2021. En particulier, l'intéressé remet en cause la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée depuis le 28 avril 2021.

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

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au Service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent

les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 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 (cf. arrêts 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et 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).

2.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et 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 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

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 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).

2.3. Dans le cas d'espèce, une pleine capacité de travail a été reconnue au recourant dans une activité adaptée tenant compte de certaines limitations fonctionnelles (alternance des positions ; port de charges limité à 10 kilos occasionnellement ; travaux lourds exclus ; marche dans un périmètre limité, sans terrain irrégulier ni d'escaliers ; pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ni de positions contraignantes pour les genoux et la colonne lombaire, ni de rotation du tronc ou de position en porte-à-faux) sur la base du rapport final du 10 juin 2021 du SMR.

L'avis du SMR, lequel constitue un rapport au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), n'est à cet égard aucunement critiquable. La Dresse C _____ a en effet repris les conclusions de l'expertise rhumatologique du 29 avril 2021 du Dr F _____. Cette expertise répond à toutes les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, dès lors qu'elle a été effectuée en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant, en tenant compte de ses plaintes et au terme d'un examen clinique approfondi. Aucune raison ne permet de remettre en doute les conclusions étayées de l'expert ; le recourant ne fournit d'ailleurs aucune pièce qui permettrait de le faire. Les incapacités de travail attestées par le Dr A _____ concernent par ailleurs uniquement l'activité habituelle du recourant. Dans son rapport du 24 septembre 2021, ce médecin a ainsi mentionné les mêmes limitations fonctionnelles citées par l'expert et le SMR et a précisé qu'une reprise d'activité n'était pas possible dans l'emploi actuel de son patient, soit celui de mécanicien en machines de chantier (cf. pièce OAI 215). Or, l'OAI a reconnu que cette activité n'était plus exigible de la part du recourant (respectivement uniquement à 50%) au vu de son caractère lourd et physique. Au demeurant, le SMR a décrit d'une manière fondée et convaincante que l'exacerbation des lombalgies, mise en évidence par l'IRM du 15 juin 2021 (cf. pièce OAI 210), avait été causée par la reprise à temps plein par le recourant de son activité habituelle et des efforts qu'il devait déployer dans celle-ci, du fait de sa nature très physique et nullement adaptée à sa situation médicale.

Cela étant, la pleine capacité de travail qui a été reconnue par l'OAI à l'intéressé dans une activité adaptée ne prête pas le flanc à la critique. Les faits étant établis sur le plan médical, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise médicale telle que requise par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Un tel moyen de preuve complémentaire apparaît en effet comme superflu, dès lors qu'il ne viendrait que confirmer que l'activité de mécanicien en machines de chantier ne peut plus être exercée par l'intéressé et qu'un

autre emploi plus léger et ne sollicitant pas ses articulations pourrait être repris à temps plein.

3. Au vu de ce qui précède, l'OAI a limité la rente d'invalidité du recourant au 31 juillet 2021, au motif qu'après cette date le taux d'invalidité de 9%, non contesté, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations (rente et mesures d'ordre professionnel). Il reste à examiner si l'intéressé avait droit à des mesures de réadaptation avant la suppression de son droit à la rente.

3.1. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêts 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1, 9C_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6 et les arrêts cités).

En outre, il sied de rappeler que si l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité et n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations, ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue néanmoins un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré. Il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1 et 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

3.2. Dans le cas d'espèce, le recourant, né le xx.xx1 1965, avait 55 ans révolus au moment où l'intimé lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps (le 16 novembre 2021 ; cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3.2 et 141 V 5 consid. 4.2.1 ; arrêts 9C_748/2020 du 22 mars 2021 consid. 2.2 et 9C_473/2019 du 25 février 2020 consid. 5.2.1). Il appartient donc à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Il avait dès lors droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente.

Cet examen n'a cependant pas été effectué par l'OAI. En particulier, toute constatation sur l'exigibilité (exceptionnelle) d'une réadaptation par soi-même fait défaut. Malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, il revenait en effet à l'intimé d'examiner la nécessité de mesures d'ordre professionnel en fonction des circonstances concrètes. Il est précisé qu'il n'est pour ce faire pas suffisant, pour fonder une situation exceptionnelle au sens de la jurisprudence, où l'assuré âgé de plus de 55 ans est apte à se réadapter par soi-même, de mentionner des exemples d'activités adaptées à son état de santé et qui ne nécessitent pas de formation particulière (arrêt 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.2). Au contraire, il revient à l'OAI d'évaluer si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêts 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). Du reste, il ne ressort pas du dossier qu'une exception à ce principe serait réalisée, aucun élément ne permettant d'affirmer que l'intéressé disposerait d'une agilité et d'une flexibilité particulières, ni qu'il serait bien intégré dans l'environnement social (arrêt 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139), ni encore qu'il disposerait d'une formation et d'une expérience professionnelle particulièrement larges (arrêt 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

Dans cette mesure, il convient d'annuler les décisions des 16 et 23 novembre 2021 et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il examine les mesures nécessaires à la réintégration du recourant dans le circuit économique. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen que l'administration pourra définitivement statuer sur le droit à une rente d'invalidité, et le cas échéant, sur le moment à partir duquel ce droit a pris fin.

4.1. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a aLPGA, art. 83 LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Eu égard à l'issue de la cause, le recourant obtient gain de cause. Les frais de justice, dont le montant total est arrêté à 800 fr. en fonction de la difficulté de la présente procédure, sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI).

4.2. Le recourant qui obtient gain de cause peut, en principe, prétendre à des dépens (art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA ; art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Néanmoins, dans la mesure où il n'était pas assisté d'un mandataire qualifié et que ni l'importance de la cause ni sa complexité n'ont rendu objectivement nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts, il ne lui est pas alloué de dépens (ATF 127 V 205 consid. 4b ; JEAN MÉTRAL, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, Bâle 2018, ch. 103 ad art. 61).

Prononce

1. Le recours est admis, les décisions contestées annulées et la cause est renvoyée à l'Office cantonal AI du Valais afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision au sens du considérant 3.
2. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 2 août 2023.