

S1 21 181

**JUGEMENT DU 26 JUIN 2023**

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

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

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(art. 43 LPGA ; devoir d'instruction ; établissement des faits ; calcul du taux d'invalidité)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né le xx.xx1 1963, divorcé et père d'un enfant, sans formation certifiée, s'est installé en Suisse en 2008. Après avoir notamment travaillé de nombreuses années en tant que menuisier dans l'entreprise familiale au Portugal, il a été engagé par la société A \_\_\_\_\_ SA, à B \_\_\_\_\_, comme ouvrier de la construction C dès le 20 février 2019, à un taux de 100% (pièce OAI 2).

Le 12 mars 2019, l'intéressé a chuté, dans l'exercice de son métier, d'une hauteur d'environ un mètre avec réception sur son épaule gauche ainsi que sur son talon. Malgré les douleurs, il a continué son travail et ne s'est pas rendu chez un médecin dans un premier temps. Au vu de la persistance des douleurs, il a toutefois consulté, en date du 27 mars 2019, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin de permanence à D \_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une contusion du talon gauche ainsi qu'une contusion/entorse de l'épaule gauche (pièces OAI 24, p. 107 et 55, p. 407 et 420). Une IRM de l'épaule gauche réalisée le 8 avril suivant a en outre permis d'objectiver une fracture par enfoncement du trochiter, non consolidée et associée à un important œdème médullaire adjacent, un épanchement articulaire avec capsulite inflammatoire réactionnelle, une bursite sous-acromiale significative ainsi qu'une altération de signal du sus-épineux correspondant à des microfissures et à un hématome intratendineux probable (pièce OAI 24, p. 105).

**B.** Par déclaration de sinistre du 24 avril 2019, l'employeur a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) que l'intéressé était en incapacité de travail totale depuis le 18 avril 2019 en raison de l'accident du 12 mars précédent (pièce OAI 55, p. 420). Dans un rapport médical initial du 20 mai 2019, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de fracture de la grande tubérosité de l'épaule gauche et préconisé de la physiothérapie de mobilisation ainsi que de la balnéothérapie, confirmant ainsi la proposition thérapeutique formulée par le Dr F \_\_\_\_\_, médecin du service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital de G \_\_\_\_\_ (pièces OAI 24, p. 103 et 55, p. 407). Dans un rapport du 8 juillet 2019, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin chef du service précité, a également suggéré un traitement conservateur, prescrivant à l'intéressé des séances de physiothérapie (pièce OAI 24, p. 100).

Dans un rapport du 15 juillet 2019, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait une légère amélioration des douleurs et que le pronostic était normalement bon (pièce OAI 55, p. 376). Le 2 septembre suivant, il a précisé que l'évolution était peu

favorable, avec la persistance de symptômes douloureux ainsi que des limitations fonctionnelles et a préconisé la poursuite de la physiothérapie (pièce OAI 55, p. 355).

Dans un rapport du 31 octobre 2019, le Dr F \_\_\_\_\_ a relevé avoir procédé à une infiltration gléno-humérale le 20 août précédent, dont les effets avaient toutefois été de courte durée avec réapparition des douleurs après une semaine. Il a alors proposé à l'assuré de pratiquer une intervention chirurgicale, à savoir une arthroscopie de l'épaule avec ténodèse du long biceps et résection de l'articulation acromio-claviculaire (pièce OAI 24, p. 96). Le 22 novembre suivant, le Dr I \_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital de G \_\_\_\_\_, a toutefois indiqué qu'au vu du peu de diminution des douleurs suite à l'infiltration, le succès d'une telle intervention chirurgicale était très peu probable, de sorte qu'il proposait plutôt de refaire une infiltration gléno-humérale avec une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire (pièce OAI 24, p. 93).

Le 21 novembre 2019, la CNA a annoncé la situation de l'assuré à l'OAI, précisant qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 18 avril 2019 pour une durée indéterminée, qu'elle lui avait enjoint de déposer une demande de prestations et que les pièces du dossier lui parviendraient par Sedex (pièce OAI 55, p.330). Le 25 novembre suivant, l'OAI a reçu une demande de prestations de l'intéressé. Celui-ci confirmait être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 18 avril 2019, en raison de l'accident du 27 mars précédent (*recte* : 12 mars), lequel avait engendré une contusion plantaire gauche ainsi qu'une fracture de la grande tubérosité de l'épaule gauche (pièce OAI 2).

Le 24 janvier 2020, le Dr J \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à un examen de l'assuré et a posé les diagnostics de fracture *in situ* de la grande tubérosité de la tête humérale gauche ainsi que de chondrocalcinose gléno-humérale. Concernant le talon, il a précisé qu'un scanner de contrôle avait permis d'exclure une atteinte traumatique. Il a encore ajouté qu'il était difficile de considérer la situation comme stabilisée, la symptomatologie étant encore relativement importante, raison pour laquelle il a proposé que l'intéressé effectue un séjour à la K \_\_\_\_\_, lequel a eu lieu du 18 février 2020 au 18 mars suivant (pièce OAI 24, p. 71 et 91).

Dans un rapport du 11 mars 2020, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique à la K \_\_\_\_\_, a retenu que l'intéressé présentait des séquelles douloureuses dans les suites d'une fracture-impaction du trochiter de l'épaule gauche, pour lesquelles il ne recommandait aucune intervention chirurgicale, mais plutôt la

poursuite de la physiothérapie de mobilisation en insistant sur le renforcement des abaisseurs de l'épaule. Il a ajouté que la question d'une 3<sup>ème</sup> infiltration échoguidée sous-acromiale pouvait se poser et qu'à son sens, une reprise de l'activité professionnelle habituelle était envisageable à moyen terme (pièce OAI 57, p. 502).

Dans un rapport du 30 mars 2020, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la K \_\_\_\_\_, a indiqué qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 2 à 3 mois, que selon le spécialiste en orthopédie de la K \_\_\_\_\_ (Dr L \_\_\_\_\_) aucune nouvelle intervention chirurgicale de l'épaule n'était proposée, mais qu'il y avait lieu de poursuivre la physiothérapie, et que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'ouvrier de la construction était défavorable, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée (pas d'activités prolongées ou répétitives au-dessus du niveau des épaules, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche et pas de port de charges répétitif de plus de 5-10kg), le pronostic de réinsertion était favorable et qu'il fallait s'attendre à une pleine capacité de travail dans une telle activité (pièce OAI 24, p. 75).

Dans un rapport médical détaillé, selon l'article 87 du règlement (CE) n°987/2009, du 13 mai 2020, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et que la poursuite de la physiothérapie était indiquée afin d'améliorer la fonctionnalité. Il a cependant estimé qu'avec une réadaptation professionnelle, une amélioration de la capacité de travail de son patient était possible et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail avec le dos courbé, pas de mouvements fréquents de torsion ou de flexion, pas d'activités prolongées ou répétitives au-dessus du niveau des épaules, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche et pas de port de charges répétitif de plus de 5-10kg (pièce OAI 24, p. 55 ss).

Le 23 juin 2020, le Dr J \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'intéressé, au terme duquel il a relevé que ce dernier avait été vu par deux spécialistes de l'épaule, les Drs I \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, lesquels n'avaient pas retenu d'indication chirurgicale mais avaient uniquement proposé la poursuite d'un traitement conservateur. L'intéressé n'étant pas satisfait des résultats, il a émis le souhait d'obtenir un avis supplémentaire, soit celui du Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Le Dr J \_\_\_\_\_ a précisé que si seule la poursuite du traitement conservateur était prévue suite à cette consultation, il y aurait lieu de considérer que la situation était stabilisée. Il a ajouté qu'il faudrait alors reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles posées lors du

séjour à la K \_\_\_\_\_, à savoir toutes les activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche et le port de charges répétitif de plus de 5-10kg (pièce OAI 8, p. 683).

Dans un rapport du 28 juillet 2020, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pouvait pas retenir une indication chirurgicale et qu'il conseillait également un traitement conservateur. Il a ajouté avoir réalisé une 3<sup>ème</sup> infiltration cortisonée sous-acromiale, puis avoir refait une ordonnance de physiothérapie, en expliquant bien à l'intéressé qu'une reprise de son activité habituelle serait difficile et qu'il faudrait prévoir une reconversion professionnelle (pièce OAI 59, p. 718).

Dans un rapport du 27 août 2020, le Dr J \_\_\_\_\_ a ainsi constaté qu'à pratiquement une année et demie de l'accident, aucune attitude thérapeutique, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, ne pouvait améliorer l'état de l'assuré, lequel décrivait de plus lui-même que l'état clinique n'évoluait plus. Le médecin d'arrondissement a dès lors confirmé que la situation devait être considérée comme stabilisée. Il a en outre indiqué qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : éviter les activités à hauteur d'épaules, privilégier les activités à hauteur du tronc, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges supérieures à 10kg s'ils étaient continus et/ou répétitifs et pas d'activités répétitives avec l'épaule gauche (pièce OAI 59, p. 715). Par appréciation séparée du même jour, le Dr J \_\_\_\_\_ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% (pièce OAI 59, p. 712).

Par décision du 4 septembre 2020, la CNA a nié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident, et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (pièce OAI 61). Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 17 décembre 2020, laquelle n'a pas été contestée (pièce OAI 62).

**C.** Le 15 février 2021, l'OAI s'est enquis du sort de la décision du 17 décembre 2020 auprès la CNA, laquelle l'a informé que cette dernière était entrée en force (pièce OAI 35). Sur cette base, l'OAI a transmis à l'assuré, le 16 février 2021, un projet de décision, dans lequel il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100% et limitée du 1<sup>er</sup> mai 2020 au 30 septembre suivant. L'OAI a en substance retenu que, depuis le 23 juin 2020, l'exercice à 100%, avec un rendement normal, de n'importe quelle activité légère et adaptée était exigible, dans le respect des limitations suivantes : port de charges limité à 10kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche, pas

d'activités répétitives avec l'épaule gauche, éviter les activités à hauteur d'épaules et privilégier les activités à hauteur du tronc. L'OAI a ajouté que la comparaison des revenus avec et sans invalidité faisait ressortir un degré d'invalidité de 3%, n'ouvrant le droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 37).

Le 8 mars 2021, Me Michel De Palma a informé l'OAI avoir été mandaté par l'intéressé afin d'assurer la défense de ses intérêts (pièce OAI 44). Le 18 mars suivant, il a requis que le délai de détermination soit prolongé au 15 avril 2021, ce que l'OAI a refusé, motif pris que le délai pour déposer des objections était un délai légal (art. 57a al. 3 LAI), rappelant au surplus que, compte tenu des fêtes de Pâques, le délai arrivait à échéance le 12 avril 2021 (pièces OAI 45 et 46). Aucune objection n'ayant été déposée dans le délai, l'OAI a confirmé son projet par décision du 21 juin 2021 (pièce OAI 49).

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 24 août 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 21 juin 2021, à sa mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à déterminer en fonction de nouveaux examens médicaux, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision et instruction complémentaire, notamment mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Il a en substance soutenu que l'OAI avait établi les faits de manière inexacte en se basant sur le dossier de la CNA sans avoir sollicité l'avis de son médecin traitant, lequel avait continué à attester une incapacité de travail totale et que l'office intimé avait également violé son devoir d'instruction en ne sollicitant aucune information médicale avant de rendre la décision litigieuse, qu'il s'agisse de son médecin traitant ou d'un médecin SMR. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il a d'abord relevé que l'OAI n'avait pas déterminé ce taux, avant d'argumenter que la détermination de ce dernier ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles déterminées par la CNA, que le revenu annuel sans invalidité retenu par l'office intimé différait de celui fixé par la CNA et que si le revenu annuel d'invalidité avait été correctement établi, celui-ci aurait laissé apparaître un taux d'invalidité ouvrant droit à un reclassement professionnel, respectivement à une rente.

Dans sa réponse du 19 octobre 2021, l'intimé a rappelé que l'intéressé avait été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA en date du 23 juin 2020 et que le rapport y relatif revêtait une pleine valeur probante, de sorte qu'il ne se justifiait pas de s'écarter de cette appréciation et d'entreprendre d'autres mesures d'instruction. Il a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 22 novembre 2021, le recourant a observé que l'appréciation de sa situation médicale faite par l'OAI sur la base du dossier de la CNA n'était pas pertinente, l'OAI devant prendre en compte toute pathologie influençant l'incapacité de gain et non uniquement les suites exclusives de l'accident, que sa situation médicale n'était pas stabilisée au mois de mars 2020, que les limitations fonctionnelles posées par son médecin traitant avaient été totalement occultées et que le rapport de ce dernier n'avait pas été pris en compte, alors même qu'il remplissait tous les critères jurisprudentiels.

L'intimé ayant indiqué n'avoir rien à ajouter à sa précédente prise de position, l'échange d'écritures a été clos le 9 décembre 2021.

Le 15 février 2022, l'assuré a fait verser en cause un rapport du Dr O \_\_\_\_\_, médecin chef du service d'orthopédie-traumatologie du P \_\_\_\_\_, lequel a indiqué qu'un traitement chirurgical sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule avec suture de la coiffe, débridement de l'espace sous-acromial et résection de la clavicule distale pourrait amener un soulagement chez l'intéressé.

### **Considérant en droit**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 24 août 2021, le recours dirigé contre la décision du 21 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI au-delà du 30 septembre 2020.

**3.** Dans un premier grief, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir établi les faits à la base de la décision litigieuse de manière inexacte, voire arbitraire, dans la mesure où il s'est fondé uniquement sur le dossier de la CNA, sans procéder à un examen complémentaire de sa situation.

**3.1** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 et ATF 125 V 193 consid. 2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 174 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2 ; arrêt B 110/04 du 10 novembre 2005).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve d'un fait, c'est à la partie qui veut en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver ce fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3).

**3.2** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Pour rappel, lorsque l'autorité administrative apprécie des preuves et établit des faits, sa décision ne sera arbitraire que si elle n'a manifestement pas compris le sens et la portée d'un moyen de preuve, si elle a omis, sans raisons sérieuses, de tenir compte d'un moyen de preuve important propre à modifier la décision attaquée ou encore si, sur la base des éléments recueillis, elle a fait des déductions insoutenables (ATF 120 la 31 consid. 4b ; 118 la 28 consid. 1b).

**3.3** En l'occurrence, l'intimé a, sur la base des pièces à sa disposition, notamment l'ensemble des rapports médicaux présents au dossier de la CNA ainsi que la décision sur opposition rendue par cette dernière le 17 décembre 2020, constaté que le recourant présentait une pleine capacité de travail, avec un rendement normal, dès le 23 juin 2020 dans n'importe quelle activité légère et adaptée à son état de santé (port de charges limité à 10kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche, éviter les activités à hauteur d'épaules, privilégier les activités à hauteur du tronc et pas d'activités répétitives avec l'épaule gauche), de sorte qu'après comparaison des revenus, son taux d'invalidité s'élevait à 3%, n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

Après lecture complète du dossier, la Cour de céans n'a pas relevé que les faits retenus par l'intimé l'ont été de manière manifestement inexacte ou arbitraire. D'ailleurs, le recourant n'a nullement expliqué en quoi cela aurait été le cas, se contentant d'affirmer que l'OAI n'avait pas procédé à un examen complémentaire, alors que son médecin traitant avait pourtant continué à attester une incapacité totale de travail, ce qui relève bien plutôt de la question du devoir d'instruction de l'intimé, qui fera l'objet d'une analyse séparée (cf. *infra* consid. 4). En outre, on ne peut conclure que l'intimé aurait constaté les faits pertinents de façon arbitraire du seul fait que les parties au litige sont d'un avis différent quant à l'issue de la cause. Le recourant, n'ayant pas fourni d'allégués plus précis tendant à démontrer le bien-fondé de son grief, doit en supporter les conséquences. Ledit grief est rejeté.

**4.** Dans un deuxième grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir procédé à aucune instruction au sens de l'article 43 alinéa 1 LPGA. Il soutient en effet que l'OAI n'a pas sollicité son médecin traitant ni requis aucune information médicale avant de rendre la décision querellée.

**4.1** Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'article 69 alinéa 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 9C\_414/2014 du 31 juillet 2014, consid. 3.1.3 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (Jacques-Olivier Piguet, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, N. 12 ad art. 43 LPGA ; ATF 131 I 153, consid. 3 ; 124 V 94, consid. 4b). A l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (ATF 110 V 48).

**4.2** En l'espèce, le recourant reproche à l'OAI de n'avoir procédé à aucune instruction au sens de l'article 43 alinéa 1 LPGA, notamment de n'avoir sollicité aucune information médicale avant de rendre la décision litigieuse et de n'avoir pas requis l'avis de son médecin traitant.

A la lecture du dossier, la Cour constate que suite à la demande de prestations du recourant, reçue le 25 novembre 2019, l'OAI a notamment requis et obtenu le questionnaire pour employeur (pièce OAI 14) ainsi qu'un rapport médical détaillé selon l'article 87 du règlement (CE) n°987/2009, rédigé le 13 mai 2020 par le Dr E \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré. Dans le cadre de la procédure de communication AVS/AI-AA, l'intimé a également reçu l'entier du dossier de la CNA (pièces OAI 54 à 62), lequel contenait notamment des rapports médicaux émanant du médecin traitant de l'intéressé ainsi que des Drs F \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_, médecins du service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital de G \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique à la K \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la K \_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie ainsi qu'J \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

En sus de ces rapports, le dossier de la CNA contenait également la décision sur opposition du 17 décembre 2020, non contestée, par laquelle la CNA a dénié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident, et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. A l'entrée en force de cette décision, l'OAI a transmis à l'intéressé un projet de décision, dans lequel il lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100% et limitée du 1<sup>er</sup> mai 2020 au 30 septembre suivant. L'OAI a en substance retenu que, depuis le 23 juin 2020, l'exercice à 100%, avec un rendement normal, de n'importe quelle activité légère et adaptée était exigible, dans le respect des limitations suivantes : port de charges limité à 10kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas d'activités en porte-à-faux avec le membre supérieur gauche, pas d'activités répétitives avec l'épaule gauche, éviter les activités à hauteur d'épaules et privilégier les activités à hauteur du tronc, de sorte qu'après comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 3% devait être reconnu, lequel n'ouvrait le droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel. Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, n'a fait valoir aucune objection à l'encontre de ce projet. En particulier, il n'a pas relevé l'existence de doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis par l'office intimé, ni indiqué en quoi l'état de fait retenu par ce dernier

n'était pas suffisamment établi et encore moins transmis de rapport médical attestant que son état de santé différerait de celui retenu par les médecins cités ci-dessus. Partant, l'intimé a confirmé son projet par décision du 21 juin 2021.

Eu égard à ce qui précède, la Cour ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que l'OAI n'aurait procédé à aucune mesure d'instruction. De plus, en l'absence d'éléments démontrant des contradictions insurmontables ou que les faits n'auraient pas été établis de manière correcte, l'intimé était en droit de ne pas procéder à une instruction complémentaire et de fonder sa décision sur le résultat de ses investigations ainsi que sur le dossier de la CNA, par appréciation anticipée des preuves. Par ailleurs, le recourant se contente d'alléguer que son médecin traitant aurait continué à attester une incapacité de travail totale, mais n'a transmis aucun rapport dudit médecin confirmant ses dires et n'a pas non plus précisé quelle période était concernée par cette incapacité, étant précisé que le dernier rapport transmis par le Dr E \_\_\_\_\_ faisant état d'une incapacité de travail indique que cette dernière s'étend seulement jusqu'au 24 septembre 2020 (pièce OAI 59, p. 720). Partant, la Cour retient que l'instruction menée par l'intimé ne peut pas être qualifiée de lacunaire. Mal fondé, ce grief doit également être écarté.

**5.** Dans un troisième grief, le recourant soutient que l'OAI n'a pas respecté la nécessité de procéder à un examen médical, dans la mesure où il n'a pas fait examiner son dossier par un médecin, qu'il s'agisse de son médecin traitant ou d'un médecin SMR.

**5.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'article 28 aLAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (al. 1). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique ou sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d).

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.

Il résulte de ce qui précède que 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, cité p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.3** Le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies sans être lié par des règles formelles. Il doit examiner objectivement, de manière complète et rigoureuse tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (art. 61 let. c LPGa). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.4** En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision sur les avis du Dr J \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et plus particulièrement sur son rapport d'examen du 23 juin 2020. Ce dernier présente une valeur probante intrinsèque entière, dès lors que ce médecin s'est fondé sur l'ensemble des pièces au dossier, que son avis a été établi de manière circonstanciée et en connaissance de l'anamnèse, que son exposé du contexte médical est cohérent, que l'appréciation de la situation médicale est claire et que les conclusions sont dûment motivées.

Le recourant se contente quant à lui d'affirmer que l'OAI n'a pas jugé utile de faire examiner son dossier par un médecin, passant totalement sous silence l'existence des rapports des Drs F \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_ ainsi que ceux du Dr J \_\_\_\_\_. De plus, le recourant ne produit aucune pièce qui pourrait jeter un doute sur les conclusions de ces spécialistes, ni n'explique en quoi leurs rapports ne seraient pas suffisamment probants. Quant à l'argument selon lequel l'intimé a rendu la décision litigieuse sans avoir requis l'avis de son médecin traitant ou d'un médecin SMR, il a trait à la question du devoir d'instruction de l'OAI, laquelle a été traitée ci-dessus (cf supra consid.4), l'instruction ayant été considérée comme suffisante. La Cour relève toutefois que l'office intimé a bien requis, et obtenu, l'avis du médecin traitant de l'assuré. En effet, le Dr E \_\_\_\_\_ a produit en date du 13 mai 2020 un rapport détaillé selon l'article 87 du règlement (CE) n°987/2009. A la lecture de ce dernier, force est de constater que ce médecin a d'une part considéré qu'une amélioration de la capacité de travail de son patient était possible

et d'autre part retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles posées par le Dr J \_\_\_\_\_ suite à l'examen du 23 juin 2020 et confirmées dans son rapport du 28 août suivant, à savoir pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche, éviter les activités à hauteur d'épaules, privilégier les activités à hauteur du tronc, pas de port de charges supérieures à 10kg de manière continue ou répétitive et pas d'activités répétitives avec l'épaule gauche.

Enfin, le rapport du 7 février 2022 du Dr O \_\_\_\_\_ n'est d'aucun secours au recourant. En effet, en plus d'être en contradiction avec l'ensemble des avis des spécialistes consultés dans le cadre de l'instruction menée par la CNA (Drs F \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_), lesquels ont tous préconisé un traitement conservateur plutôt qu'une intervention chirurgicale, le Dr O \_\_\_\_\_ propose une arthroscopie de l'épaule. Or, cette intervention chirurgicale avait déjà été évoquée par le Dr F \_\_\_\_\_ et écartée par le Dr I \_\_\_\_\_, qui avait indiqué qu'au vu du peu de diminution des douleurs suite à la première infiltration subie par l'assuré, le succès d'une telle intervention chirurgicale était très peu probable. Le Dr O \_\_\_\_\_ n'indique au demeurant pas pour quelles raisons cette intervention aurait des chances de succès plus élevées près de 3 ans après l'accident, alors que l'ensemble des autres spécialistes consultés ne l'ont pas recommandée.

Dès lors, de l'avis de la Cour de céans, les conclusions du Dr J \_\_\_\_\_, reprises par l'intimé, doivent être suivies, le recourant ayant avec raison été considéré comme apte à exercer une activité légère et adaptée à 100%, avec un rendement normal, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise orthopédique, comme requis par le recourant, étant rappelé qu'il est de jurisprudence constante que, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 147 I 167 consid. 4.1 et 124 V90 consid. 4b). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 et les arrêts cités). Pour les mêmes motifs, la Cour renonce à demander l'édition du dossier CNA du recourant, étant précisé que l'ensemble des pièces déterminantes de ce dossier ont été transmises à l'intimé et figurent à son dossier (pièces OAI 54 à 62).

**6.** Dans un ultime grief, le recourant a critiqué le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé.

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

**6.1.1** Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt 8C\_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (art. 6 al. 2 let. f RAVS en lien avec les articles 28 al. 1 aLAI et 25 al. 1 aRAI).

**6.1.2** Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité

lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C\_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

**6.2** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

**6.3** En l'espèce, après avoir relevé que l'OAI n'avait pas déterminé son taux d'invalidité, le recourant a soutenu que la détermination de ce taux ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles posées par la CNA, que le revenu annuel sans invalidité retenu par l'intimé différait de celui retenu par la CNA et que si le revenu annuel d'invalidité avait été correctement établi, celui-ci aurait laissé apparaître un taux d'invalidité ouvrant droit à un reclassement professionnel, respectivement à une rente d'invalidité.

La Cour ne peut pas suivre l'argumentation du recourant. En effet, une simple lecture de la décision querellée permet de constater que l'intimé a bel et bien déterminé le taux d'invalidité de l'intéressé, qui s'élève à 3% (2,72% arrondi). De plus, il ressort également de dite décision que l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues par la CNA ont non seulement été clairement énumérées (port de charges limité à 10kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas d'activités en porte à faux avec le membre supérieur gauche, pas d'activités répétitives avec l'épaule gauche, éviter les activités à hauteur d'épaules et privilégier les activités à hauteur du tronc), mais ont également justifié un abattement de 10% du salaire statistique, de sorte qu'elles ont bien été prises en compte dans la détermination du taux d'invalidité de 3%. Quant à l'argument selon lequel le revenu annuel sans invalidité retenu par l'intimé (63 323 fr. 45) différait de celui retenu par la CNA (62 999 fr.), c'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6 et 131 V 362 consid. 2). Par ailleurs, quand bien même l'OAI aurait retenu le même chiffre que la CNA, cela n'aurait été d'aucune utilité au recourant, puisque son taux d'invalidité aurait alors été de 2,22% au lieu de 2,72%, ce qui ne lui ouvrirait pas le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Enfin, quant à la critique générale selon laquelle si le revenu d'invalidité avait été correctement établi, celui-ci aurait laissé apparaître un taux d'invalidité ouvrant un droit à une rente ou à un reclassement professionnel, la Cour constate que le recourant n'explique pas en quoi le calcul de ce revenu aurait été mal effectué ni quels éléments n'auraient pas été pris en compte lors de son établissement, si bien qu'en l'absence d'allégués plus précis tendant à démontrer le bien-fondé de son grief, ce dernier doit être rejeté.

Partant, le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé n'est pas critiquable.

**7.1** Ce qui précède ne suffit cependant pas à conduire à la confirmation de la décision attaquée. En effet, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner 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, par 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 du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références). 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 (cf. 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).

**7.2** Dans le cas d'espèce, le recourant, né le xx.xx1 1963, avait 55 ans révolus (soit 58 ans) au moment où l'intimé lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (le 21 juin 2021; cf. ATF 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 avait ainsi

droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente.

Or, il ressort du dossier que cet examen n'a pas été effectué par l'intimé, dont la décision querellée ne contient aucune constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même selon les règles spécifiques qui s'appliquent aux assurés âgés de plus de 55 ans, alors même que selon l'avis des spécialistes de la K \_\_\_\_\_, faisant suite au séjour de l'assuré aux ateliers professionnels du 25 février 2020 au 4 mars 2023, ce dernier n'avait montré aucun aspect favorisant l'intégration socio-professionnelle et avait de la peine à se projeter dans une autre activité.

Dans cette mesure, il convient d'annuler la décision du 21 juin 2021 en tant qu'elle porte sur la suppression de la rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2020 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.

**8.1** 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. 69 al. 1bis LAI).

Aux termes de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause 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 ce qui précède, X \_\_\_\_\_ a obtenu gain de cause en l'espèce. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, doivent par conséquent être mis intégralement à la charge de l'intimé. L'avance du même montant que l'assuré a versée le 24 septembre 2021 lui sera ainsi remboursée et l'Office AI s'acquittera de ce montant auprès du Tribunal cantonal.

**8.2** Etant donné l'issue de la cause, le recourant a droit à des dépens à charge de l'intimé (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

Me De Palma a déposé un recours motivé, une brève détermination sur la réponse de l'Office AI, un courrier et une quinzaine de copies dans un dossier de complexité moyenne. Les dépens qui lui sont dus par l'intimé sont ainsi fixés à 1800 fr., débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar).

### **Prononce**

1. Le recours est admis, la décision du 21 juin 2021 est annulée 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 7.2.
2. L'Office cantonal AI du Valais versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 26 juin 2023