

Par arrêt du 12 août 2024 (9C_197/2024), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière civile interjeté par X_ contre ce jugement

S1 21 194

ARRÊT DU 20 FÉVRIER 2024

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Didier Elsig, avocat, Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; révision et suppression de la rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, né le 19 juin 1965, a exercé la profession de caviste (CFC obtenu en 1984 auprès de A _____) de 1984 à 2006, en dernier lieu pour le B _____. Dès 2006, souffrant d'un problème d'arthrose à l'épaule droite, il a changé de poste et a travaillé en qualité de surveillant auprès de A _____. Son travail comprenait la surveillance et l'encadrement des élèves, la surveillance générale (étude, pauses, repas de midi), la surveillance de l'internat, l'organisation des salles de classes pour les professeurs, la gestion de la réservation des salles et de véhicules, le transport des élèves, la tenue à jour de l'économat, l'organisation des journées sportives et la collaboration au bon fonctionnement général de l'école (cf. p. 20 du dossier AI ; cf. également p. 30-32, 104 et 114 du dossier AI). Son salaire brut était de 7271 fr. 90/mois (13^{ème} salaire compris) depuis 2013 (cf. p. 42 du dossier AI).

En mai 2012, on lui a diagnostiqué des lombalgies sur discopathie L5-S1, lesquelles ont justifié des incapacités de travail à 50% du 27 mai 2013 au 19 juin 2013, à 100% du 20 juin 2013 au 19 août 2013, puis à 80%, incapacités attestées par le Dr C _____, spécialiste en médecine interne générale, médecine du sport et médecin traitant. En mai 2013, on lui a par ailleurs diagnostiqué une hernie inguinale, laquelle a été opérée (cf. p. 57 du dossier AI). Le 4 octobre 2013, X _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après l'OAI).

L'assuré a de nouveau été en incapacité de travail à 100% dès le 2 janvier 2014 (p. 107 du dossier AI).

Dans un rapport du 9 janvier 2014, le Dr D _____, spécialiste en neurochirurgie auprès du E _____, a posé comme restrictions professionnelles un port de charges limité à 20 kilos, des positions assises et debout statiques limitées à 2h, l'évitement des mouvements en porte à faux et des rotations du bassin et des épaules ; un changement fréquent des positions était souhaitable. Il a précisé ne pas avoir assez d'éléments objectifs pour déterminer le taux de capacité de travail et a fait état de discordances radiocliniques avec une absence de réponses aux traitements justifiant une évaluation par le médecin de l'AI (p. 96 du dossier AI).

Des mesures d'ordre professionnel ont été mises en œuvre. Le poste de travail habituel ayant *a priori* paru respecter les limitations énoncées, l'assuré a été orienté vers des cours de formation continue ou une mesure d'occupation dans ce même domaine d'activité ; l'avis du médecin-conseil de l'AI a été requis (p. 105 du dossier AI).

Dans une prise de position du 27 janvier 2014, le médecin du Service médical régional (SMR) de l'AI, la Dresse F _____, a constaté que les lombalgies étaient mécaniques et isolées et que le neurologue n'avait pas trouvé de déficit neurologique ou de radiculopathie. Les limitations fonctionnelles avaient bien été décrites par le Dr D _____, auxquelles s'ajoutait l'éviction de la position accroupie ou à genoux en raison d'opérations du genou droit en 2010. L'opération de la hernie inguinale n'avait entraîné aucune limitation durable. Le travail de surveillant lui paraissait adapté et la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel était possible. Le dossier devait encore être instruit pour préciser l'exigibilité médico-théorique (p. 107 du dossier AI). En date du 26 février 2014, la Dresse F _____ a encore précisé que l'alternance des positions assise et debout n'impliquait aucunement que l'intéressé puisse se coucher, cette position étant même déconseillée (p. 116 du dossier AI).

L'assuré a tenté une reprise d'activité à 50% (à raison de demi-journées) à son poste habituel dès le 1^{er} mai 2014 (p. 133 du dossier AI). Comme il arrivait au terme de son droit à « l'auto-assurance de l'Etat du Valais », le médecin-conseil de ce dernier, le Dr G _____ a exigé qu'il reprenne dès le 25 juillet 2014 son travail à 100% moyennant l'aménagement du poste selon un nouveau cahier des charges à discuter avec son responsable. Il devait pouvoir se concentrer sur des activités légères, éviter le port de charges de plus de 5 kilos, les torsions des épaules ou du bassin et pouvoir alterner les positions. Le 28 octobre 2014, l'employeur a transmis à l'OAI le nouveau cahier des charges tel qu'aménagé en avril 2014 (p. 138 du dossier AI).

Selon les déclarations de l'employeur du 28 octobre 2014, la reprise professionnelle ne s'était pas bien déroulée malgré les adaptations. Par ailleurs, l'assuré avait reçu un avertissement pour une erreur professionnelle. Dans son poste adapté, l'assuré ne secondait plus le responsable des bâtiments, ne conduisait plus le bus sur de longs trajets, n'effectuait plus de manutentions lourdes ; le rendement demeurerait toutefois fortement diminué, soit inférieur à 50% selon l'employeur, l'assuré travaillant très lentement (p. 144ss du dossier AI).

En novembre 2014, le Dr H _____, neurochirurgien, a annoncé que compte tenu des douleurs persistantes au dos, une opération était prévue, laquelle serait suivie d'une incapacité de travail de 3 à 6 mois ; par la suite, son patient devrait s'orienter vers une profession adaptée, sans port de charges de plus de 20 kilos sur un mode régulier (p. 151 et 153 du dossier AI).

Le 26 février 2015, l'assuré a été opéré par le Dr H _____ (spondylodèse TLIF L5-S1 pour discopathie avec douleurs lombaires mécaniques).

Par décision du 26 mars 2015, le Département de l'économie, de l'énergie et du territoire a mis un terme aux rapports de service de X _____ (p. 178 du dossier AI).

Lors d'un examen médical du 21 avril 2015, il persistait des douleurs lombaires résiduelles mais sans douleurs mécaniques ; le patient ne prenait plus de médicaments et la situation était en voie d'amélioration. Le Dr H _____ a alors attesté qu'à terme on pouvait s'attendre à une activité physique normale ; son patient pouvait travailler dans une activité professionnelle sans port de charges de plus de 10 à 15 kilos et, *a priori*, pourrait reprendre son ancien poste de manière complète et progressive, une réadaptation étant également envisageable dans un délai de 3 à 6 mois post-opératoire, soit dès juillet-août 2015 (p. 166 du dossier AI). Le 11 août 2015, l'assuré a confirmé que son état de santé s'était nettement amélioré ; il dormait nettement mieux malgré quelques douleurs et se réjouissait de reprendre progressivement une activité professionnelle. Le Dr H _____ a attesté une reprise du travail à 50% dès le 7 septembre 2015 (p. 176 du dossier AI). Dès cette dernière date, X _____ a perçu des indemnités de l'assurance-chômage.

En date du 14 août 2015, l'OAI a constaté que l'ancienne profession demeurait exigible car en accord avec les limitations fixées par le Dr H _____. L'assuré n'était toutefois pas sûr de pouvoir récupérer son poste, un nouvel employé ayant été engagé en CDD. Le droit à des mesures d'ordre professionnel restait ouvert dans la mesure où sa capacité de travail demeurait alors toujours de 50% (p. 179 du dossier AI).

Le 26 août 2015, le Directeur de A _____ a exposé que le poste de l'assuré avait été mis au concours en CDD pour l'année 2015/2016 ; il souhaitait engager une personne apte à 100%, sans restriction de santé, étant précisé qu'il incluait dans le cahier des charges de ce poste des tâches très lourdes (déplacement de mobilier, réparation de chaudières...) que l'intéressé ne pouvait plus accomplir ; des aménagements tels qu'opérés en 2014 n'étaient ainsi pas possibles. Le Directeur a finalement précisé que ses relations avec X _____ s'étaient péjorées et qu'il refusait de le réengager. L'assuré estimait pour sa part avoir été victime de mobbing. A l'aune de ces précisions, le Service de réadaptation a considéré que ce poste de surveillant devait être considéré comme un « poste de niche » et qu'il n'existait pas de place de travail similaire sur le marché de l'emploi sans formation complémentaire, notamment

sans apprentissage de l'anglais (emplois dans des écoles internationales) ou dans les soins (EMS, écoles spécialisées) (p. 181s. du dossier AI).

Un engagement comme surveillant auprès d'une future école internationale à Nendaz ayant été envisagé dès décembre 2015 (date reportée par la suite ; pp. 234 et 308 du dossier AI), l'assuré a été mis au bénéfice d'un cours d'anglais intensif (p. 201 du dossier AI), cours prolongé par la suite. L'assuré a par ailleurs été encouragé à s'inscrire à des cours d'introduction au travail en institution (CITI) dans le but de pouvoir travailler dans des institutions sociales (pp. 214 et 219 du dossier AI).

Le Dr C _____ a attesté une incapacité de travail de 50% du 27 septembre 2015 au 22 octobre 2015, prolongée ensuite jusqu'au 11 janvier 2016 (pp. 226 et 240 du dossier AI).

Par courrier du 20 octobre 2015, l'assuré a confirmé sa volonté de poursuivre les mesures professionnelles relatives à la profession de surveillant, notamment les cours d'anglais ; il a ajouté s'être inscrit au cours CITI. Il a également accompli un cours OACP (chauffeur), Conseils transports, et un nouveau cours CITI ; des places de stage ont par ailleurs été recherchées (p. 266 du dossier AI).

Dès février 2016, l'assuré a annoncé que son état de santé ne s'améliorait pas, contrairement à ce qui avait été escompté (p. 293, 309 et 316 du dossier AI).

Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr C _____ a confirmé les diagnostics de douleurs résiduelles post TLIF L5/S1 et spondylodèse L5/S1 et a ajouté une borréliose. Les douleurs locales en phase statique et (lors) de mouvements étaient plus importantes qu'avant l'opération, avec des décharges dans les membres inférieurs. L'incapacité de travail demeurait de 50%. Le patient était fortement limité par ses douleurs avec une baisse de rendement (p. 317 ss du dossier AI).

En mai 2016, avec l'accord de l'assuré, le Service de réadaptation a décidé de poursuivre les mesures professionnelles malgré le maintien de l'incapacité de travail de 50%. Ont été mises en œuvre des formations dans des domaines telles que la gestion des conflits et du stress ; par ailleurs une participation à l'obtention du permis D1 (poids lourd) a été validée. Dès le 1^{er} juin 2016, la recherche d'un nouveau stage en qualité de surveillant a été privilégiée ; à défaut, de nouvelles formations dans le domaine du social ou du développement personnel étaient envisagées (p. 342 et p. 347, du dossier AI).

Le 13 mai 2016, le Dr I _____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que l'opération avait induit une complication sous forme de neuropathie cicatricielle et qu'une prise en charge microchirurgicale était prévue. La poursuite du reclassement, en particulier des stages, demeurerait néanmoins possible en appliquant les mêmes précautions qu'en cas de lombalgies chroniques sur discopathie (p. 353 du dossier AI ; cf. également le rapport adressé le 13 mai 2016 au Dr C _____, p. 354 du dossier AI).

Dans un rapport du Service de réadaptation du 8 juin 2016, il a été relevé que la durée du reclassement était prolongée jusqu'au 2 octobre 2016 et qu'à l'échéance de cette date, on pourrait considérer que l'assuré avait acquis suffisamment d'expérience tant pratique que théorique pour pouvoir exercer la profession de surveillant au sein de diverses écoles ou institutions.

Des examens accomplis auprès du Prof. J _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et chirurgie de la main en juillet et août 2016 ont permis d'exclure tout névrome cicatriciel. Aucune indication opératoire n'était proposée, seul un traitement médicamenteux étant recommandé (cf. pp. 480 et 507 du dossier AI). Le 28 juillet 2016, le Dr K _____, spécialiste en neurologie, a également exclu tout déficit sensitivomoteur et décrit une bonne trophicité musculaire. Les radiographies avaient montré une ostéosynthèse bien en place. Les douleurs neuropathiques vers le MIG sur le trajet L5 étaient vraisemblablement en lien avec une ancienne irritation radiculaire L5 gauche (p. 481 du dossier AI).

Du 30 août 2016 au 2 octobre 2016, l'intéressé a effectué un stage de surveillant auprès du Centre de préapprentissage de l'Institut St-Raphaël, à Sion (p. 423 du dossier AI). Il a rapporté avoir énormément apprécié son stage mais avoir ressenti des douleurs permanentes et croissantes au fil des heures. Lors de l'entretien y relatif du 3 octobre suivant, le responsable du Centre a exprimé que la cible d'aide-éducateur, surveillant ou veilleur dans une institution était tout à fait adaptée à la situation de l'assuré qui entretenait de bon contact avec les jeunes. Il lui conseillait toutefois de s'orienter vers des structures nécessitant moins d'interactions permanentes et où il pourrait peut-être davantage souffler physiquement, comme auprès des Ateliers ou Foyers St-Hubert ou de la Fovahm par exemple (p. 448 du dossier AI).

Dans un rapport de mesures professionnelles du 5 octobre 2016, le Service de réadaptation de l'AI a rappelé que malgré le caractère de prime abord adapté du dernier emploi de surveillant, il était ensuite apparu que ce poste était « panaché » avec des

tâches d'intendance non compatibles avec les limitations fonctionnelles. Aucune adaptation du cahier des charges n'avait pu être adoptée sur le long terme. Des mesures avaient ainsi été mises en œuvre afin que l'assuré puisse acquérir des connaissances spécifiques et élargir son expérience de la branche et ainsi prétendre à un nombre suffisant de postes de surveillant sur le marché primaire du travail. Avec ce complément, le Service de réadaptation estimait l'intéressé à même de briguer des fonctions de surveillant en école publique, privée ou dans diverses institutions. Dans de tels postes, il pouvait recouvrer un revenu équivalent à son dernier salaire; il devait ainsi être considéré comme réadapté dans son activité antérieure remise à jour et élargie. Restait à déterminer le taux d'activité exigible (p. 473 du dossier AI).

Le 11 octobre 2016, le Dr C _____ a certifié que son patient pouvait travailler à 50% dans une activité sans charge de plus de 2 kilos, sans position statique assise ou debout prolongée ; il a ajouté que son patient devait avoir la possibilité de se coucher durant son travail (p. 479 du dossier AI).

Le 6 mars 2017, le Dr L _____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après le SMR), a souligné que l'évolution était peu claire et qu'il y avait des données discordantes. Il a requis l'édition des résultats des derniers examens paracliniques ainsi que des rapports du Dr I _____ et du Prof. J _____ (p. 497 du dossier AI).

Le 24 mars suivant, le Dr I _____ a rapporté que les derniers examens montraient que la fusion (ndr post-opératoire) était en train de se faire. Le problème principal était la radiculopathie L5 apparue après l'intervention, très probablement due à une complication lors de la mise en place de la cage (p. 504 du dossier AI).

Le 18 avril 2017, le Dr L _____ a requis l'aménagement d'une expertise afin d'éclaircir la situation, laquelle a été confiée au Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie (p. 511 du dossier AI).

En date du 24 mai 2017, le Dr I _____ a procédé à l'implantation d'un stimulateur médullaire ; il a attesté une incapacité de travail de 100% jusqu'au 5 juin 2017 (p. 550 du dossier AI).

Le 21 juillet 2017, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche, lavage et débridement, laquelle a justifié une incapacité de travail à 100% dès ce même jour et pour une durée indéterminée (réévaluation prévue le 7 novembre 2017 ; cf. p. 548s. et 552 et du dossier AI).

Le Dr M _____ a rendu son expertise en date du 17 octobre 2017. Il a pris connaissance du dossier médical de l'assuré, y compris radiologique et a procédé à un examen clinique. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de « lombalgies persistantes, status après spondylodèse TLIF L5-S1 avec mise en place d'une cage intersomatique et d'un fixateur interne avec des vis transpédiculaires L5-S1 pour discopathie L5-S1 (26.02.2015), de gonarthrose modérée des deux genoux, plus marquée à gauche qu'à droite, de status après arthroscopie et probable méniscectomie partielle genou gauche (1988, 1990), de status après méniscectomie partielle des cornes postérieures des 2 ménisques genou droit (17.03.2010), chondrocalcinose genou gauche, de status après arthroscopie et lavage genou gauche (22.07.2017) et de tendinopathie coiffe des rotateurs des deux épaules ». Il a confirmé que l'arthrodèse était consolidée. Les autres diagnostics, notamment la maladie de Lyme traitée fin 2015, début 2016, l'arthralgie des doigts d'origine indéterminée (Lyme ?) et les suites de traitements aux épaules et à la cheville gauche, ont été jugés sans incidence sur la capacité de travail (p. 563 ss du dossier AI).

L'expert a constaté sans autre développement que les anciennes activités de caviste et de surveillant, ne respectaient pas les limitations fonctionnelles. Il a par contre conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité évitant le port de charges de plus de 10 kilos, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. L'expertisé devait également éviter les mouvements au-delà de l'horizontal des deux épaules. Il pouvait notamment exercer un métier sédentaire ou semi-sédentaire permettant d'alterner la position assise et la position debout. Malgré l'état de son genou prévalant lors de l'expertise, de courts déplacements à plat demeuraient possibles, mais il devait éviter de monter et descendre les escaliers ou les pentes ainsi que la marche en terrain irrégulier. Cette pleine capacité de travail était exigible depuis juin 2017, après la mise en place du neurostimulateur (p. 563 du dossier AI).

Prenant position en date du 3 novembre 2017, le Dr L _____ a relevé que l'expert n'avait pas retenu la pseudarthrose ou l'instabilité du matériel d'ostéosynthèse (MO) lombaire évoqué par le Dr I _____. Il a confirmé la pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite par l'expert et ce dès juin 2017 (p. 580 du dossier AI).

Le 13 novembre 2017, l'OAI a adressé un projet d'acceptation de rente à son assuré. Il prévoyait l'octroi d'une rente entière du 1^{er} avril 2014 (demande tardive) au 31 décembre 2015, d'une demi-rente suspendue dès le 1^{er} janvier 2016 (versement d'indemnités journalières de réadaptation) et à nouveau allouée dès le 1^{er} octobre 2016 et d'une rente

entière du 1^{er} août 2017 au 30 septembre 2017. Il a été admis que l'ancienne activité de collaborateur spécialisé n'était plus exigible, mais qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée dans une activité adaptée dès le 5 juin 2017 (p. 587ss du dossier AI). Dans un second projet du même jour, il a été constaté que le reclassement professionnel en qualité de surveillant avait été achevé avec succès (p. 594 du dossier AI).

Ces projets ont été contestés par l'assuré ; il a notamment mis en doute le caractère adapté de la profession de surveillant, notamment compte tenu de son incapacité à monter et descendre les escaliers ou à rester longtemps debout.

Dans une prise de position du 12 janvier 2018, le coordinateur en réadaptation a indiqué avoir pris connaissance des limitations fonctionnelles retenues par l'expert. Il a rappelé que les travaux qui étaient dévolus à l'assuré dans son dernier poste à l'Etat du Valais ne correspondaient clairement pas totalement à ceux usuellement dévolus aux surveillants ; au contraire, ils incluaient des tâches de conciergerie et de maintenance, voire de logistique, lesquelles n'étaient pas adaptées à son état de santé. Selon le coordinateur, « les évaluations négatives du caractère adapté de l'activité de surveillant avaient de toute évidence été basées sur cette définition de l'activité qui n'en était pourtant nullement représentative ». La part du cahier des charges spécifiques à la seule fonction de surveillant était quant à elle clairement adaptée et répondait aux limitations fonctionnelles ; elle comportait les tâches suivantes : assumer la surveillance des études et de l'internat, la planification, l'organisation et le déroulement des journées sportives, le coaching des cours de technologie aux élèves apprentis cavistes, l'appui aux apprenants ainsi que d'autres tâches dans le domaine de la formation, la surveillance d'examens et les exercices donnés en l'absence des professeurs, le transport et l'encadrement des élèves, la gestion de l'économat, de la bibliothèque, de la salle des maîtres ainsi que de la salle de lecture. L'alternance des positions était possible et la quasi-totalité des établissements étaient équipés d'ascenseurs pouvant être utilisés par un surveillant. Les compétences acquises par le biais des mesures d'ordre professionnel permettaient désormais à l'assuré de briguer des emplois pleinement adaptés, sans ajout de tâches annexes, ce type de poste étant suffisamment représenté sur le marché équilibré du travail. Une liste des tâches relatives à un tel poste adapté a été fournie. Le coordinateur a dès lors confirmé l'adéquation de la profession de surveillant (p. 622 ss du dossier AI).

Dans un complément d'expertise du 15 janvier 2018, répondant à des questions de Me Elsig, le Dr M _____ a précisé qu'il était difficile de se prononcer sur l'origine des lombalgies persistantes rapportées par l'expertisé. Il a souligné que les sensations

de décharges électriques des membres inférieurs étaient nettement diminuées depuis la mise en place du stimulateur médullaire en date du 24 mai 2017 et a répété que l'examen neurologique était dans la limite de la norme (p. 624 du dossier AI).

Le 2 février 2018, l'assuré a contesté la diminution des décharges électriques retenue par l'expert, l'amélioration n'ayant été que minime et aléatoire. Il a requis la mise en œuvre d'un nouvel examen neurologique avec EMG.

Le 23 mars 2018, l'assuré a produit un rapport du 1^{er} mars 2018 du Dr N _____, spécialiste en orthopédie et médecine du sport, lequel estimait que les douleurs étaient peu claires, possiblement en lien avec une infection latente ou une chondrocalcinose ; il préconisait des examens rhumatologiques et des investigations en infectiologie, en particulier en lien avec une possible borréliose (p. 648s. du dossier AI, *traduire*).

Un rapport relatif à une IRM du genou gauche du 26 mars 2018 a été établi par le Dr O _____ (p. 657 du dossier AI). Elle montrait notamment un épanchement intra-articulaire et une synovite ainsi qu'une gonarthrose avec chondropathie fémoro-patellaire de grade IV et fémoro tibiale interne de grade II.

Prenant position en date du 4 avril 2018, le médecin du SMR a constaté que les derniers rapports médicaux du Dr N _____ ainsi que la nouvelle IRM n'avaient pas apporté de nouvel élément ; il s'agissait du même diagnostic connu de gonarthrose déjà pris en considération par l'expert et le SMR (p. 660 du dossier AI).

Par décisions des 12 et 19 avril 2018, l'OAI a écarté les critiques de son assuré et confirmé les projets susmentionnés. L'Office a notamment confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr M _____ et relevé que tous les examens neurologiques avaient montré un status dans la norme (cf. notamment le rapport du Prof. J _____ du 29 août 2016), aucune péjoration n'ayant ultérieurement été établie. Une amélioration de l'ordre de 50% des sensations de décharges électriques après implantation du stimulateur avait clairement été attestée par l'expert, sur la base des déclarations de l'intéressé (p. 5 de son rapport). Le caractère adapté d'un poste de surveillant tel que décrit par le Service de réadaptation, sans ajout de tâches annexes, a été souligné (p. 675ss et p. 689ss du dossier AI).

B. X _____ a recouru céans à l'encontre de ces décisions en date du 17 mai 2018. Il estimait toujours que son reclassement en qualité de surveillant ne lui permettait pas d'exercer une activité adaptée à tous ses problèmes de santé. Il s'est prévalu d'une nouvelle aggravation de son état de santé avec notamment ses problèmes de genoux,

un possible rhumatisme de Lyme et une neuroborréliose (p. 730 du dossier AI ; cf. également les rapports du Dr N _____ des 15, 24 mai et 19 juillet 2018, pp. 777, 778 et 780 du dossier AI, ainsi que le rapport du Dr C _____ du 7 juin 2018). Son recours a été admis par jugement du Tribunal de céans du 26 novembre 2018 (cause S1 18 123) à la suite d'un acquiescement partiel de l'OAI. Ce dernier s'est référé à un rapport de son SMR du 3 octobre 2018 notant que la situation devait être éclaircie au moyen d'une expertise pluridisciplinaire s'agissant des derniers diagnostics susmentionnés (p. 802 du dossier AI). Le dossier a alors été renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une nouvelle expertise tendant à déterminer si le recourant souffrait effectivement d'une forme de borréliose (maladie de Lyme) (p. 810 du dossier AI).

Une scintigraphie osseuse du 21 décembre 2018 a mis en évidence plusieurs altérations dégénératives et inflammatoires à plusieurs niveaux du squelette (p. 837 du dossier AI).

Un bilan neurologique a été effectué par la Dresse P _____, neurologue et spécialiste de la borréliose suivant l'assuré. Dans son rapport adressé le 3 mars 2019 au médecin traitant (p. 846 ss du dossier AI), elle a notamment relevé que la sérologie pour la maladie de Lyme était alors négative. Elle estimait néanmoins qu'une borréliose chronique séronégative ne pouvait être complètement exclue à cause de prédisposition génétique du patient. Une origine infectieuse des arthrites causée par d'autres germes devait aussi être investiguée. Elle avait observé à plusieurs reprises la polyarthrite récurrente, migrante, fluctuante et invalidante ; elle était d'avis que son patient nécessitait une attention spéciale et urgente et qu'il était incapable de travailler dans ces conditions.

L'expertise pluridisciplinaire susmentionnée a été rendue par Q _____ SA, centre médico-administratif d'expertises indépendant, en date du 26 juillet 2019 (p. 900 ss du dossier AI). Elle a été confiée aux Drs R _____, spécialiste en médecine interne générale, S _____, spécialiste en chirurgie, orthopédie et trauma, T _____, spécialiste en neurologie et U _____, rhumatologue. Ces derniers ont pris connaissance du dossier médical de l'expertisé, de son anamnèse, ont procédé à des examens et requis de nouvelles radiographies et analyses. Au terme de leur consilium du 12 juillet 2019, ils ont notamment retenu qu'il n'y avait ni limitation, ni handicap au niveau de la médecine interne générale et de la neurologie. Au niveau rhumatologique, ils se sont écartés de l'avis de la Dresse P _____ et ont récusé tout argument objectif pour une maladie de Lyme ou une neuroborréliose. Les seuls éléments objectifs retrouvés aux analyses étaient des cristaux de pyrophosphate de calcium

(chondrocalcinose). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charges limité à 5 kilos. Pas de marche ou de piétinements prolongés. Eviter les escaliers. Pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret). Pas de position à genoux ou accroupie. Pas d'efforts de préhension ou de prosuspension forcés des mains (les traumatismes ou microtraumatismes répétés pouvant déclencher des poussées de chondrocalcinose) ». L'ancienne activité telle qu'exercée au sein de A _____ a de nouveau été jugée inadéquate. Les experts ont pris acte que l'intéressé désirait travailler et ont jugé qu'une activité de « surveillant exclusif », sans participation aux sorties d'élèves, à la conciergerie et à l'installation des classes était adaptée. Dans une telle profession, la capacité de travail était de 100% depuis novembre 2017 pour la rhumatologie (ndr. date retenue sur la base de la « communication OAI » et non pour des motifs médicaux ; cf. expertise p. 39, chiffre 8) et depuis juin 2017 pour l'orthopédie par suite de la mise en place du stimulateur médullaire dont l'amélioration de la symptomatologie neurologique leur avait été confirmée par l'expertisé (de 50 à 70%).

Dans un rapport final du 7 août 2019, le SMR a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgie chronique (M54.5), de gonarthrose modérée des deux genoux, plus marquée à gauche, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de deux épaules et de chondrocalcinose articulaire (CCA) : genoux, poignets, hanches (M11.02). Le Dr L _____ a confirmé une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée dès juin 2017. Il a confirmé que les conclusions du consilium du 12 juillet 2019 des experts rejoignaient essentiellement celles du SMR du 3 novembre 2017 fondées sur l'expertise du Dr M _____ en précisant qu'il n'y avait ni neuroborréliose, ni maladie de Lyme au jour de leur évaluation et que les poussées douloureuses articulaires étaient dues à une chondrocalcinose (CCA) (p. 957 du dossier AI).

Un nouveau projet de décision confirmant les taux d'invalidité retenus dans l'ancienne décision et limitant le droit à une rente au 30 septembre 2017 a été notifié à X _____ en date du 12 août 2019 (p. 966 du dossier AI). Sa pleine capacité de travail exigible dès le 5 juin 2017 dans une profession adaptée, notamment dans l'activité de surveillant en école publique ou privée, a été confirmée. Dans un second projet de décision du même jour, l'OAI confirmait la réussite du reclassement. Ces projets ont été critiqués en date du 12 septembre 2019. En substance, l'assuré a contesté son aptitude à accomplir une activité de surveillant, estimant dès lors ne pas avoir été suffisamment réadapté.

Le 19 décembre 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr N _____ du 10 décembre 2019. Ce dernier estimait son patient très handicapé par des douleurs

surtout dans les articulations au niveau du genou gauche, mais aussi dans la hanche gauche ; des signes d'ostéophyte de la tête fémorale avaient été constatés, avec un espace articulaire globalement bon. La situation n'était pas totalement claire. Les causes rhumatologiques ou des infections avaient pu être largement exclues. Des infiltrations au genou et à la hanche gauches, ainsi qu'une restauration prothétique étaient envisagées. Selon le Dr N _____, une activité adaptée, principalement en position assise, sans contrainte articulaire, était possible au moins partiellement. En période de fortes douleurs, la capacité de travail était limitée à 50%. Une prise en charge au CHUV était conseillée. Il a précisé qu'il allait étudier l'expertise que l'intéressé s'était engagé à lui transmettre (p. 1062 ss du dossier AI).

Le 3 janvier 2020, le SMR, par le Dr V _____, spécialiste en médecine générale, a relevé que le Dr N _____ n'avait annoncé aucun nouveau diagnostic et avait admis ne pas avoir pris connaissance de l'expertise. En particulier, la coxarthrose gauche avait déjà été prise en compte par les experts ; en termes de fonction surtout, ce diagnostic ne changeait rien aux limitations. Le Dr N _____ n'avait fait qu'émettre un avis différent sur la capacité de travail sans prendre en compte la situation dans sa globalité, au contraire des experts. Le SMR a dès lors confirmé ses conclusions antérieures (p. 1074 du dossier AI).

L'intéressé a bénéficié de la mise en place d'une prothèse de genou gauche en date du 17 février 2020 ainsi que d'une prothèse de hanche en date du 9 novembre 2020.

Dans un rapport relatif à une consultation post-opératoire du 31 mars 2020, le Dr N _____ a indiqué que son patient allait fondamentalement bien et avait relativement peu de douleurs. La flexion du genou était toutefois fortement diminuée, elle atteignait à peine 60° ; à défaut d'amélioration, une mobilisation sous narcose était envisagée (p. 1119 du dossier AI).

Dans un rapport du 28 mai 2020, le Dr N _____ a rappelé qu'une incapacité de travail dans la dernière activité professionnelle avait toujours été attestée par le Dr C _____. Il existait par ailleurs une incapacité de travail totale en lien avec l'opération au genou du 17 février 2020. En sus de la problématique du genou gauche, il a décrit des douleurs au genou droit, une coxarthrose gauche significative, des douleurs aux deux chevilles, aux épaules, aux poignets ainsi que des plaintes au niveau de la colonne vertébrale équipée d'un stimulateur nerveux. Il a confirmé la nécessité de mobiliser le genou gauche sous narcose. Il pouvait être éventuellement nécessaire de poser une prothèse sur d'autres grandes articulations, en priorité sur la hanche gauche.

Le Dr N _____ estimait que ce patient ne pourrait vraisemblablement plus reprendre des activités sollicitant les articulations. La dernière profession sollicitait beaucoup les genoux et les jambes avec beaucoup de station debout et de déplacements. Le patient devait éviter le port de charges, la station debout ou le fait de marcher longtemps. La conduite n'était pas limitée. Comme il avait également des douleurs dans les articulations des doigts, une activité manuelle de précision était probablement difficile à réaliser. Tout au plus pouvait-on envisager une réadaptation à des activités non contraignantes, le plus souvent en position assise (p. 1133 du dossier AI).

Le SMR a rendu un nouvel avis en date du 4 juin 2020. Il a constaté que les limitations retenues par le Dr N _____ n'étaient pas contradictoires avec celles retenues antérieurement décrivant une activité sédentaire. Un nouvel avis orthopédique interne a néanmoins été requis (p. 1141 du dossier AI). Ce dernier a été rendu par le Dr W _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a exprimé qu'il n'y avait pas de raison objective pour laquelle la capacité de travail ne pourrait pas être entière dans une activité adaptée ; la capacité de travail avait été recouverte à 3 mois post-opératoires après la prothèse total de genou, à savoir le 18 mai 2020 ; la future mobilisation sous narcose constituerait un événement « intercurrent » (p. 1144 du dossier AI). Le SMR a confirmé que l'assuré avait recouvert une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 18 mai 2020, relevant que la mobilisation sous narcose n'induirait qu'une incapacité de travail maximale de 30 jours. L'activité devait se faire en positions alternées assis-debout, sans travaux lourds, sans marche en terrain irrégulier ou en appui instable, dans de longs escaliers ou sur des distances prolongées ; les postures non ergonomiques pour colonne, les bras au-dessus des épaules ainsi que le travail de préhension forcée ou de torsion des poignets devaient également être évités.

La mobilisation sous narcose annoncée a eu lieu en date du 4 juin 2020 (p. 1150 du dossier AI).

En date du 9 juin 2020, l'OAI a adressé un nouveau projet d'acceptation de rente à son assuré (p. 1154). Il y était notamment confirmé que l'intéressé avait recouvert une pleine capacité de travail exigible dès le 5 juin 2017, notamment en qualité de surveillant « standard » en école publique ou privée, sans tâches de conciergerie, maintenance ou logistique surajoutées. Dans les suites de la pose de la prothèse de genou du 17 février 2020, le droit à une rente entière lui était à nouveau ouvert pour la période limitée dès le 1^{er} février 2020. Sa pleine capacité de travail avait été récupérée dès le 18 mai 2020, de

sorte qu'il était mis fin à son droit à une rente dès le 1^{er} août 2020 (p. 1156s. du dossier AI).

Dans un rapport adressé le 21 juillet 2020 au Dr C _____, le Dr N _____ a relevé que, s'agissant de l'articulation du genou gauche, la situation s'améliorait nettement. Le patient pouvait faire de longues promenades, sans grandes douleurs ni plaintes. L'articulation du genou était stable et il pouvait descendre les escaliers. C'était plutôt l'articulation du genou droit et surtout la hanche gauche qui posaient problème, l'implantation d'une prothèse de la hanche étant prévue à l'automne (p. 1172 du dossier AI). Sur cette base, l'assuré a requis le maintien de son droit à une rente entière.

Le 13 octobre 2020, le Dr N _____ a confirmé que le genou gauche allait bien malgré un léger épanchement (p. 1188 du dossier AI).

L'opération de la hanche gauche a eu lieu date du 9 novembre 2020. Dans un rapport du 21 décembre suivant, le Dr N _____ a attesté que le patient se portait bien. Il était venu sans canne, mais avait des douleurs nettes dans la zone recto-fémorale et du psoas antérieur irradiant jusqu'au genou. Cliniquement, la longueur des jambes était équilibrée à l'inspection, les axes des jambes étaient droits et les articulations des genoux et des hanches sans irritation. Les constatations radiologiques étaient bonnes (p. 1198 du dossier AI).

Dans un rapport du 12 janvier 2021, le Dr N _____ a indiqué que son patient se plaignait toujours de douleurs dans la région du quadriceps et du psoas gauche. La flexion du genou gauche se détériorait légèrement dans les suites de cette PTH. Il se plaignait également du genou droit, des chevilles, des épaules, des poignets, du rachis lombaire (présence d'un neurostimulateur). Le Dr N _____ estimait que la capacité de travail était probablement nulle dans toute activité sollicitant les articulations ; il était également limité pour les activités de motricité fine avec les mains. Son patient demeurait alors en incapacité de travail post-opératoire ; une réadaptation en position majoritairement assise et non contraignante (pour les articulations). Il préconisait également davantage de pauses pour épargner les articulations et réduire les douleurs.

Reprenant position le 28 janvier 2021, le SMR a admis qu'il n'était pas raisonnable de retenir une récupération de la capacité de travail entre les poses de prothèses au genou gauche et à la hanche gauche, de sorte qu'une pleine incapacité de travail dans toute activité devait être maintenue dès le 17 février 2020. Une révision devait par contre être prévue étant donné qu'à distance de ces interventions, une réintégration de la capacité

de travail pouvait de nouveau être attendue dans une activité adaptée sédentaire (p. 1210 ss du dossier AI).

Le 10 mars 2021, le Dr C _____ a relevé que l'implantation de prothèses était encore prévue à la hanche et au genou droits. Son patient était limité par des douleurs multiples (symptômes multi-articulaires, hanche, genoux, mains, rachis) (p. 1222 ss du dossier AI). Il a joint un rapport du Dr N _____ lui ayant été adressé le 2 février précédent (p. 1226 du dossier AI).

Dans un rapport du 30 mars 2021, le Dr N _____ a écarté tout changement significatif depuis le 12 janvier 2021. Le genou gauche évoluait bien. S'agissant de la douleur à la hanche, il avait prévu une infiltration et, ultérieurement et si nécessaire, une section chirurgicale du tendon du psoas (p. 1230 du dossier AI). Sur la base de ces éléments, le SMR a considéré que la situation n'était pas encore suffisamment stabilisée au niveau de la hanche gauche et a proposé de refaire le point de la situation six mois plus tard (p. 1232 du dossier AI).

Un nouveau projet de décision a dès lors été adressé à l'assuré en date du 29 février 2021 prévoyant l'octroi d'une rente entière du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2015, d'une demi-rente du 1^{er} janvier 2016 au 31 juillet 2017 - son versement ayant toutefois été suspendu du 1^{er} janvier 2016 au 30 septembre 2016 au motif que des mesures de réadaptation avaient alors été mises en œuvre avec versement d'indemnités journalières -, et à une rente entière du 1^{er} août 2017 au 30 septembre 2017. Une rente entière était de nouveau allouée à partir du 1^{er} février 2020 (p. 1237 du dossier AI).

Ce projet a été contesté par l'assuré en date du 1^{er} juin 2021. En substance, il a contesté avoir recouvré à un moment donné une pleine capacité de travail dans une quelconque activité, notamment dans celle de surveillant ; il en voulait pour preuve notamment les multiples opérations subies (p. 1250 du dossier AI).

Dans un rapport adressé le 29 juin 2021 au Dr C _____, le Dr D _____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué qu'une IRM avait montré un status calme pour le PLIF L5-S1 mais qu'il existait une petite hernie discale L4-L5. Une infiltration a été préconisée (p. 1262 du dossier AI). Ces éléments ont été classés sans suite par l'OAI dès lors que l'assuré était mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} février 2020 (p. 1286 du dossier AI).

Par décision du 9 juillet 2021, l'OAI a écarté les griefs de son assuré et confirmé son projet du 29 février 2021. L'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré. Il a une

nouvelle fois été confirmé que l'ancienne activité de collaborateur spécialisé n'était plus exigible ; par contre, dès le 5 juin 2017, l'assuré avait disposé d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée exercée en position de travail alternée, sans travaux lourds, marche en terrain irrégulier ou franchissement de longs escaliers, sans position non ergonomique pour la colonne et sans activité avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Il a notamment été souligné que l'assuré, qui estimait ne pas avoir recouvré une pleine capacité de travail du 5 juin 2017 au 16 février 2020, n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute les expertises du Dr M _____ et du Q _____, validées par le SMR. Il a été annoncé qu'une révision de la situation serait entreprise après quelques mois, une amélioration de la situation étant attendue.

La décision du 9 juillet 2021 n'a porté que sur le versement à compter du 1^{er} juillet 2020. La période antérieure courant du 1^{er} avril 2014 au 30 juin 2021 a fait l'objet d'une décision séparée en date du 22 juillet 2021.

C. X _____, par Me Elsig, a interjeté recours céans en date du 13 septembre 2021 à l'encontre des décisions des 9 et 22 juillet 2021. En substance, il a contesté avoir été à même, du 5 juin 2017 au 17 février 2020, d'œuvrer à plein temps, avec un rendement normal, en qualité de surveillant. Il a ainsi critiqué la suppression de la rente du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2020. A titre de preuve de son incapacité de travail durant cette période, il s'est prévalu des avis de ses médecins traitants ainsi que de l'expertise du Dr M _____, dont il contestait l'interprétation faite par l'OAI. Il a souligné que la pose du stimulateur en 2017 n'avait amélioré sa capacité de travail qu'à 50%, son état de santé s'étant ensuite à nouveau dégradé. Il a notamment rappelé qu'il avait à nouveau été en incapacité de travail totale dès le 21 juillet 2017 (ndr. arthroscopie du genou). Le recourant a conclu à l'annulation partielle de la décision entreprise, à savoir dans la mesure où elle lui refusait l'octroi d'une rente du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2020, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 19 octobre 2021. Il a rappelé que le renvoi de la cause par jugement 26 novembre 2018 avait eu pour but de mettre en œuvre des investigations complémentaires au sujet d'une éventuelle maladie de Lyme, diagnostic que l'expertise du Q _____ avait permis d'écarter. Pour le surplus, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été confirmée par les experts, notamment dans le cadre d'une activité de surveillant « standard » ou « exclusif », à savoir sans tâches surajoutées et incompatibles avec les limitations. Comme l'avaient relevé les experts, son ancien poste devait être distingué d'un travail « standard » de

surveillant, sans tâches complémentaires de conciergerie, de maintenance ou de logistique, travail qui était adapté et était envisageable selon les responsables des stages et le Service de réadaptation (prise de position du 12 janvier 2018).

Répliquant le 13 décembre 2021, le recourant s'est étonné que l'intimé se soit fondé sur son revenu dans sa dernière activité de surveillant pour fixer son revenu d'invalidé, alors qu'il avait admis l'inadéquation de cette dernière. Il était d'avis que l'intimé aurait dû fixer son revenu d'invalidé sur les données statistiques (ESS).

Par duplique du 18 janvier 2022, l'intimé a admis avoir commis un erreur en calculant le revenu d'invalidé sur la base du dernier revenu obtenu au sein de A _____ étant donné que l'assuré n'y était plus occupé et que ce poste ne respectait pas les limitations. Il a dès lors procédé à un nouveau calcul en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'OFAS. Considérant que l'activité de surveillant restait adaptée, il a adopté les données de la branche économique 77, 78-82 relative aux « activités de services administratifs ». Il s'est référé au niveau 3 de ce tableau, niveau impliquant des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé, compte tenu des qualifications de l'assuré, notamment de l'ancienneté de ses rapports de travail dans ce domaine, des tâches de gestion significatives confiées au recourant selon le cahier des charges du 20 février 2014, ainsi que des compléments de formation acquis durant le reclassement. L'OAI a estimé qu'avec ses acquis, le recourant étant en mesure de briguer un poste à responsabilité et d'obtenir des gains similaires au niveau 3. Sur cette base, le taux d'invalidité a été fixé à 9%, ce qui justifiait toujours la suppression du droit à la rente durant la période litigieuse.

Dans une nouvelle détermination du 10 février 2022, le recourant a jugé le nouveau revenu d'invalidé surévalué compte tenu du fait que seules de simples activités de surveillance demeuraient exigibles de sa part, qui plus est avec une baisse de rendement compte tenu de ses problèmes de santé persistant. L'OAI avait par ailleurs omis d'appliquer un taux d'abattement, taux d'au moins 20% compte tenu de son âge et de ses multiples limitations (cf. duplique p. 2). Il estimait en particulier que les différences de salaires suivant les régions n'étaient pas suffisamment prises en compte, les revenus n'étant pas les mêmes en Valais que sur Vaud ou Genève. Selon le recourant, se fondant sur les données statistiques TA1, niveau 1, le revenu de base était de 55 436 fr. à réduire de 25% pour l'âge et la région ainsi que de 20% pour les limitations fonctionnelles, ce qui donnait un revenu d'invalidé de surveillant de 30 490 fr., soit un taux d'invalidité de

65%. Si le niveau 2 du TA1 était appliqué, son taux d'invalidité était de 60%. Le recourant a maintenu ses conclusions pour le surplus.

Se déterminant le 2 mars 2022 sur ces nouveaux éléments, l'OAI a souligné que le Tribunal fédéral avait confirmé à maintes reprises qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte des données salariales régionales, *a fortiori* cantonales, ce qui avait même été entériné dans le nouvel article 25 alinéa 3 RAI. S'agissant du taux d'abattement, l'intimé a rappelé les critères jurisprudentiels et souligné que ce taux ne devait pas systématiquement être appliqué. En l'occurrence, l'intimé considérait que les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre d'établissement de son type d'activité adaptée. En outre, l'âge de l'assuré, encore loin de la retraite, n'était pas un critère d'exclusion de la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle. Il a finalement été rappelé que le recourant avait bénéficié d'un reclassement dans sa profession de surveillant, de sorte qu'il bénéficiait d'une large expérience. Un abattement ne se justifiait dès lors pas. L'intimé a maintenu ses conclusions pour le surplus.

Interpellée le 2 mars 2022, la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat du Valais (CPVAL) n'a pas souhaité se déterminer sur le recours.

Le recourant a encore transmis une détermination spontanée en date du 8 mars 2022. En substance, il a réitéré ses griefs et conclusions antérieurs.

L'échange d'écritures a été clos en date du 31 mars 2022.

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 13 septembre 2021, le recours dirigé contre les décisions de 9 et 22 juillet 2021 précédents a été interjeté dans le délai légal de trente jours (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^{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 du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision ayant amené l'OAI à supprimer la rente d'invalidité entière du recourant du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2020, seule cette suppression étant contestée. Le recourant conteste notamment avoir recouvré une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée du 5 juin 2017 au 17 février 2020.

2.1 Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 ; ATF 125 V 418 consid. 2d).

Selon l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon l'article 88a alinéa 1 RAI si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'article 88bis alinéa 1 lettre a RAI, il prévoit que la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

2.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. En outre, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Un assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 aLAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

2.3 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et les réf. cit.).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui 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 à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à l'affaire 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1, cité p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2022 du 22 mars 2023 consid. 3.2). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2021 consid. 3.2 et les réf. cit.).

2.4 Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2).

3. En l'espèce, il s'agit d'examiner l'évolution de la capacité de travail, respectivement de la capacité de travail exigible du recourant à l'aune des pièces versées au dossier.

3.1 Le recourant, se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, les Drs C _____ et N _____ ainsi que de l'expertise du Dr M _____, estime ne pas avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, notamment en qualité de surveillant « pur », tel que retenu par l'intimé sur la base, également de l'expertise du Dr M _____, ainsi que des conclusions de l'expertise Q _____, corroborées par le SMR.

Dans son expertise du 17 octobre 2017, le Dr M _____ a certes admis, comme les autres praticiens, que les anciennes activités professionnelles telles qu'exercées par le recourant, en qualité de caviste ou de surveillant au sein de A _____, n'étaient plus adaptées à ses problèmes de santé. Il a par contre retenu une pleine capacité de travail exigible, depuis le 5 juin 2017 (terme de l'incapacité liée à la pose du neurostimulateur), dans toute activité en position sédentaire ou semi-sédentaire, permettant l'alternance

des positions assise et debout, évitant le port de charges de plus de 10 kilos, les travaux penchés en avant ou en porte à faux, les mouvements au-delà de l'horizontale des deux épaules. Malgré l'état de son genou prévalant lors de l'expertise (rappel : arthroscopie accomplie en juillet 2017), de courts déplacements à plat demeuraient possibles, mais l'intéressé devait éviter de monter et descendre les escaliers ou les pentes ainsi que la marche en terrain irrégulier (p. 563 du dossier AI).

Le Tribunal constate que l'expertise du Dr M _____ est pleinement probante à l'aune des réquisits posés par la jurisprudence. Elle émane d'un spécialiste d'une compétence reconnue, lequel s'est prononcé en connaissance du dossier médical de l'assuré, y compris radiologique, et a procédé à un examen clinique. Il a notamment pris en compte les avis médicaux émis par les autres praticiens et a exposé pour quels motifs il avait écarté certains diagnostics, respectivement ne leur avait pas attribué de caractère incapacitant. Il a notamment tenu compte des suites du lavage du genou gauche du 22 juillet 2017, a souligné que l'arthrodèse était bel et bien consolidée et que les diagnostics évoqués (maladie de Lyme traitée fin 2015, arthralgie des doigts...) étaient sans incidence sur la capacité de travail.

Les conclusions du Dr M _____ ont été confirmées par les experts du Q _____. Dans leur rapport du 26 juillet 2019, les experts ont précisé de manière consensuelle que les limitations fonctionnelles consistaient en l'exclusion des efforts de soulèvement de plus de 5 kilos, des mouvements en porte-à-faux du buste, de la marche ou du piétinement prolongé, pas d'activité avec des escaliers ou en hauteur (échelle, escabeau, tabouret), pas de position à genoux ou accroupie, ni effort de préhension ou de prosuspension forcé des mains afin d'éviter des poussées de chondrocalcinose. L'ancienne activité telle qu'exercée au sein de A _____ a de nouveau été jugée inadéquate, par contre, une activité de « surveillant exclusif », sans participation aux sorties d'élèves, à la conciergerie et à l'installation des classes, était adaptée. Dans une telle profession, la capacité de travail était de 100% depuis juin 2017, soit depuis la mise en place du stimulateur médullaire qui avait apporté une amélioration de la symptomatologie neurologique (de 50 à 70%) confirmée aux experts par l'expertisé. Il est à relever que la date de novembre 2017 évoquée par le rhumatologue correspondait à la « communication AI » (projet de décision AI du 13 novembre 2017), de sorte que seule celle de juin 2017, relative à un élément médical, fait foi. L'expertise du Q _____ répond également clairement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Les experts, d'une compétence reconnue dans leurs domaines respectifs, ont en particulier procédé à de nouveaux examens et analyses,

lesquels leur ont permis d'exclure le diagnostic de maladie de Lyme ou de neuroborréliose et ont permis de poser le diagnostic de chondrocalcinose. Ils ont ainsi notamment exposé les motifs pour lesquels il n'avait pas suivi la Dresse P _____.

Les conclusions des experts du Q _____ ont été corroborées par le SMR. Dans son rapport final du 7 août 2019, le Dr L _____ a confirmé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques (M54.5), de gonarthrose modérée des deux genoux, plus marquée à gauche, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de deux épaules et de chondrocalcinose articulaire (CCA): genoux, poignets, hanches (M11.02). Il a en particulier confirmé une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée dès juin 2017 (p. 957 du dossier AI).

Aucun rapport médical d'une valeur probante prépondérante n'est venu mettre en doute les conclusions concordantes du Dr M _____, des experts du Q _____ et du SMR. En particulier, les rapports des Dr C _____ et N _____ n'ont pas permis d'établir que leurs confrères avaient posé des avis médicaux erronés ou lacunaires. Il est notamment relevé que l'arthroscopie du genou du 21 juillet 2017 et ses suites n'ont pas induit une incapacité de travail durable ; elles ont en effet été prises en compte dans l'évaluation du Dr M _____, lequel a constaté que l'intéressé pouvait faire de courts déplacements à plat, mais devait éviter de monter et descendre les escaliers ou les pentes ainsi que la marche en terrain irrégulier. Les Drs C _____ et N _____ n'ont en particulier pas apporté d'éléments nouveaux mettant en doute les diagnostics et avis émis par les experts. En particulier, les limitations retenues par le Dr N _____ (position principalement assise, sans contrainte articulaire, éviction des activités sollicitant les articulations) et son avis quant au caractère inadéquat du dernier poste au sein de A _____, ne contredisent nullement celles des experts ; ces derniers avaient notamment pris en compte le fait que l'intéressé souffrait de coxarthrose gauche, ce qui ne changeait pas les limitations retenues (cf. également les avis du SMR des 3 janvier et 4 juin 2020). Quant au Dr C _____, il a essentiellement délivré des certificats d'incapacité de travail relatifs à l'ancienne activité professionnelle, sans fournir d'explications motivées s'agissant du taux de capacité dans une activité adaptée.

A l'aune de ces éléments, le Tribunal ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir retenu que le recourant avait recouvré, dès le 5 juin 2017, une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée répondant aux limitations citées par les experts. A défaut de péjoration durable établie, il sied de confirmer que cette exigibilité a perduré jusqu' à la pose de la prothèse de genou en date du 17 février 2020.

3.2 Le recourant conteste encore que l'activité de surveillant « exclusif », sans tâches annexes ajoutées, ait été adaptée durant la période litigieuse.

La Cour constate pourtant que le caractère exigible d'une telle profession a été confirmé tant par les experts du Q _____, que par le Service de réadaptation de l'AI, dont c'est précisément la tâche d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39, consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 ; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

Comme l'a relevé l'intimé dans sa réponse du 19 octobre 2021, il sied de confirmer qu'en l'occurrence, le Service de réadaptation a bien vérifié que le cahier des charges spécifique à un poste de surveillant était adapté aux limitations fonctionnelles. Il a notamment fourni une liste des tâches pouvant être attendues de ce dernier (liste non exhaustive) : surveiller les élèves et contrôler le respect du règlement intérieur de l'établissement d'enseignement afin de garantir de bonnes conditions de scolarité, animer hors du temps de classe des actions éducatives ou périscolaires, surveiller la ponctualité, l'assiduité des élèves aux cours, contrôler les justificatifs et informer les parents, réaliser les modalités d'accueil et de surveillance des élèves lors des interours, des sorties, des permanences, et contrôler l'application du règlement intérieur, des consignes de sécurité, des règles de vie collective, suivre et compléter les documents administratifs et la correspondance des élèves (suivi des absences, bulletins scolaires), repérer des dégradations ou incidents, surveiller les élèves lors d'interclasses, activités périscolaires, internat et repas, surveiller les élèves lors d'examens, conduire les élèves durant les périodes de récréation dans un cadre de sécurité optimale, organiser et surveiller les déroulements du repas au réfectoire, conduire les élèves aux ateliers artistiques et sportifs ».

Il a ajouté que les compétences acquises par le biais des mesures d'ordre professionnel permettaient désormais à l'assuré de briguer des emplois pleinement adaptés, sans ajout de tâches annexes, ce type de poste étant suffisamment représentés sur le marché équilibré du travail (p. 622 ss du dossier AI).

A la lumière de ces éléments, le Tribunal ne saurait, ici également, faire grief à l'intimé d'avoir retenu le caractère adapté de la profession de surveillant dans la mesure où elle

pouvait être exercée sans ajout de tâches annexes. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a considéré que le recourant avait bien été reclassé et qu'il a calculé son revenu d'invalidé dans cette profession.

4. Le recourant conteste finalement son revenu d'invalidé, y compris sa fixation à l'aune des données de l'ESS telle qu'opérée par l'intimé dans sa duplique.

L'article 16 LPGA prévoit que 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.

4.1.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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) (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

Dans l'arrêt 8C_256/2021 du 9 mars 2022 publié aux ATF 148 V 177- soit après que le recours ait été déposé c'éans - le Tribunal fédéral, se référant entre autres à l'étude du 8 janvier 2021 « Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung » réalisée par le Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) et à la contribution « Der Weg zu einem invaliditätskonformerem Tabellenlohn » du Prof. em. Riemer-Kafka et du Dr. phil. Schwegler a décidé qu'il n'y avait aucune raison de modifier la jurisprudence selon laquelle le point de départ pour le calcul du revenu d'invalidé sur la base de valeurs statistiques était en principe les valeurs centrales ou médianes de l'ESS (cf. également les arrêts 8C_323/2021 du 14 avril 2022 consid. 6 et 8C_250/2021 du 31 mars 2022 consid. 4.2.2). Il a indiqué, d'une part, que le salaire médian était parfois aussi réalisé par des personnes atteintes dans leur santé et, d'autre part, que les instruments de correction actuels, notamment la possibilité de déduire jusqu'à 25 % de la valeur médiane, permettaient de déterminer un revenu d'invalidé inférieur au quartile inférieur Q1 (ATF 148 V 177 consid. 9.2.3 ; arrêt 8C_602/2021 du 11 mai 2022 consid. 4.1 ; cf. entre autres également les arrêts du Tribunal fédéral 8C_155/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.3.2.2 et 8C_139/2021 du 10 mai 2022 consid. 3.2.2.3 f.).

4.1.2 L'ESS est publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique et plus particulièrement à la table TA1_tirage_skill_level, qui indique le salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2, in REAS 2004 p. 239). La détermination des valeurs statistiques a pour objectif de tenir compte au mieux de la situation individuelle de chaque personne assurée.

Depuis la 10^{ème} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques ou manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérants, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêts du Tribunal fédéral 9C_268/2021 du 15 octobre 2021 consid. 3.2.1 et 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et les références). Selon la jurisprudence, si la personne assurée ne peut plus effectuer l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité, l'application du niveau de compétence 2 se justifie uniquement si elle dispose de compétences ou de connaissances particulières (arrêts du Tribunal fédéral 8C_131/2021 du 2 août 2021 consid. 7.4.1, publié in SVR 2022 UV n° 3 p. 7 ; 8C_226/2021 du 4 octobre 2021 consid. 3.3.3.1 ; 8C_5/2020 du 22 avril 2020 consid. 5.3.2 et l'arrêt cité).

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).

4.1.3 Le Tribunal fédéral a considéré, pour des raisons liées au respect du principe constitutionnel de l'égalité de traitement, qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4; 8C_744/2011 du 25 avril 2012 consid. 5.2 et les références, *in* SVR 2012 UV n° 26 p. 93 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral I 820/06 du 4 septembre 2007 consid. 3.3 et U 75/03 du 12 octobre 2006 consid. 8, *in* SVR 2007 UV n° 17 p. 56).

En outre, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité. Les facteurs personnels, tels que le statut d'étranger, les problèmes de langue, l'âge ou les problèmes sur le marché du travail (récession) ne sont ainsi pas pris en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

4.1.4 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'invalidité 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).

4.2 Dans le cas d'espèce, l'on relève que le recourant a exercé la profession de surveillant de 2006 à 2015, soit durant un peu moins de dix ans. On doit dès lors considérer qu'il bénéficie d'une certaine expérience dans cette profession. Dans le cadre du reclassement dans ce même domaine, d'ailleurs choisi par le recourant et tendant à une mise à niveau/adaptation dans cette profession, il a en outre suivi une formation en anglais lui permettant d'accéder à un poste de surveillant dans une école internationale notamment, un cours d'introduction au travail en institution, des formations dans des matières telles que la gestion des conflits et du stress et une participation à l'obtention du permis D1 (poids lourd). A l'examen des différentes branches économiques que répertorie l'OFS, c'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est référé à la branche économique 77,78-82 « Activités de service administratifs et de soutien », sous la forme « activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises ».

On ne saurait toutefois considérer que l'expérience du recourant dans cette profession ainsi que l'obtention des connaissances acquises dans le cadre du reclassement permettent de considérer que son travail de surveillant implique des tâches pratiques complexes relatives à un niveau 3. En effet, un travail de surveillant répond davantage à l'accomplissement de tâches pratiques relatives au niveau 2 de l'ESS qu'à des connaissances spécialisées de type technique ou infirmier, y compris en ce qui concerne la gestion de certains biens pouvant incomber à un surveillant (intendance).

Partant, en application des données statistiques du niveau 2 (ESS 2016 TA1_tirage-skill-level, NOGA02), le salaire mensuel brut toutes branches confondues (valeur centrale) doit être ramené à 5169 fr. en lieu et place des 6404 fr. pris comme base de calcul par l'intimé, ce qui porte son salaire d'invalidé en 2017 à 65 545 fr. 60 après adaptation horaire (42,1 heures au lieu de 40 heures/semaine) et indexation de 2016 à 2017 (0,4%).

S'agissant de la question de l'abattement de ce salaire, avec l'intimé, on rappellera que lorsque les limitations fonctionnelles ont d'ores et déjà été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, elles ne peuvent dès lors l'être une seconde fois dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidé en tant que facteur de réduction du salaire statistique. En outre, il est rappelé que le recourant a bénéficié de

mesures d'ordre professionnel afin de pouvoir prétendre à un nombre suffisant de postes de surveillant sur le 1^{er} marché du travail dit équilibré. Avec ce complément, le Service de réadaptation a constaté que l'intéressé à même de briguer des fonctions de surveillant en école publique, privée ou dans diverses institutions et que, dans de tels postes, il pouvait recouvrer un revenu équivalent à son dernier salaire.

Finalement, le recourant, né en juin 1965, était âgé de moins de 60 ans au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible.

Il n'existait dès lors ici aucun motif d'appliquer un abattement sur le salaire statistique susmentionné.

En conclusion, le revenu d'invalidé de 65 545 fr. 60 exigible dès le 5 juin 2017 comparé au revenu hypothétique non contesté de 88 393 fr. 50, induisait une perte de gain de 23 782 fr., soit un taux d'invalidité de 25% toujours inférieur au taux minimal à 40% permettant de maintenir le droit à une rente.

Il appert ainsi que c'est à bon droit que l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente durant la période du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2020.

4.3 En tous points mal fondé, le recours du 13 septembre 2021 est rejeté et les décisions des 9 et 22 juillet précédents confirmées.

5.

5.1. Les frais de justice, arrêtés à 800 francs, fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. f bis LPGA ; art. 69 al. 1 bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

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

Prononce

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

Sion, le 20 février 2024