

S1 23 79

ARRÊT DU 3 JUILLET 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Dr Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Yannis Sakkas, avocat, à Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(rente d'invalidité limitée dans le temps ; capacité de travail exigible)

Faits

A. X _____, né le 27 juin 1966, a exercé l'activité de ferblantier-couvreur à titre indépendant depuis 2006 (pièce 6).

Le 29 avril 2019, il a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), en indiquant être en incapacité de travail depuis le 12 décembre 2018 (pièce 1). Contacté le 25 juin 2019, il a expliqué qu'il avait été opéré du tunnel carpien de la main droite le 12 décembre 2018 et qu'il souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis une chute lors d'un match de football le 14 avril 2014 (pièce 8 ; pièce 96, p. 396 ; pièce 91, p. 326). Une annonce de rechute avait d'ailleurs été faite à l'assurance-accidents le 21 mai 2019 (pièce 91, p. 316).

Dans un rapport du 2 juillet 2019, le Dr A _____, spécialiste en chirurgie plastique et esthétique, a posé le diagnostic de Dupuytren N3 à droite et a attesté une incapacité de travail totale dès le 12 décembre 2018 (pièce 12).

Dans un rapport du 6 août 2019, le Dr B _____ du Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital G _____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite. Il a remarqué que la radiographie du 4 février 2019 montrait la présence d'arthrose acromio-claviculaire et a prescrit une infiltration de l'articulation (pièce 15).

Le 2 octobre 2019, l'assuré a été examiné par le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à la demande de l'assurance perte de gain maladie D _____ SA (pièce 94, p. 373). Dans son rapport du 10 octobre 2019, ce spécialiste a constaté que l'état de la main droite avait évolué vers un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Il a expliqué que le pronostic était le plus souvent favorable et qu'un tel syndrome avait une durée variable allant de quelques mois à deux ans. Il a ajouté que l'assuré avait développé une anxiété au sujet de l'évolution de sa main et de l'avenir de son entreprise. Il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dans la mesure où l'assuré ne pouvait pas tenir un outil, serrer une cisaille, tenir une perceuse et utiliser des machines de façon sûre. En revanche, il a considéré que la capacité était entière dans des activités avec la main gauche ou des travaux légers avec la main droite, n'engageant que les trois premiers doigts qui conservaient une mobilité normale et une bonne force.

Par courrier du 22 octobre 2019, D _____ SA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme à ses prestations au 29 février 2020 pour lui laisser le temps de changer d'occupation (pièce 94, p. 369)

Le 4 décembre 2019, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de status post cure chirurgicale de Dupuytren droit, d'omarthrose et d'arthrose acromio-claviculaire droite (pièces 15 et 19). Il a indiqué que son patient était limité dans les activités avec efforts physiques réguliers et importants, avec force de préhension de la main droite, avec le bras élevé, avec port de charges et en position de flexion.

Le 11 février 2020, l'assuré a consulté le Dr F _____ du Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital G _____, qui a constaté que la 2^e infiltration de l'épaule droite avait permis de réduire les douleurs et de récupérer une amplitude de +/- 70%, raison pour laquelle il autorisait le patient à reprendre son travail à 50% durant un mois puis totalement, et ceci uniquement par rapport à l'épaule (pièce 96, p. 467).

A la demande de l'OAI, l'assuré a remis sa comptabilité, ainsi que les procès-verbaux de taxation pour les années 2013 à 2018 (pièces 23 à 30 et pièce 33). Lors de l'enquête réalisée le 18 février 2020, il a expliqué que son chiffre d'affaires était régulier, mais qu'en 2017 et 2018, il avait obtenu un contrat important et avait dû acheter une grande quantité de marchandises en 2017, ce qui avait fait varier son revenu. L'enquêteur a observé qu'en 2014, l'assuré avait été en incapacité de travail quelques mois, de sorte que cette année ne pouvait pas être retenue. Il a dès lors proposé de fixer le revenu hypothétique sur la base de la moyenne des revenus de 2013 à 2018, sans l'année 2014, et a obtenu un revenu hypothétique de 54'339 francs.

Interpellée pour prendre en charge les troubles à l'épaule droite dès le 1^{er} mars 2020 (date de la fin des IJ maladie ; pièce 95, p. 391), l'assurance-accidents a relevé que le Dr F _____ avait attesté une reprise à 50% dès le 13 février 2020 et à 100% dès le 13 mars 2020, de sorte qu'elle ne verserait des indemnités journalières que pour la période du 1^{er} mars 2020 au 12 mars suivant (pièce 96, p. 396).

Mandaté par l'OAI, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu les diagnostics de SDRC et de status après opération de Dupuytren à l'auriculaire droit et a écarté l'anxiété alléguée par le Dr C _____, en l'absence de descriptif clinique et de suivi psychiatrique. Il a admis que l'activité habituelle n'était plus exigible, du moins aussi longtemps que le SDRC serait actif, mais a considéré que la capacité de travail était entière dès le 2 octobre 2019 (date de l'examen par le Dr C _____), dans une

activité adaptée en position alternée, sans travaux lourds, sans port de charges de plus de 15 kg, s'effectuant essentiellement avec la main gauche avec appui de la main droite ou avec des travaux légers avec la main droite.

Par projets de décision séparés du 3 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser, d'une part, tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièce 40) et, d'autre part, tout droit à une rente d'invalidité, dès lors que la comparaison entre le revenu hypothétique indexé pour 2019 de 54'502 fr. et le revenu d'invalidité de 60'844 fr. 55 fixé sur la base de l'ESS et tenant compte d'un abattement de 10% ne laissait apparaître aucune perte de gain (pièce 41).

B. Représenté par M^e Yannis Sakkas, l'intéressé a formulé ses objections le 15 juin 2020 (pièce 48). Il a relevé que la maladie de Dupuytren opérée à droite se développait à gauche, de sorte qu'on ne pouvait exiger de lui qu'il utilise sa main gauche pour compenser le manque de force de sa main droite. Il a estimé que les douleurs à l'épaule droite n'avaient pas été suffisamment prises en compte et que son état psychique aurait dû être investigué. Enfin, il a contesté le calcul du revenu d'invalidité, ainsi que l'abattement qui aurait dû être de 25% (pièce 48).

Par décision du 7 septembre 2020, l'OAI a écarté les griefs de l'assuré et lui a refusé tout droit à une rente d'invalidité. Il a constaté que tous les médecins avaient reconnu une pleine capacité de travail dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles et que le SMR avait pris en compte l'ensemble de ces rapports avant de se prononcer, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à d'autres investigations. Il a relevé que l'assuré était encore loin de l'âge à partir duquel la jurisprudence considérait qu'il pouvait être difficile de se réinsérer, qu'il n'était pas en arrêt de travail depuis longtemps et que le marché de l'emploi offrait un large éventail d'activités légères accessibles sans formation. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'OAI a expliqué que le revenu hypothétique ne pouvait pas être fixé uniquement sur l'année 2018 puisque l'augmentation du chiffre d'affaires pour les années 2017 et 2018 était due à l'attribution d'un gros chantier. Il a rappelé que ni l'âge ni les facultés d'adaptation ou les faibles qualifications professionnelles ne justifiaient une pondération du revenu d'invalidité, lorsque celui-ci était fixé sur la base du niveau d'exigence le plus bas de l'ESS (pièce 50).

Par décision du même jour, il a refusé tout droit à des mesures d'ordre professionnel au motif que l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité légère et adaptée (pièce 49).

Ces décisions sont entrées en force faute de recours de l'intéressé.

C. Entre-temps, le 21 août 2020, l'assuré s'est blessé au niveau du poignet gauche et a dû être opéré et hospitalisé dès cette date au 30 septembre 2020 (pièce 98, p. 569). Dans son rapport du 21 octobre 2020, le Dr H _____ du Service de chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et de la main, a retenu le diagnostic de plaie palmaradiale au poignet gauche avec 100% du tendon FCR, 100% du petit palmaire, 30% du nerf médian et 100% de la branche cutanée palmaire. Il a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs de type électrique, mais qu'il ne voulait pas de traitement médicamenteux (pièce 98, p. 552). Il a prolongé régulièrement l'incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2021 (pièce 98, p. 544 et pièce 99, p. 596 et pièce 100, p. 610).

En raison de ce trouble, l'assuré a rempli une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, le 8 février 2021 (pièce 54).

A la demande du Dr H _____ et avec l'accord de l'assurance-accidents, un séjour à I _____ a été organisé du 11 mai 2021 au 18 juin suivant (pièce 99, p. 586 et 593, pièce 101, p. 642). Dans leur rapport du 12 juillet 2021, les médecins de I _____ ont noté que l'assuré se plaignait de douleurs à la main gauche, permanentes et irradiant jusqu'au coude, à l'épaule gauche et dans les cervicales, ainsi que d'une raideur avec un manque de force. Ils ont examiné les épaules, les coudes, les poignets et les mains et ont constaté une meilleure amplitude ainsi que plus de force à droite qu'à gauche. Ils ont effectué des radiographies des deux mains, ainsi qu'une scintigraphie osseuse de la main gauche et ont posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type II du poignet et de la main gauche. Ils ont indiqué que l'assuré avait été évalué par le psychiatre en raison d'une baisse de moral, mais que le spécialiste n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique ni d'indication à un suivi psychologique ambulatoire. Ils ont prescrit la poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie pour continuer d'améliorer les douleurs du membre supérieur gauche, ainsi que sa mobilité et sa force. Ils ont estimé que le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de port de charges répété, pas de mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et/ou de la main gauche, pas de mouvements répétés du poignet et/ou de la main gauche, pas d'activités nécessitant des mouvements fins de la main gauche (p. 101, p. 632). Ils ont prescrit un arrêt de travail jusqu'au 18 juillet 2021 et prévu un contrôle par le Dr H _____ à un mois de la sortie (pièce 101, p. 640).

Le 23 juin 2021, ce chirurgien a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 août 2021 (pièce 101, p. 641). A la consultation du 1^{er} septembre 2021, il a relevé une décompensation avec des douleurs du côté radial du poignet gauche, pour laquelle il a retenu une tendinite de De Quervain, et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2021, en précisant que l'assuré était en train de finaliser la fermeture de son entreprise (pièces 102, p. 693 et 685). Celle-ci a été radiée du Registre du commerce le 27 septembre 2021 (pièce 60, p. 174).

A la demande de l'assurance-accidents, l'assuré a été revu à la consultation de l'appareil locomoteur à l' _____ le 16 novembre 2021. Il s'est plaint surtout de douleurs à l'épaule et à la main gauches en lien avec le SDRC. Objectivement, le Dr J _____ a observé des progrès au niveau de la mobilité des doigts longs et du poignet gauches, mais pas au niveau de l'épaule. Il a noté un moral en baisse et a évoqué la possibilité d'un suivi psychologique, pour lequel l'assuré ne s'est pas montré intéressé. Il a encouragé l'intéressé à poursuivre les thérapies et à remettre l'attelle (pièce 102, p. 650).

Le 25 janvier 2022, le spécialiste a remarqué que les douleurs étaient stables avec une intensité moyenne de 6/10 et que le moral du patient restait bas, celui-ci ayant de la peine à faire le deuil de sa profession. Il a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 28 février 2022 (pièce 103, p. 699 et 703), puis régulièrement à chaque contrôle (consultation du 15 mars 2022, pièce 104, p. 727 ; consultation du 28 avril 2022, pièce 104, p. 718 ; consultation du 28 juin 2022, pièce 105, p. 762), jusqu'au 31 août 2022 (pièce 105, p. 769). La situation n'évoluant plus, le Dr J _____ a mis un terme aux séances de physiothérapie et d'ergothérapie et a adressé le patient au Centre de traitement de la douleur. Celui-ci a proposé diverses thérapies, sans garantie d'une amélioration significative (pièce 105, p. 758 et 750).

L'assurance-accidents a alors organisé un séjour à l' _____ du 5 au 26 octobre 2022, afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré (pièce 106, p. 804). Dans leur rapport du 9 novembre 2022, les médecins de l' _____ ont retenu le diagnostic principal de traumatisme aux poignet et main gauches avec SDRC au décours ; ils ont également mentionné les antécédents subis par l'assuré au niveau de la main droite opérée en 2018 et la neuropathie au niveau du coude droit. Ils ont décrit leurs observations lors de l'examen clinique du patient, notamment la palpation, la mobilité et les amplitudes de chacun des membres (rachis cervical, épaules, coudes, poignets, mains). Ils ont expliqué que le patient avait pu travailler aux ateliers professionnels durant des périodes de trois heures consécutives dans des activités légères, en position assise ou debout et avec quelques déplacements, et que l'intéressé

avait effectué les tâches avec le membre supérieur sain (droit) en épargnant le poignet gauche et l'épaule gauche. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges répété, pas d'activité avec mouvements répétitifs et prolongés du membre supérieur gauche, surtout en utilisant la force, et pas d'activités nécessitant une dextérité fine de la main gauche. Ils ont estimé que le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable, mais ont relevé des facteurs personnels et contextuels pouvant influencer négativement une reprise du travail (cotation élevée de la douleur, catastrophisme, probable sous-estimation des capacités fonctionnelles chez un patient anxieux, absence de formation, difficulté à faire le deuil de l'entreprise ; cf. pièce 106, p. 786).

Après avoir soumis le cas à sa médecine des assurances, par la Dresse K _____, le 5 décembre 2022 (pièce 106, p. 775), l'assurance-accidents a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à ses prestations au 31 janvier 2023, dès lors qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques (pièce 107, p. 811).

De son côté, l'OAI a transmis le dossier au SMR pour appréciation le 9 décembre 2022 (pièce 63). Dans son rapport final du 13 décembre 2022, le Dr L _____ du SMR a retenu un status post algoneurodystrophie du membre supérieur droit, qui n'avait plus de répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'une algoneurodystrophie (SDRC) du membre supérieur gauche encore incapacitant (pièce 65, p. 184). Il a confirmé que la situation était stabilisée et qu'il n'y avait plus de traitement spécifique à mettre en œuvre. Il a rejoint l'avis de la Dresse K _____ quant au fait que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assuré disposait depuis le 5 décembre 2022 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans travaux lourds, avec port occasionnel de charges d'au maximum 5 kg, sans exposition au froid, sans mouvements répétitifs et prolongés du membre supérieur gauche et sans activité nécessitant une dextérité fine de la main gauche.

Par projet de décision du 1^{er} février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1^{er} août 2021 au 21 janvier 2023, dès lors que depuis le 27 octobre 2022, date de la sortie de l' _____, on pouvait exiger de sa part la reprise d'une activité adaptée à plein temps, ce qui n'entraînait aucune perte de gain après comparaison du revenu sans invalidité de 55'333 fr. 65 et du revenu avec invalidité selon l'ESS sans abattement de 65'552 fr. 10 (pièce 73).

En l'absence de remarques de l'assuré, l'OAI a confirmé ce projet par décision du 21 avril 2023 (pièce 76).

D. Représenté par M^e Sakkas, l'assuré a recouru céans contre ce prononcé le 24 mai 2023. Il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de ses problèmes de santé, notamment de ses antécédents à la main droite, ainsi que de ses difficultés psychologiques. Au vu de toutes les limitations, il a estimé qu'il n'existait plus aucune activité réaliste exigible et que l'intimé aurait dû appliquer un abattement de 25% sur le salaire d'invalidé.

Répondant le 27 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, en relevant que les capacités fonctionnelles avaient été évaluées lors d'un séjour à l' _____ et qu'aucun problème psychique n'avait été objectivé. Il a rappelé que le marché du travail recouvrait un large éventail d'activités légères et non qualifiées et a remis une liste non exhaustive établie par le Service de réadaptation. Il a ajouté que le recourant était encore éloigné de l'âge à partir duquel la jurisprudence admettait qu'il était plus difficile de se réinsérer. Enfin, il a observé que même en admettant un abattement de 10%, voire 15%, pour tenir compte de l'impact des limitations fonctionnelles, il résulterait toujours un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations AI.

Dans sa réplique du 30 janvier 2024, déposée après quatre demandes de prolongation de délai, le recourant a répété que le rapport de l' _____ ne tenait pas compte de toutes les atteintes à la santé. Il a estimé que les éléments psychiatriques rapportés par les médecins de l' _____, à savoir le moral en baisse, le sommeil perturbé, les inquiétudes par rapport à l'avenir et la difficulté à faire le deuil de l'activité professionnelle, auraient dû inciter l'OAI à mettre en œuvre une instruction. Il a relevé que les limitations retenues par le SMR n'étaient pas exhaustives dans la mesure où elles ne tenaient pas compte du membre supérieur droit et a observé que les postes proposés n'étaient pas tous adaptés et étaient irréalistes compte tenu de son âge, du fait qu'il parlait mal le français et ne l'écrivait pas et qu'il avait travaillé toute sa vie sur des chantiers. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il a contesté pour la première fois le revenu hypothétique, qui aurait dû être calculé sur la base du dernier chiffre d'affaires de 2018, dès lors que l'entreprise était en pleine progression, ainsi que le revenu d'invalidé qui aurait dû être pondéré de 25% pour tenir compte des particularités du cas d'espèce (âge, absence de formation, faible faculté d'adaptation) et de la limitation notable dans les travaux manuels.

Prenant position le 13 février 2024, l'OAI a expliqué que depuis juin 2021, les radiographies montraient uniquement des lésions au membre supérieur gauche et que lors du séjour à l _____, la force de la main droite était normale, de sorte qu'il n'y avait plus de limitations à prendre en compte sous cet angle. Il a remis à ce sujet l'avis du SMR du 6 février 2024. S'agissant du revenu sans invalidité, il a rappelé qu'il s'agissait de celui fixé dans la décision du 7 septembre 2020 entrée en force, à laquelle il a renvoyé.

L'échange d'écritures a été clos le 2 mai 2024.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 24 mai 2023, le présent recours à l'encontre de la décision 21 avril 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Etant donné que l'état de faits déterminants pour la résolution du litige est postérieur au 31 décembre 2021, c'est le nouveau droit qui s'applique.

2. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien de sa rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2023, plus particulièrement sur la capacité de travail exigible de sa part dès le 27 octobre 2022.

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).

A teneur de l'article 17 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100% (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2).

2.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5).

Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de

rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références).

A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., 2003, p. 332 note 37 ; CALATAYUD, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p.548). Cela vaut également pour les rapports du SMR lorsque ceux-ci respectent les conditions auxquelles sont soumises les expertises faites en dehors de l'administration pour se voir conférer une valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; SVR 2009 IV n° 53 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c avec les renvois).

3. En l'espèce, le recourant conteste la capacité de travail exigible de sa part à partir du 27 octobre 2022. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des limitations au membre supérieur droit et de ses problèmes psychologiques. Il estime qu'il n'existe pas d'emplois réalistes au vu des limitations fonctionnelles qu'il rencontre et conteste l'adéquation des postes proposés par le Service de réadaptation.

3.1 Tout d'abord, contrairement à ce que prétend le recourant, force est de constater que le SMR n'a pas omis la problématique au membre supérieur droit dans son avis final du 13 décembre 2022 (pièce 65), mais l'a simplement classée dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail.

En effet, il ressort des rapports de l' _____ que depuis le séjour de mi-mai à mi-juin 2021, le membre supérieur droit avait retrouvé une bonne mobilité (enroulement complet des doigts longs à droite ; demeure uniquement un flexum de l'IPD d5 à droite ; cf. pièce

101, p. 630 et pièce 106, p. 783) et avait récupéré une force normale (M5 à droite contre M3 à gauche ; cf. pièce 101, p. 630 et pièce 106, p. 783). Lors de l'évaluation aux ateliers professionnels en octobre 2022, aucune difficulté n'a été relevée du côté droit. Les médecins ont d'ailleurs constaté que l'assuré réalisait les activités avec son membre sain, à savoir le droit. Aucun spécialiste n'a mentionné de plaintes relatives au membre supérieur droit. Même si le recourant n'a pas retrouvé l'entier de la mobilité de son auriculaire droit, cette main reste suffisamment fonctionnelle pour réaliser des tâches légères.

Le recourant n'apporte aucun élément médical à l'appui de son recours permettant de mettre en doute l'avis des médecins de l' _____ et du SMR sur sa capacité de travail résiduelle.

3.2 Au niveau psychique, si certains médecins ont relaté une baisse du moral, des difficultés à faire le deuil de l'entreprise et une tendance à se soucier de l'avenir, il appert qu'aucun d'eux n'a décrit un status clinique évoquant un diagnostic psychiatrique en tant que tel et reposant sur les CIM-10 ou DSM-IV L'intéressé ne s'est d'ailleurs jamais plaint de rencontrer des difficultés psychologiques et a toujours nié un besoin d'aide sur ce plan (cf. pièce 102, p. 651). En outre, lors du premier séjour à l' _____, l'assuré a été vu en consultation psychiatrique et aucun diagnostic n'a été retenu (cf. pièce 101, p. 632). Dans ces conditions, l'intimé n'avait aucune raison d'investiguer davantage cet aspect. Il en va de même de la Cour au stade du recours, le recourant n'apportant, à l'appui de son allégation, aucun rapport médical nouveau, qui laisserait suspecter la présence d'un trouble psychiatrique invalidant.

3.3 Au vu de ces considérations, il sied de confirmer que l'assuré disposait depuis sa sortie de l' _____, le 27 octobre 2022, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à son membre supérieur gauche.

4. Le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité, respectivement la comparaison des revenus effectuées par l'intimé. Il estime que le revenu sans invalidité aurait dû être calculé sur le chiffre d'affaires 2018 et que le revenu d'invalidité aurait dû être pondéré de 25% pour tenir compte de l'âge, des difficultés linguistiques, de l'absence de formation et des limitations fonctionnelles.

4.1

4.1.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des

circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références ; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss).

Si l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante avant la survenance de son handicap, il convient de prendre en considération le développement probable que son entreprise aurait eu s'il n'avait pas dû y mettre un terme en raison de son invalidité (RCC 1985, 662 consid. 3a ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 3320 ss). Il y a lieu de tenir compte des aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, du genre d'activité exercée ainsi que de la structure économique et de la marche de l'entreprise avant la survenance de l'invalidité (RCC 1961, 338). À cette fin, l'assureur se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais de personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (CIRAI, ch. 3323). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Lorsque le revenu est soumis à des fluctuations très importantes à relativement court terme, on se basera sur le revenu moyen réalisé pendant une assez longue période (RCC 1985 p. 474). La moyenne des revenus réalisés durant les cinq ans précédant l'accident permet concrètement de tenir compte de cette fluctuation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_164/2018 du 27 juillet 2018 consid. 5.2 ; 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 4.2 ; 9C_576/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.3 ; 9C_361/2009 du 19 août 2009 ; I 504/99 du 28 février 2000).

4.1.2 En l'espèce, l'intimé s'est basé sur le revenu hypothétique qui avait été pris en compte dans la décision non contestée du 7 septembre 2020, qu'il a indexé jusqu'en 2022. Ce revenu avait été calculé par l'enquêteur sur la base de la comptabilité de l'entreprise pour les cinq années précédant l'atteinte à la santé, soit de 2013 à 2018. Ces documents montraient une certaine régularité dans le chiffre d'affaires réalisé par l'assuré, jusqu'en 2017 et 2018 où il avait obtenu un important chantier. Au vu de cette variation, il se justifiait, selon la jurisprudence, de procéder à une moyenne des bénéfices sur une période de plusieurs années. La position de l'intimée n'apparaît pas manifestement erronée. Le recourant ne soulève aucun argument qui justifierait de

revenir sur ce calcul et de tenir compte uniquement de l'année 2018. Aucun élément ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le chiffre d'affaires de l'entreprise aurait continué à se développer. Au contraire, le salaire réalisé cette année-là n'apparaît pas suffisamment représentatif de l'activité habituelle de l'assuré depuis 2006.

4.2

4.2.1 S'agissant de l'abattement, il est rappelé que la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (les limitations fonctionnelles liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le 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. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 2.2 et 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

4.2.2 En l'occurrence, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 5). Par ailleurs, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels (âge, formation et langue) qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; 9C_899/2015 du 4 mars 2016

consid. 4.3.1 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références ; I 381/06 du 30 avril 2007 consid. 5.2 et les références).

Enfin, lorsqu'il s'agit d'activités simples et répétitives, ni la nationalité, ni la maîtrise de la langue ni le manque de formation ne sont des facteurs impactant le salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.4 ; 8C_289/2021 du 3 février 2022 consid. 4.4 ; 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5).

En revanche, au vu de la jurisprudence, la perte de fonctionnalité au niveau des mains, susceptible d'entraîner une baisse de rendement en fonction des tâches à accomplir, pourrait justifier un abattement sur la salaire d'invalidé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2023 du consid. 5.2 et la jurisprudence citée ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois 2017/33 du 18 janvier 2017 consid. 6c ; arrêt du Tribunal administratif du canton de Berne 200.2019.418.LAA du 13 décembre 2020 consid. 6.4.2 ; ATCA S1 21 85 du 21 mars 2023 consid. 4.2). Cependant, même en appliquant l'abattement généralement admis de 15%, voire le pourcentage maximum de 25%, le taux d'invalidité serait toujours insuffisant (0% et 11%) pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (l'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est ouvert à partir d'une perte de gain de 40% et la jurisprudence fixe à environ 20% le seuil pour l'ouverture du droit à des mesures d'ordre professionnel ; ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 124 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

5. Le recourant soutient qu'il n'existe pas d'activité réaliste exigible de sa part au vu de son âge, de ses difficultés linguistiques, de l'absence de formation et de ses limitations.

5.1 La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins.

Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), comme en l'espèce, 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid.4.1 et 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 143 V 431 consid. 4.5.1 ; 138 V 457 consid. 3.3).

5.2 En l'occurrence, le recourant, né le 27 juin 1966, avait 56 ans et 4 mois à la date à laquelle l'intimé a estimé qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit plus de 55 ans.

Il avait ainsi droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la limitation de sa rente dans le temps. Or, il ressort du dossier que cet examen n'a pas été effectué par l'intimé. Celui-ci n'a à aucun moment au cours de la procédure administrative donné mandat à son Service de réadaptation d'examiner les possibilités de réinsertion concrète de l'assuré. En outre, 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. L'intimé ne fait état d'aucun élément propre à fonder une exception au sens où l'entend la jurisprudence (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5). Il ne suffit pas, pour fonder une exception à la présomption selon laquelle un assuré âgé de 55 ans ou plus ne peut se réadapter par soi-même, de mentionner des exemples d'activités adaptées à son état de santé, qui ne nécessitent pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_211/2021 du 5 novembre

2012 consid. 3.2), comme l'a fait le Service de réadaptation dans sa prise de position au cours de la procédure de recours, ou encore d'indiquer sans autre motivation que l'assurée ne remplit pas les conditions objectives et subjectives pour prétendre à des mesures de réadaptation.

5.3 Partant, il convient d'annuler la décision du 21 avril 2023 en tant qu'elle porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité dès le 21 janvier 2023 sans examen préalable du droit à des mesures de réadaptation 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 préalable que l'administration pourra définitivement statuer sur le droit à une rente d'invalidité.

6.

6.1 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, le recourant 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 de frais du même montant est ristournée au recourant.

6.2 Selon les articles 61 lettre g LPGa et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LTar, les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Devant la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11'000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi.

In casu, M^e Yannis Sakkas a produit un recours de 7 pages ainsi qu'une réplique motivée de 8 pages et un courrier, le tout accompagné d'une trentaine de copies. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces déposées, soit uniquement la décision entreprise et la déclaration fiscale 2018, des questions juridiques soulevées, de l'ampleur du dossier, sans difficulté particulière, la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 1800 fr., débours et TVA compris.

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est admis. La décision du 21 avril 2023 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 consid. 5.3.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.
3. L'Office cantonal AI du Valais versera à X _____ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 3 juillet 2025