

S1 21 19

JUGEMENT DU 15 MARS 2023

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Olivier Couchepin, avocat,
1920 Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 28 LAI, rente d'invalidité ; art. 17 et 18 LAI, mesures d'ordre professionnel ; valeur probante des rapports médicaux)

Faits

A. X _____, ressortissant portugais né le xx.xx 1971, marié et père d'une fille majeure, a effectué 6 ans d'école obligatoire au Portugal avant de travailler comme ouvrier dans le domaine du bâtiment. Sans formation certifiée, il est arrivé en 2005 en Suisse, où il a toujours exercé en tant que maçon. Par contrat de mission du 6 mars 2018, il a été engagé par la société A _____ Sàrl en tant que « maçon A » auprès de l'entreprise B _____ SA, à C _____, à partir du 20 mars 2018 et ce jusqu'à la fin de l'année au plus tard (pièce OAI 124 ; pièces CNA 2, 6 et 66).

B. Le 21 mars 2018, l'assuré se trouvait sur le chantier de D _____, à C _____, et enlevait des fers posés sur le sol à côté du machiniste, qui soulevait, à l'aide d'un godet, du fer et du béton du sol, lorsqu'un fer s'est projeté contre le visage de l'intéressé. Ce dernier a été conduit le jour même à E _____, à F _____, où il a été opéré en urgence par le Dr G _____, chef de clinique, qui a diagnostiqué un traumatisme oculaire de l'œil gauche avec plaie pénétrante sclérocornéenne (pièce OAI 124 ; pièces CNA 2 et 15). Le 29 mars suivant, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurance pour les suites de cet accident et que le droit à l'indemnité journalière s'élevait à 170 fr. 95 par jour (pièce OAI 124 ; pièce CNA 10).

Dans un rapport du 15 mai 2018, le Dr G _____ a indiqué que la perforation oculaire gauche et la lacération cutanée traumatique avaient eu pour conséquence une perte visuelle complète au niveau de l'œil gauche de l'assuré, qu'aucune amélioration de la vision n'était attendue et que l'apparition d'un phthisis était probable. Il a ajouté que l'intéressé devait être suivi au long cours et a proposé la pose d'une prothèse oculaire (pièce OAI 124 ; pièce CNA 24).

Le 17 mai 2018, la Dresse H _____, spécialiste FMH en otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, a posé les diagnostics d'acouphènes bilatéraux de haute fréquence et de surdité de perception dans les basses fréquences symétriques, précisant que seuls les acouphènes étaient vraisemblablement liés à l'accident. Elle a ajouté que l'assuré présentait également une hyper-contraction de la musculature orbiculaire de l'œil gauche, que le port d'une prothèse était susceptible de soulager (pièce OAI 124 ; pièce CNA 70).

Le 7 juin 2018, l'intéressé a été examiné par le Dr I _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a relevé que l'examen neurologique était rassurant, qu'il ne voyait pas

d'explication à l'acouphène pulsatile bilatéral et qu'il ne constatait pas de relation entre ce dernier et l'accident du 21 mars précédent (pièce OAI 124 ; pièce CNA 26).

Le 3 juillet 2018, la Dresse J _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué que l'assuré présentait un phthisis sur traumatisme oculaire avec plaie perforante de l'œil gauche, qu'aucune récupération fonctionnelle n'était possible et qu'au vu de la gravité des lésions, la pose d'une prothèse était d'ores et déjà prévue à E _____. Elle a par ailleurs estimé que l'activité de maçon sur un chantier semblait assez difficile en raison de l'absence de vision stéréoscopique et du risque d'accident pouvant en découler (pièce OAI 124 ; pièce CNA 40).

Dans un rapport du 20 juillet 2018, le Dr K _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie auprès de la CNA, a retenu que toutes les activités adaptées aux personnes borgnes et qui ne requéraient pas de vision stéréoscopique étaient exigibles à plein temps et sans limites de rendement et qu'en cas de reconversion dans une activité administrative avec emploi d'un ordinateur, une perte de rendement de 10 à 20% était possible pendant un à deux ans. Il a en outre posé les limitations suivantes : pas de travaux sur des machines comportant des éléments rotatifs non protégés, pas de travaux sur des terrains accidentés ou sur une chaîne d'assemblage, pas de conduite de poids lourds ni de lourdes machines de chantier, pas d'activité de magasinier (utilisation de chariots élévateurs ou de grues inadaptée), pas de tâches mécaniques de précision, pas d'activités sur des échafaudages et pas de montée à plus de 1,5 mètres sur une échelle (pièce OAI 124 ; pièce CNA 30). Dans un rapport du même jour, le Dr K _____ a par ailleurs estimé que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 35%, aucune amélioration de l'état de santé n'étant attendue (pièce OAI 124 ; pièce CNA 29).

C. Le 3 septembre 2018, faisant suite à la transmission spontanée de son dossier par la CNA à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes en raison de la perforation oculaire gauche subie lors de l'accident du 21 mars 2018 (pièce OAI 2).

Par communication du 5 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge, à titre de mesure d'intervention précoce, les frais pour un cours de formation auprès de la L _____, à C _____, du 5 au 23 novembre 2018 en vue d'une activité adaptée (mesure VUNAP). Lors d'un entretien avec une responsable de L _____, l'intéressé a toutefois indiqué que cette mesure n'était pas possible pour lui car il n'arrivait pas à tenir sur des périodes de cours de 9h à 16h. En revanche, il s'est dit

intéressé par une mesure l'aidant à faire un travail sur l'accident et ses conséquences pour avancer (pièces OAI 19 et 28).

Dans un rapport du 8 octobre 2018, le Dr G _____ a indiqué avoir revu l'intéressé pour un suivi de son état clinique, suite à la pose de la prothèse oculaire le mois précédent, et avoir constaté que ce dernier présentait un phthisis post-traumatique à l'œil gauche, sans potentiel visuel. Le 24 décembre suivant, le Dr G _____ a ajouté qu'aucune amélioration de l'état de santé de son patient n'était à attendre (pièce OAI 124 ; pièces CNA 69 et 98).

Par communication du 12 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour une mesure « accepter et reconstruire » auprès de la L _____, du 13 novembre au 6 décembre 2018, en vue de l'exercice d'une activité adaptée. L'intéressé a suivi cette mesure dans son entier et, petit à petit, a pu s'ouvrir un peu et partager son vécu au sein du groupe. La formatrice a néanmoins relevé qu'il n'avait pas encore pleinement accepté son récent accident et ses conséquences, mais qu'un soutien psychothérapeutique pouvait l'aider à avancer sur ce cheminement (pièces OAI 33 et 35).

Par communication du 7 février 2019, l'OAI a accepté une nouvelle fois de prendre en charge les frais pour un cours d'accompagnement VUNAP du 18 février au 8 mars 2019. Après avoir commencé cette mesure, avec toutefois une attitude négative, l'intéressé n'a pas pu la mener à terme en raison de son état de santé (pièces OAI 40 et 45).

Le 20 février 2019, dans un rapport médical détaillé adressé à la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, la Dresse M _____, médecin traitant de l'assuré, a relevé que son patient présentait un état anxio-dépressif, des céphalées frontales apparaissant 3 à 4 fois par semaine, des acouphènes bilatéraux de haute fréquence l'empêchant de supporter les ambiances bruyantes, une surdité de perception dans les basses fréquences symétriques et une difficulté à supporter sa prothèse oculaire plus de 3h. Elle a ajouté qu'il ne présentait pas d'empêchements dans les activités de la vie quotidienne et qu'il demeurerait capable d'exercer de façon régulière un travail adapté, c'est-à-dire uniquement des travaux non physiques, à un taux de 50% maximum, pas plus de 3h par jour et en respectant ces limitations : éviter les poussières et les changements de températures et d'humidité, alterner les postures de travail et pas d'ambiance bruyante en raison des acouphènes. Elle a enfin relevé qu'une amélioration de la capacité de travail de l'intéressé n'était plus possible (pièce OAI 124 ; pièce CNA 123).

Le 21 mai suivant, le Dr K _____ a confirmé que le cas était stabilisé, renvoyant entre autres au rapport du Dr G _____ du 24 décembre 2018 (pièce CNA 98), et qu'il n'y avait pas de changement de l'estimation de l'IPAI ou de l'exigibilité par rapport à ses précédents avis (pièce OAI 124 ; pièce CNA 122). Le 21 juin 2019, il a ajouté que le rapport du 20 février 2019 de la Dresse M _____ n'apportait aucun nouvel élément médical, notamment du point de vue ophtalmologique, de sorte qu'il maintenait ses conclusions et l'exigibilité posée le 20 juillet 2018 (pièce OAI 124 ; pièce CNA 130).

Le 22 juillet 2019, la CNA a informé l'assuré que, selon l'avis de son service médical, il n'était plus possible d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident et qu'elle devrait mettre fin au paiement des soins médicaux ainsi que de l'indemnité journalière au 31 juillet 2019. Le médecin-conseil estimant toutefois que des mesures de reclassement professionnel devaient être examinées par l'OAI, la CNA a renoncé momentanément à passer à la liquidation du cas (pièce OAI 124 ; pièce CNA 138). Par courrier du même jour, la CNA a ainsi prié l'OAI d'examiner la mise en œuvre éventuelle de mesures de réadaptation professionnelle (pièce OAI 124 ; pièce CNA 143).

Dans un rapport d'examen du 19 septembre 2019, l'OAI a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K _____ dans son rapport du 20 juillet 2018 et considéré que, suite au parcours professionnel de l'intéressé, il existait, sur le premier marché de l'emploi, plusieurs postes adaptés à sa situation, et accessibles sans formation, à savoir par exemple veilleur de nuit (hôtellerie), plongeur/casserolier, préparateur de commandes/aide logisticien, vendeur (outillage, bâtiment, etc.), employé aux remontées mécaniques ou encore aide-concierge (centre scolaire, CMS, hôpitaux, locaux commerciaux, etc.). Ainsi, l'OAI a indiqué qu'il n'allait pas entreprendre de mesure de reclassement (pièce OAI 55).

Par courrier du 23 septembre 2019, la CNA a informé l'assuré que selon l'avis du 21 juin 2019 de son médecin spécialiste en ophtalmologie, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration des séquelles de l'accident et que l'assurance-invalidité ne lui octroierait pas de reclassement ; dès lors, elle mettait fin au paiement des indemnités journalières au 30 septembre 2019 (pièce OAI 124 ; pièce CNA 149).

Par courrier du 25 septembre 2019, l'intéressé, sous la plume de son mandataire Me Michel De Palma, a relevé que la CNA devait annoncer avec suffisamment d'avance la fin des indemnités journalières afin que l'assuré puisse se retourner et entreprendre des

démarches nécessaires et qu'actuellement, il ne pouvait s'inscrire au chômage dans la mesure où il était toujours en incapacité de travail selon les certificats délivrés par son médecin traitant. Il a ainsi réclamé la continuation du paiement de l'indemnité journalière et l'examen, dans l'intervalle, de son droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce OAI 124 ; pièce CNA 156).

Le 22 novembre 2019, le Dr K _____ a précisé que les céphalées dont souffrait l'intéressé n'étaient pas en lien avec l'accident du 21 mars 2018 et qu'elles ne modifiaient pas l'exigibilité posée précédemment, que ce soit en termes de temps ou de rendement (pièce OAI 124 ; pièce CNA 179).

Le 25 novembre 2019, la Dresse N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et O _____, psychologue FSP, ont posé le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, catégorisé comme trouble anxieux selon le DSM-5, et ont notamment relevé les symptômes suivants : hypervigilance, insomnies, nervosité, tendance à s'effrayer rapidement, impression constante de danger, grande irritabilité pouvant mener à un comportement violent et sentiment intense de détresse psychique (pièce OAI 124 ; pièce CNA 210).

Dans un rapport du 17 janvier 2020, le Dr G _____ a relaté que son patient avait été vu par le Dr P _____, chef du service d'oculoplastie de E _____, et que les deux spécialistes avaient conclu que l'assuré nécessitait une chirurgie s'il désirait réduire les douleurs qu'il ressentait lors du port de la prothèse oculaire (pièce OAI 124 ; pièce CNA 210).

Le 10 février 2020, le Dr Q _____, médecin spécialiste en otorhinolaryngologie auprès de la CNA, a indiqué que, sur la base des documents à disposition, en particulier du rapport du 17 mai 2018 de la Dresse H _____, les troubles auditifs bilatéraux n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'accident du 21 mars 2018 (pièce OAI 124 ; pièce CNA 199).

Dans un rapport du 11 février 2020, la Dresse M _____ a indiqué que la prothèse oculaire de l'assuré lui provoquait souvent des sécrétions purulentes de l'œil gauche, que l'œil droit, contre-latéral, était fatigué, que les acouphènes étaient en péjoration et qu'il souffrait de maux de tête et de cauchemars, sous la forme d'un syndrome post-traumatique, avec hypervigilance, difficultés de concentration et peine à mener à terme une activité, pour lequel il était suivi par la Dresse N _____ (pièce OAI 69).

D. Par décision du 12 février 2020, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 20%, entre le 1^{er} octobre 2019 et le 31 mars 2021, calculée par comparaison entre le revenu sans invalidité de 71 935 fr. et le revenu d'invalidité de 57 582 fr., avec une baisse de rendement provisoire de 15%, ainsi qu'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 51 870 fr., correspondant à un taux de 35%. Dès le 1^{er} avril 2021, il a été tenu compte d'une pleine capacité de rendement, de sorte que le revenu d'invalidité passait à 68 422 francs. Comparé au revenu sans invalidité, il en résultait une perte de gain arrondie à 6%, n'ouvrant plus droit à une rente (pièce OAI 124 ; pièce CNA 250).

Le 16 mars 2020, l'intéressé s'est opposé à cette décision, soutenant que le salaire annuel pris en compte par la CNA dans le calcul du revenu sans invalidité ne correspondait pas à la réalité, de sorte qu'il devait être augmenté, qu'au vu des certificats médicaux émis par ses médecins traitants, son cas ne pouvait pas être considéré comme stabilisé, si bien que le paiement de l'indemnité journalière devait être repris, que son incapacité de gain devait dans tous les cas être estimée à 40% et qu'en raison des douleurs liées au port de sa prothèse oculaire, l'IPAI devait être augmentée à 45% (pièce OAI 124 ; pièce CNA 213).

Dans un rapport du 16 mars 2020, le Dr P _____ a indiqué avoir proposé à l'assuré de procéder à une éviscération de l'œil gauche afin de tenter de soulager la douleur persistante liée au port de la prothèse oculaire, précisant qu'une date opératoire pourrait être proposée dès la résolution de l'épidémie de coronavirus. Cette proposition a encore été rappelée à l'intéressé le 18 mai suivant (pièce OAI 124 ; pièces CNA 220 et 226).

Interpellé par Me De Palma, le Dr K _____ lui a précisé, par courrier du 29 mai 2020, qu'il n'avait pas la possibilité d'examiner les assurés dans le cadre de son travail au siège de la CNA pour des raisons techniques, que l'examen personnel d'un assuré n'était toutefois nécessaire, respectivement utile, que dans de très rares cas, mais néanmoins possible à son cabinet, et qu'il encourageait les assurés le souhaitant à demander un deuxième avis médical à un médecin ophtalmologue de leur choix (pièce OAI 124 ; pièce CNA 223).

Par courrier du 25 juin 2020, Me De Palma a informé la CNA qu'il n'assurait plus la défense des intérêts de l'intéressé, cette dernière étant désormais assurée par Me Olivier Couchepin (pièce OAI 124 ; pièces CNA 237 et 242).

Par décision sur opposition du 23 septembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 12 février précédent. Elle a en substance argumenté que le Dr K _____ avait confirmé la stabilisation du cas en date du 21 juin 2019, que le

Dr P _____ avait certes proposé, le 16 mars 2020, une éviscération de l'œil gauche de façon à soulager les douleurs de l'intéressé, mais que le fait qu'une chirurgie puisse s'avérer nécessaire ne signifiait pas pour autant que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, ce d'autant plus qu'aucune opération n'avait été planifiée à ce jour, qu'en l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la sphère psychique, la CNA ne saurait en assumer les suites, que, concernant la rente d'invalidité, elle entendait se fonder sur l'horaire de travail défini par la CCT applicable dans le domaine du bâtiment, de sorte que le gain annuel assuré s'élevait à 76 026 fr. et qu'il ressortait de l'annexe 3 OLAA que la perte de la vue d'un côté motivait la reconnaissance d'une IPAI de 30%, si bien que le taux de 35% retenu tenait déjà équitablement compte de la situation de l'assuré (pièce OAI 124 ; pièce CNA 250).

L'assuré a recouru céans contre cette décision par écriture du 16 octobre 2020. Ce recours fait l'objet d'une procédure séparée (cause S2 20 67).

E. Par projets de décision du 2 octobre 2019, l'OAI a d'une part refusé au recourant tout droit à un reclassement professionnel ainsi qu'à une aide au placement, de telles mesures n'étant pas nécessaires au vu de son degré d'invalidité inférieur à 20% et de sa capacité totale de travail dans une activité légère et adaptée. D'autre part, l'OAI lui a refusé tout droit à une rente d'invalidité, motif pris que depuis le 20 juillet 2018, selon l'avis du médecin-conseil de la CNA, l'exercice de toute activité légère et adaptée, à plein temps et avec rendement normal, était exigible en respectant certaines limitations fonctionnelles (pas de travaux sur des échafaudages, pas de montée sur des échelles au-delà d'une hauteur de 1,5 mètres, pas d'activités nécessitant une vision stéréoscopique et pas de tâches mécaniques de précision), de sorte qu'après comparaison du revenu sans invalidité de 74 047 fr. 20 et de celui d'invalidité de 61 405 fr. 75, après déduction de 10%, le degré d'invalidité de l'intéressé s'élevait à 17%, n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente (pièces OAI 59 et 60).

Le 26 novembre 2019, l'intéressé s'est déterminé sur dits projets de décision. Il a rappelé que son médecin traitant l'avait maintenu en arrêt de travail jusqu'alors, estimant ainsi que le traitement médical n'était pas terminé, que les décisions étaient prématurées et qu'il y avait lieu de reprendre l'instruction de son dossier. A l'appui de ses dires, il a joint à son envoi un rapport du 14 octobre 2019 du Dr G _____ mentionnant qu'une prise en charge chirurgicale était à l'étude pour améliorer le confort lors du port de la prothèse oculaire, ainsi qu'un rapport du 9 octobre 2019, rédigé en portugais et non traduit, du Dr R _____, ophtalmologue au Portugal (pièce OAI 63).

Le 26 mars 2020, la Dresse N _____ a relevé, respectivement rappelé, que l'intéressé présentait les symptômes, respectivement diagnostics, d'insomnies, de nervosité, d'angoisse, d'anxiété généralisée, de dépression, de perte de concentration, de syndrome de stress post-traumatique, de trouble dépressif majeur avec personnalité émotionnellement labile et de trouble anxieux selon le DSM-5. Elle a indiqué que dans l'activité de maçon exercée antérieurement, aucune capacité de travail n'était exigible, mais qu'il pouvait travailler deux à trois heures par jour dans une activité adaptée, sa réinsertion professionnelle étant toutefois difficile compte tenu du fait qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation (pièce OAI 73).

Dans un avis du 7 août 2020, le Dr S _____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR, a observé que la psychiatre traitante décrivait un état dépressif majeur puis un état de stress post-traumatique sur la base de cauchemars et de flashbacks, avec pourtant un traitement sans autre psychopharmacothérapie que du Temesta en réserve et un suivi composé d'une consultation bimensuelle auprès d'une psychologue ainsi que d'une consultation psychiatrique mensuelle. En raison de cette incohérence entre la gravité supposée des troubles annoncés et le traitement effectué et prescrit, il a requis la réalisation d'un examen spécialisé (pièce OAI 82).

Dans un rapport du 26 octobre 2020, la Dresse T _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et experte médicale SIM, a retenu le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement stabilisé (F43.21). D'un point de vue strictement psychiatrique, elle a considéré que la capacité de travail était entière depuis toujours que ce soit dans l'activité habituelle de maçon ou dans une activité adaptée (pièce OAI 98).

Dans un rapport final du 29 octobre 2020, le Dr S _____ a estimé que les renseignements médicaux étaient suffisants, qu'en particulier, l'expertise de la Dresse T _____ s'appuyait sur un dossier médical complet, une anamnèse fouillée, un examen spécialisé et une discussion des diagnostics expliquant pour quelles raisons les diagnostics de syndrome post-traumatique et de trouble de la personnalité n'avaient pas été retenus, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de cette experte. Il a ainsi conclu que, dans une activité adaptée (pas d'activité demandant une bonne acuité visuelle ni une vision binoculaire) une capacité entière de travail était exigible dès juillet 2018, sans comorbidité psychiatrique incapacitante (pièce OAI 101).

Le 7 décembre 2020, la Dresse N _____ a rappelé les diagnostics posés dans son rapport du 26 mars précédent, notamment celui d'état dépressif, ajoutant que son patient

n'avait plus d'activités de loisirs car il n'avait aucune motivation ni aucun intérêt. Elle a précisé avoir constaté une perte de poids de 21 kilos depuis l'accident et remarqué une fatigue mentale importante ainsi que des épisodes de lapsus de mémoire. Elle a enfin relevé un fort sentiment de détresse psychique lié à la situation handicapante, avec pour conséquences des difficultés de contrôle émotionnel avec une sensation de tension interne permanente, une perte d'élan vital et une baisse de motivation très importante, précisant que dans cet état il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle, même adaptée (pièce OAI 106).

Dans un second rapport final du 17 décembre 2020, le Dr S _____ a constaté que les symptômes décrits par la Dresse N _____ étaient connus et avaient été pris en compte par la Dresse T _____ dans son expertise, si bien qu'en l'absence d'une nouvelle atteinte à la santé ou d'élément médical objectif nouveau laissant suspecter un état de santé aggravé, il maintenait ses conclusions (pièce OAI 111).

Par décisions du 8 janvier 2021, l'OAI a confirmé ses projets de décisions du 2 octobre 2019, retenant que la capacité de travail de l'assuré, d'un point de vue psychiatrique, était entière depuis toujours dans n'importe quelle activité et que, d'un point de vue somatique, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée, de sorte que tout droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à un reclassement professionnel ou une aide au placement lui était dénié (pièce OAI 114).

F. X _____ a recouru céans le 18 janvier 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation des décisions du 8 janvier précédent et à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que d'une mesure de reclassement professionnel et/ou d'aide au placement, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Il a également conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à déterminer son degré d'invalidité et a notamment requis l'édition, par Inclusion Handicap, des 300 signalements émis par les assurés concernant le travail des experts mandatés par l'OAI ainsi que l'édition, par le Département fédéral de la santé, de l'enquête interne et de l'analyse externe relative aux activités d'expertise des offices AI. Il a soutenu que ni le rapport du Dr K _____ du 20 juillet 2018, ni celui de la Dresse T _____ du 26 octobre 2020, sur lesquels l'OAI avait basé ses décisions, ne présentaient une valeur probante suffisante, le premier ayant été rédigé sans que le médecin-conseil de la CNA l'ait jamais examiné personnellement et le second étant selon ses dires perclus de contradictions crasses, que l'intimé ne fournissait aucune explication quant à la déduction du salaire statistique de 10% opérée sur le revenu d'invalidité et que l'OAI n'avait jamais évalué sa capacité tant de

reclassement que de placement, malgré le fait que la CNA ait requis de telles mesures d'ordre professionnel.

Dans sa réponse du 30 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance relevé que la situation était suffisamment instruite sur le plan ophtalmologique, que le rapport du Dr K _____ présentait une pleine valeur probante, quand bien même il n'avait pas examiné personnellement le recourant, que les contradictions soulevées dans le rapport de la Dresse T _____ s'expliquaient par la différence entre les plaintes subjectives du recourant et les observations cliniques de l'experte, de sorte qu'elles ne remettaient pas en doute la fiabilité des conclusions dudit rapport, qu'un abattement de 10% du salaire statistique était suffisant et justifié, l'âge du recourant relativement éloigné de l'âge réglementaire de la retraite ne nécessitant pas sa prise en compte, et que le degré d'invalidité de 17% présenté par le recourant n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnelle.

Le 29 avril 2021, le recourant a versé en cause deux certificats de la Dresse M _____ attestant une incapacité de travail totale du 3 mars au 16 mai 2021 ainsi qu'une attestation de consultation du Dr U _____. Par réplique du 20 mai suivant, il a réitéré ses critiques quant à la valeur probante des rapports des Drs K _____ et T _____, soulignant les lacunes de l'instruction médicale. Il a ajouté, quant à l'abattement sur le salaire statistique, que le taux de 10% retenu était manifestement insuffisant, que l'intimé n'avait considéré ni la situation actuelle sur le marché du travail pour les professions non qualifiées, ni les conséquences de l'accident sur ses possibilités concrètes de retrouver un emploi, ni son absence d'expérience dans un domaine autre que la maçonnerie et qu'à titre de comparatif, la CNA avait retenu une diminution de sa capacité de gain de 20% dans sa décision du 12 février 2020.

Par ordonnance du 9 juin 2021, la Cour de céans a informé les parties que le dossier d'assurance-accidents, qui faisait l'objet d'une procédure séparée (S2 20 67), était versé en cause.

Le 12 juillet 2021, le recourant a transmis un certificat médical de la Dresse M _____ attestant un arrêt de travail total du 6 juillet au 16 août 2021.

La caisse de pension V _____, en sa qualité de tiers concerné, ayant renoncé à se déterminer, l'échange d'écritures a été clos le 9 septembre 2021.

Le 13 octobre 2021, l'assuré a spontanément indiqué qu'il avait été opéré par le Dr U _____ le 1^{er} septembre précédent. Le 3 novembre 2021, il a versé en cause

un rapport du 29 octobre précédent de la Dresse N _____ et de Mme O _____, lesquelles ont constaté que, depuis leur dernier rapport, l'assuré présentait toujours des difficultés psychiques, physiques et intellectuelles importantes dues à son accident du 21 mars 2018 et qu'il souffrait d'un syndrome post-traumatique, catégorisé comme trouble anxieux dans le DSM-5.

Le 9 novembre 2021, l'intimé a indiqué n'avoir pas d'observations à faire valoir quant à ce rapport, dans la mesure où la situation décrite par la Dresse N _____ et Mme O _____ était identique à celle analysée par l'experte psychiatre et le SMR en date du 26 octobre 2020, respectivement du 17 décembre 2020.

Le 5 août 2022, l'intéressé a notamment transmis, dans la cause S2 20 67, un rapport du 28 juin 2022 du Dr W _____, médecin psychiatre qui a repris le suivi effectué par la Dresse N _____, relevant un état anxio-dépressif réactionnel aux traumatismes de l'accident du 21 mars 2018 et soulignant l'intensité variable des symptômes et l'intrication de la problématique somatique.

Le 1^{er} février 2023, le recourant a fait verser au dossier un rapport du Dr Y _____ du 30 janvier 2023.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent jugement, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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 18 janvier 2021, le recours dirigé contre les décisions du 8 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (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 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, respectivement à des mesures d'ordre professionnel.

3. Dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante des rapports du Dr K _____ ainsi que de la Dresse T _____, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour déterminer son degré d'invalidité, aux motifs que le premier a été rédigé par le médecin-conseil de la CNA sans réalisation d'un examen personnel et que le second était entaché de contradictions crasses.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'article 7 alinéa 1 LPGA, l'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans

interruption notable (b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGGA) à 40% minimum (c) (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'article 28 alinéa 2 aLAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

3.3 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 la part de l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ;

114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR 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 sur l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

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

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la

réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

3.5 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

3.6 Dans le cas d'espèce, le recourant critique la valeur probante des avis du Dr K _____ et de la Dresse T _____, sur lesquels s'est fondé l'OAI pour rendre ses décisions, et estime que les avis de ses médecins traitants, notamment la Dresse M _____ ainsi que la Dresse N _____, devraient prévaloir.

3.6.1 Sur le plan somatique, le Dr K _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie auprès de la CNA, a retenu dans un rapport du 20 juillet 2018, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, que toutes les activités adaptées aux personnes borgnes et qui ne requéraient pas de vision stéréoscopique étaient exigibles à plein temps et sans limites de rendement, qu'en cas de reconversion, une perte de rendement de 10 à 20% était possible pendant un à deux ans et que l'intéressé présentait les limitations suivantes : pas de travaux sur des machines comportant des éléments rotatifs non protégés, pas de travaux sur des terrains accidentés ou sur une chaîne d'assemblage, pas de conduite de poids lourds ni de lourdes machines de chantier, pas d'activité de magasinier (inadaptée en raison de l'utilisation de chariots élévateurs ou de grues), pas de tâches mécaniques de précision, pas d'activités sur des échafaudages et pas de montée supérieure à 1,5 mètres sur une échelle. Sur cette base, l'intimé a estimé, après avoir procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, qu'au plus tard au 21 mars 2019, soit au terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, le degré d'invalidité de l'intéressé s'élevait à 17%.

A la lecture du dossier, l'on relèvera que le Dr G _____, chef de clinique à E _____, indiquait, déjà en date du 15 mai 2018, que la perforation oculaire gauche et la lacération cutanée traumatique subies lors de l'accident du 21 mars 2018 avaient eu pour conséquence une perte visuelle complète au niveau de l'œil gauche de l'assuré et qu'aucune amélioration de la vision n'était attendue, seule l'apparition d'un phthisis étant probable. Le 3 juillet suivant, la Dresse J _____, spécialiste FMH en

ophtalmologie, a indiqué quant à elle que l'assuré présentait un phthisis sur traumatisme oculaire avec plaie perforante de l'œil gauche et qu'aucune récupération fonctionnelle n'était possible. Ces deux rapports ont été établis par des spécialistes qui ont examiné personnellement l'assuré et ont été dûment transmis au Dr K _____ afin qu'il procède à son évaluation. Par la suite, le 24 décembre 2018, le Dr G _____ a confirmé la perte de fonction de l'œil, avec phthisis consécutif, et retenu qu'aucune amélioration de l'état de santé de son patient n'était à attendre.

Quant à la Dresse M _____, médecin traitant de l'assuré, elle a également relevé, dans un rapport du 20 février 2019, soit avant le terme du délai d'attente de l'article 28 alinéa 1 LAI, qu'une amélioration de la capacité de travail de son patient n'était plus possible. Elle a ajouté qu'il souffrait d'un état anxio-dépressif, de céphalées frontales apparaissant 3 à 4 fois par semaine, d'acouphènes bilatéraux de haute fréquence l'empêchant de supporter les ambiances bruyantes, d'une surdité de perception dans les basses fréquences symétriques ainsi que d'une difficulté à supporter sa prothèse oculaire plus de 3h, mais qu'il ne présentait pas d'empêchements dans les activités de la vie quotidienne et qu'il demeurait capable d'exercer de façon régulière un travail adapté, c'est-à-dire uniquement des travaux non physiques, à un taux de 50% maximum, pas plus de 3 heures par jour et en respectant les limitations suivantes : éviter les poussières et les changements de températures et d'humidité, alterner les postures de travail et pas d'ambiance bruyante en raison des acouphènes. Afin d'améliorer le confort lors du port de la prothèse oculaire, une opération chirurgicale, sous la forme d'une éviscération de l'œil gauche, a été proposée à l'assuré par le Dr P _____ le 16 mars 2020, puis à nouveau le 18 mai suivant, sans que l'intéressé ne donne suite, avant qu'elle ne soit finalement réalisée par le Dr U _____ le 1^{er} septembre 2021.

Force est ainsi de constater que les différents spécialistes s'étant prononcé sur le cas du recourant ont tous constaté que sa situation était médicalement stabilisée, seule la question de l'exigibilité dans une activité adaptée demeurant litigieuse. A cet égard, la Cour de céans relève que l'avis du Dr K _____ se fonde sur des examens complets, soit des rapports de spécialistes ayant examiné personnellement l'assuré, à l'instar du Dr G _____, chef de clinique à E _____, et de la Dresse J _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, et que le rapport du Dr K _____ a en outre été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, le dossier de l'intéressé lui ayant été transmis. Il apparaît par ailleurs que les éléments relevés par la Dresse M _____ dans son rapport du 20 février 2019 ne sont pas de nature à remettre l'avis du Dr K _____ en cause, dans la mesure où les céphalées et la surdité ne sont pas en

lien avec l'accident du 21 mars 2018 (cf. notamment rapports des Drs H _____ du 17 mai 2018 et Q _____ du 10 février 2020), que l'état-anxio dépressif n'a pas été retenu par l'experte psychiatre, dont le rapport bénéficie d'une pleine valeur probante (cf. *infra* consid. 3.6.2) et qu'une opération a été réalisée afin d'améliorer le confort lors du port de la prothèse oculaire. Cela étant, l'avis du Dr K _____, estimant que la situation était stabilisée et évaluant l'exigibilité dans une activité adaptée, soit une pleine capacité de travail dès le 20 juillet 2018, ou avec une baisse de rendement de 15% dans une reconversion dans le domaine administratif avec emploi d'un ordinateur (cf. avis du 20 juillet 2018, confirmé le 21 juin 2019), bénéficie d'une pleine valeur probante et aucun indice au dossier ne permet de le remettre en doute. Il n'était au demeurant pas nécessaire pour le médecin d'arrondissement d'effectuer un examen médical personnel, la situation médicale ayant été essentiellement établie par les différents intervenants, de sorte qu'un examen direct de l'assuré passait au second plan (arrêts 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3).

3.6.2 Sur le plan psychique, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr S _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, lui-même basé sur l'expertise de la Dresse T _____, experte médicale SIM spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir que le recourant présentait une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle de maçon que dans une activité adaptée et ce depuis toujours. A l'inverse, ce dernier se prévaut de l'avis de la Dresse N _____, sa psychiatre traitante, qui a retenu qu'il ne pouvait travailler que deux à trois heures par jour dans une activité adaptée, compte tenu des troubles qu'il présentait, à savoir des insomnies, de la nervosité, des angoisses, de l'anxiété généralisée, de la dépression, un syndrome de stress post-traumatique, une perte de concentration, un trouble dépressif majeur avec personnalité émotionnellement labile et un trouble anxieux selon le DSM-5.

3.6.2.1 A l'examen de l'expertise psychiatrique de la Dresse T _____ du 26 octobre 2020, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'experte a repris les différents avis médicaux figurant au dossier, puis a établi une anamnèse complète, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. Elle a ensuite procédé à un examen clinique complet durant 1h, permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives et dans un délai relativement bref (arrêts 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les références, en particulier l'arrêt 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 dans lequel un examen psychiatrique d'une heure avait été jugé comme suffisant). Enfin, les conclusions de

l'experte ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du 26 octobre 2020, pièce OAI 98).

A l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'experte psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Elle a d'abord dûment motivé le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement stabilisé (F43.21), qu'elle a retenu (changement de personnalité depuis la perte de l'œil suite à l'accident, pas de troubles des fonctions cognitives, pas d'idées noires, malgré des menaces émises, score de 6 points sur l'échelle de dépression de Hamilton [symptômes dépressifs légers à partir de 14 points]), puis a relevé que les mesures de traitement étaient en deca des propositions thérapeutiques habituelles pour ce type de diagnostic, ce qui soutenait la non-gravité de la répercussion de ce trouble dans tous les domaines. L'experte a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (hygiène et soins corporels préservés ; capacité de conduire, malgré la perte de l'usage de l'œil gauche ; activités spontanées telles que rendre visite à des amis ou accepter leurs visites ; capacité de s'intégrer dans un groupe, d'en comprendre les règles et de s'y adapter ; capacité d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec autrui ; bonne capacité de s'affirmer et de défendre ses convictions ; capacité d'endurance ; bonnes capacités de jugement et de prise de décision ; capacité de faire usage de compétences spécifiques, de flexibilité et d'adaptation ; capacité de planifier et structurer ses tâches, de s'adapter aux règles et aux routines tel que l'organisation de la présente expertise), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressé ou sa psychiatre traitante.

Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'experte a estimé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle, que ce soit dans l'activité habituelle de maçon ou dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé ayant toujours été entière d'un point de vue purement psychiatrique. On rappellera à cet égard les ressources importantes que le recourant a conservées et qui viennent d'être énumérées. Elles lui permettent de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (l'assuré prépare notamment ses repas, s'occupe de ses lessives, se déplace seul en voiture).

Quant aux contradictions soulevées par l'assuré dans son écriture de recours, elles ne sauraient être de nature à remettre en cause l'expertise de la Dresse T _____. En effet, s'agissant premièrement de la mémoire du recourant ainsi que de son moral, une

lecture attentive de dite expertise permet de constater que les différences relevées par l'intéressé s'expliquent par le fait que l'erreur de date concernant l'accident ainsi que le moral particulièrement bas, la fatigue présente, les idées suicidaires et le syndrome dépressif constituent des plaintes subjectives de l'assuré (cf. p. 11 et 12 du rapport d'expertise, pièce OAI 98), alors que la mémoire des faits anciens jugée précise et plausible de même que l'absence d'idées noires, de fatigue et de tristesse sont des constatations objectives de l'experte (cf. p. 15 et 18 du rapport d'expertise, pièce OAI 98). Or, il s'agit du rôle même d'un expert d'examiner objectivement les assurés et il n'y a rien de surprenant à ce que les constatations objectives d'un expert diffèrent avec les plaintes subjectives de l'assuré. Le recourant soutient deuxièmement qu'il souffre de troubles du sommeil dus à des douleurs qui entraîneraient des réveils précoces, alors que l'experte a nié l'existence de réveils matinaux précoces. La Cour relève à cet égard que l'experte a retenu, sous la rubrique « fonctions végétatives et autres symptômes d'allure somatoforme », que l'intéressé s'endormait vers 2h du matin et se levait à 7h et qu'il décrivait des nuits difficiles avec des douleurs qui le réveillaient. Elle a par ailleurs nié l'existence de réveils matinaux précoces en tant que critère du syndrome somatique de la dépression (p.12 de l'expertise), ce qui ne saurait être considéré comme contradictoire. Troisièmement, le recourant estime qu'il n'est pas cohérent de retenir qu'il a émis des menaces sans participation « effective » (sic) et qu'il n'a pas de tendance aux explosions émotionnelles. A cet égard, il y a lieu de relever que l'experte a constaté qu'il avait émis des menaces sans participation affective, et non effective, si bien que la seconde constatation prend tout son sens et est parfaitement cohérente avec la première. Enfin, l'intéressé soutient que la CNA a estimé que l'activité de maçon n'était plus exigible, de sorte que la conclusion de l'experte selon laquelle il n'y a pas de limite aux heures de présence de l'assuré dans la dernière activité exercée, soit celle de maçon, se révèle contradictoire. Or, il n'en est rien. En effet, l'experte a bien précisé que la capacité de travail de l'intéressée était entière depuis toujours d'un point de vue purement psychiatrique, alors que l'estimation de l'exigibilité par la CNA était émise d'un point de vue somatique uniquement, puisque tout lien de causalité entre l'événement traumatique et les troubles psychiques a été exclu sur la base des réquisits jurisprudentiels en la matière. Au demeurant, l'experte a précisé dans son rapport d'expertise que le recourant s'était montré particulièrement plaintif lors de l'entretien, ce qui expliquait les incohérences présentes dans ledit rapport (cf. p. 20 du rapport d'expertise du 26 octobre 2020, pièce OAI 98).

S'agissant du Dr S _____, il ressort des rapports finaux des 29 octobre et 17 décembre 2020 qu'il a repris de manière minutieuse les différents avis médicaux au

dossier, renvoyant au besoin à sa précédente prise de position, et qu'il a indiqué que l'expertise de la Dresse T _____ se fondait sur un dossier médical complet, contenait une anamnèse fouillée tenant compte des plaintes du recourant ainsi qu'une description de sa vie quotidienne, de même qu'un examen spécialisé, une discussion des diagnostics expliquant pour quelles raisons les diagnostics de syndrome post-traumatique et de trouble de la personnalité n'avaient pas été retenus, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de cette experte. Il a ainsi considéré qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée dès juillet 2018, sans comorbidité psychiatrique incapacitante.

3.6.2.2 Le recourant se prévaut quant à lui de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse N _____. Celle-ci a attesté, le 26 mars 2020, que l'intéressé présentait les symptômes, respectivement des diagnostics, d'insomnies, de nervosité, d'angoisse, d'anxiété généralisée, de dépression, de syndrome de stress post-traumatique, de perte de concentration, de trouble dépressif majeur avec personnalité émotionnellement labile et de trouble anxieux selon le DSM-5, de sorte que dans l'activité de maçon exercée jusqu'alors par lui, aucune capacité de travail n'était exigible de l'assuré, mais qu'il pouvait travailler deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Le 7 décembre suivant, la Dresse N _____ a ajouté que son patient n'avait plus d'activités de loisirs car il n'avait aucune motivation ni aucun intérêt. Elle a précisé avoir constaté une perte de poids de 21 kilos depuis l'accident et remarqué une fatigue mentale importante ainsi que des épisodes de lapsus de mémoire. Elle a enfin relevé un fort sentiment de détresse psychique lié à la situation handicapante, avec pour conséquences des difficultés de contrôle émotionnel avec une sensation de tension interne permanente, une perte d'élan vital et une baisse de motivation très importante, précisant que dans cet état il était impossible à l'assuré de reprendre une activité professionnelle, même adaptée. Enfin, le 29 octobre 2021, elle a confirmé que l'assuré présentait toujours des difficultés, notamment psychiques, importantes dues à son accident du 21 mars 2018 et qu'aucune activité n'était exigible de sa part.

L'avis de ce médecin traitant est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'experte psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.6.2.1) que l'expertise psychiatrique respectait en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiait d'une pleine valeur probante. Or, il ne se justifie de s'écarter d'une expertise que si celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents aient été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise

médicale. Ainsi, à lui seul, l'avis de la Dresse N _____ ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de la Dresse T _____, reprises par le Dr S _____ du SMR. A cela s'ajoute que les éléments mis en évidence par la Dresse N _____ ont bien été pris en compte par l'experte, qui a expliqué pour quelles raisons elle ne retenait ni le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ni celui d'épisode dépressif, même léger, à savoir d'une part car le résultat du test d'Hamilton s'élevait à 6, alors qu'un score de 14 minimum était nécessaire pour retenir des symptômes dépressifs légers, et d'autre part car la médication de l'intéressé était en deca de la norme pour les pathologies décrites par sa psychiatre traitante. Enfin, l'avis de la Dresse W _____, médecin psychiatre ayant repris le suivi de la Dresse N _____, ne suffit pas non plus à remettre en cause les avis des Drs T _____ et S _____, dans la mesure où elle n'a relevé aucun élément médical différenciant de l'avis de la Dresse N _____.

Dans ces circonstances, l'analyse opérée par les Drs T _____ et S _____ n'apparaît aucunement critiquable et on peut donc effectivement considérer que dès le 20 juillet 2018, mais au plus tard dès le 21 mars 2019, soit au terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

3.6.3 Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR et de l'expertise de la Dresse T _____, ni celle de l'avis du Dr K _____. Le dossier est en outre suffisamment complet et les faits sont établis à satisfaction, de sorte qu'il n'y a pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Pour les mêmes raisons, l'édition, par Inclusion Handicap, des 300 signalements émis par ses assurés contre les évaluations de certains experts ainsi que l'édition, par le Département fédéral de la santé, de l'enquête interne et de l'analyse externe des activités d'expertise des offices AI ne se justifie pas. Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser au recourant tout droit à une rente d'invalidité.

4. Dans un deuxième grief, le recourant soutient que le taux d'abattement du salaire statistique retenu, soit 10%, est insuffisant et ne tient pas compte de la situation actuelle sur le marché du travail pour les professions non qualifiées, ni des conséquences de l'accident sur ses possibilités concrètes de retrouver un emploi, ni de son absence d'expérience dans un autre domaine que la maçonnerie. Il se prévaut par ailleurs du fait que la CNA, dans sa décision du 12 février 2020, avait retenu une diminution de la capacité de gain de 20%.

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

4.1.1 Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

4.1.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des

descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

4.1.3 La notion de marché du travail équilibré telle que définie à l'article 16 LPGA comprend une grande variété d'activités en termes d'exigences professionnelles et intellectuelles ainsi que d'efforts physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b). Dans ce contexte, il ne faut pas partir du principe qu'il existe des possibilités d'emploi irréalistes, mais seulement des activités qui sont raisonnables, compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas individuel. On ne devra cependant pas poser d'exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de revenus (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêts 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1 et 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 consid. 2 et 3.3.1). Le marché du travail équilibré comprend également les emplois dits de niche, c'est-à-dire les offres d'emploi et de travail où les personnes handicapées peuvent compter sur un aménagement social par l'employeur (arrêt 8C_30/2020 du 6 mai 2020 consid. 5.3).

En résumé, il n'y a pas lieu d'examiner la question du placement d'une personne atteinte dans sa santé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – cette tâche étant dévolue à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (arrêt 9C 804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références ; arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293).

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

4.3 En l'occurrence, l'intimé a fixé le revenu réalisable sans accident, sur la base de la CCT applicable dans le domaine du bâtiment, à 74 047 fr. 20 et celui avec invalidité à 61 405 fr. 75, en se fondant sur l'ESS pour un homme avec un niveau de compétence 1. Il a en outre admis un abattement de 10% sur ce salaire d'invalidé, pour tenir compte, de manière globale, de la situation de l'intéressé.

Le recourant ne conteste pas le calcul du revenu sans invalidité, mais critique en revanche l'abattement de 10% retenu sur le revenu d'invalidé. Il soutient que l'intimé aurait dû prendre en compte la situation actuelle sur le marché du travail pour les professions non qualifiées, les conséquences de l'accident sur ses possibilités concrètes de retrouver un emploi ainsi que son absence d'expérience dans un domaine autre que celui de la maçonnerie. Il a encore ajouté que la CNA, dans sa décision du 12 février 2020 (cause S2 20 67), avait quant à elle retenu une diminution de la capacité de gain de 20%.

En premier lieu, la Cour ne peut suivre le recourant lorsque celui-ci soutient que l'intimé aurait dû prendre en compte la situation actuelle sur le marché du travail ainsi que ses possibilités concrètes de retrouver un emploi. En effet, non seulement le taux global d'abattement du salaire statistique de 10% retenu prend déjà en compte la situation

personnelle de l'assuré, notamment son handicap, mais la jurisprudence relative à l'article 16 LPGA est claire lorsqu'elle indique qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de revenus et qu'il ne s'agit pas d'examiner concrètement la question du placement d'une personne atteinte dans sa santé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail (cf. *supra* consid. 4.1.3). En l'occurrence, le recourant dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples selon le niveau de compétences 1 de l'ESS. A titre d'exemple, dans le rapport d'examen du 19 septembre 2019, l'OAI considéré qu'au vu du parcours professionnel de l'intéressé, il existait sur le premier marché de l'emploi, plusieurs postes adaptés à sa situation, et accessibles sans formation, à savoir par exemple veilleur de nuit (hôtellerie), plongeur/casserolier, préparateur de commande/aide logisticien, vendeur (outillage, bâtiment, etc.), employé aux remontées mécaniques ou encore aide concierge (centre scolaire, CMS, hôpitaux, locaux commerciaux, etc.), ce qui laisse une large palette d'emplois potentiels. Par ailleurs, la demande de telles places de travail doit être analysée en fonction d'un marché du travail réputé équilibré, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas pris la situation actuelle sur le marché du travail ainsi que les possibilités concrètes de l'intéressé de retrouver un emploi en considération pour déterminer le taux d'abattement applicable en l'espèce.

S'agissant ensuite de l'absence d'expérience du recourant dans un domaine autre que celui de la maçonnerie, la Cour relève qu'il est vrai que l'assuré a toujours travaillé en tant que maçon. Toutefois, l'expertise de la Dresse T _____ a mis en évidence qu'il disposait de nombreuses ressources, à savoir : capacité de s'intégrer dans un groupe, d'en comprendre les règles et de s'y adapter, faculté d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec autrui, bonne capacité d'endurance, bonnes capacités de jugement et de prise de décision, faculté de faire usage de compétences spécifiques, de flexibilité et d'adaptation, capacité de planifier et structurer ses tâches, de s'adapter aux règles et aux routines. Ainsi, l'intimé pouvait à bon droit considérer que l'absence d'expérience de l'assuré dans un domaine autre que la maçonnerie ne justifiait pas, à elle seule, une déduction supplémentaire du salaire statistique.

On rappellera également que le défaut de qualifications professionnelles et le manque de connaissances linguistiques ne sont pas des facteurs liés à l'invalidité et qu'ils n'ont pas à être pris en compte dans l'élucidation de celle-ci (ATF V 17 consid. 2c).

Enfin, il y a lieu de préciser que les 20% retenus par la CNA dans sa décision du 12 février 2020 correspondent au degré d'invalidité présenté par le recourant et non à un abattement retenu sur le salaire statistique, de sorte que cet argument ne saurait être utile à l'intéressé.

Eu égard à ce qui précède, un abattement global de 10% du salaire statistique, tel que retenu par l'intimé, n'apparaît pas critiquable et peut être confirmé.

5. Dans un troisième et dernier grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir jamais évalué sa capacité tant de reclassement que de placement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5.1 L'article 8 alinéa 1 LAI pose le principe de l'octroi de mesures de réadaptation en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'article 8 LPGA pour autant, d'une part, que celles-ci soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain (let. a) et, d'autre part, que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). A teneur de l'article 8 alinéa 3 lettre b aLAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des articles 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

5.2.1 Selon l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à un reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2, arrêt 9C_349/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). Exceptionnellement, la jurisprudence a admis qu'une diminution de la capacité de gain légèrement inférieure à 20%, en l'espèce 18,52%, pouvait ouvrir le droit à une mesure de reclassement (arrêt I 665/99 du 18 octobre 2000 consid. 4b). Elle a en revanche retenu qu'un taux de 16% était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle mesure (arrêt 9C_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En

règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). En outre, on rappellera qu'une mesure de reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si l'assuré a été réadapté de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste approprié et dont on peut attendre de lui qu'il l'accepte (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, ch. 1707, état au 1^{er} janvier 2023).

5.2.2 En l'espèce, le recourant présente une diminution de sa capacité de gain de 17%, ce qui est bien inférieur au taux de 20% retenu par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement. Cela étant, même s'il fallait considérer que ce taux de 17% devrait exceptionnellement ouvrir le droit à une telle mesure, la Cour relève qu'il existe, sur le premier marché de l'emploi, un éventail suffisamment large d'activités répondant aux limitations du recourant, à savoir par exemple veilleur de nuit (hôtellerie), plongeur/casserolier, préparateur de commande/aide logisticien, vendeur (outillage, bâtiment, etc.), employé aux remontées mécaniques ou encore aide concierge (centre scolaire, CMS, hôpitaux, locaux commerciaux, etc.), de sorte que l'intimé était parfaitement en droit de lui refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Ces diverses possibilités d'emplois ont du reste été exposées au recourant lors de l'entretien du 17 septembre 2019, organisé par l'intimé. Au surplus, force est de constater que l'assuré s'estime incapable de travailler et n'a montré aucune motivation à réintégrer le marché du travail (cf. rapports relatifs aux mesures d'intervention précoce). Ainsi, d'un point de vue subjectif, les conditions n'apparaissent pas davantage remplies.

5.3.1 Aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). L'article 6 LPGa définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de

prendre contact avec un employeur potentiel (arrêt 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

5.3.2 En l'occurrence, l'OAI a considéré que comme le recourant était en mesure d'exercer une activité à plein temps moyennant certaines limitations fonctionnelles, il n'avait pas droit à l'aide au placement au sens de l'article 18 LAI dès lors qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail au sens de la deuxième phrase de l'article 6 LPGGA. Cette appréciation étant conforme à la jurisprudence (voir pour exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7), elle doit être confirmée.

5.4 Eu égard à ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir refusé de mettre l'assuré au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

6. En tous points mal fondé, le recours est rejeté et les décisions entreprises du 8 janvier 2021 confirmées.

6.1 Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

6.2 Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 61 let. g LPGGA a contrario), ni d'ailleurs à l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 15 mars 2023