

S1 21 186

ARRÊT DU 7 FÉVRIER 2024

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

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

en la cause

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

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(rente d'invalidité limitée dans le temps)

Faits

A. X _____, né le xx.xxxx1, sans formation professionnelle certifiée, a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) en septembre 2009 pour des problèmes respiratoires. A ce moment-là, il était employé à plein temps par la commune de A _____ (pièce 2).

Par décision du 15 avril 2011, l'OAI a refusé à l'assuré de lui accorder une rente au motif qu'il avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans exposition aux allergènes) et que son degré d'invalidité s'élevait à 19% (pièce 57). En outre, l'OAI lui a refusé tout droit à un reclassement. Une aide au placement a en revanche été accordée par communication du 8 mars 2011 (pièce 56).

B. Le 23 janvier 2017, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison de cervico-brachialgies entraînant une incapacité de travail totale dans son activité de machiniste auprès de B _____ SA dès le 19 août 2016 (pièces 60, 62, 73).

Le 16 janvier précédent, l'assuré avait bénéficié d'une foraminotomie postérieure C6-C7 droite par le Dr C _____, spécialiste en neurochirurgie, en raison d'une spondylarthrose cervicale pluriétagée avec notamment au niveau C6-C7 une sténose foraminale sur uncarthrose (pièce 89).

Dans un rapport du 27 mars 2017, le Dr C _____ a indiqué que l'assuré pourrait reprendre son activité professionnelle à 50% dès la fin avril. Il a précisé que les travaux de force devaient être évités et que la reprise devait se faire de manière très progressive (pièce 230, p. 922 ss). Il a ensuite indiqué le 18 août que son patient ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes). Celle-ci était toutefois théorique au vue de la pathologie vertébrale et de la formation de l'assuré (pièce 230, p. 919 ss).

Dans un rapport du 12 septembre 2017, le Dr C _____ a indiqué que l'évolution était stationnaire avec la persistance de fourmillements à droite et l'accentuation des douleurs latéro-cervicales à gauche, qu'une IRM cervicale avait été réalisée le 28 août précédent et qu'une ENMG (électro-neuro-myographie) des membres supérieurs à la recherche d'une traduction radiculaire des douleurs présentées par l'assuré devait

encore être programmée. Il a retenu une incapacité de travail totale et a indiqué qu'il ne pensait pas que l'assuré pourrait reprendre un travail de force (pièce 94, p. 277).

Une ENMG a été réalisée le 12 octobre 2017 par le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie. Ce médecin a retenu, sur la base d'un examen électro-clinique, des douleurs cervico-scapulaires sur troubles dégénératifs, sans indice de radiculopathie aiguë ou chronique, intriquées à une neuropathie d'enclavement bilatéral du médian au tunnel carpien. Il a indiqué dans son rapport que la gêne liée à la neuropathie était mineure, que la limitation provenait essentiellement des douleurs cervico-scapulaires et que des infiltrations facettaires pouvaient être proposées (pièce 94, p. 275 s).

Dans un rapport du 20 octobre 2017, le Dr E _____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a indiqué que son patient présentait des cervicalgies persistantes, des troubles sensitivo-moteurs de membres supérieurs, avec prédominance à gauche, des fourmillements dans les doigts de la main droite, une irradiation mal systématisée dans les trois derniers doigts de la main gauche, des douleurs latéro-cervicales bilatérales et des plaintes accentuées lors de tout effort. Il a retenu des limitations en lien avec le port de charges et les travaux de force concernant les membres supérieurs et une limitation à tout effort concernant la pathologie pulmonaire. Il a en outre attesté une incapacité de travail totale (pièce 82).

Le 24 octobre 2017, le Dr C _____ a indiqué qu'il n'avait pas de solution à proposer sur le plan chirurgical au vu des résultats de l'ENMG et de l'IRM. Compte tenu de l'absence d'atteinte facettaire particulière, il n'a pas retenu l'indication à procéder à des infiltrations facettaires (pièce 94 p. 274).

Dans un rapport du 19 janvier 2018, le Dr E _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies et de troubles sensitivo-moteurs des membres supérieurs, prédominant à gauche, de status post-foraminectomie supérieure droite C6-C7 en janvier 2017, d'asthme bronchique et d'excès pondéral. Il a en outre listé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail suivants : syndrome d'apnées du sommeil, hypercholestérolémie et antécédents de sarcoïdose pulmonaire en rémission. Il a considéré que l'évolution était stationnaire après l'intervention cervicale. Il a noté que son patient prenait les médicaments suivants : Seretide 500, Oxis 6, Lukair 10, Lipanthyl 200 M et Irfen 600 en réserve. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le début de l'année 2017, sans réadaptation professionnelle envisageable (pièce 93).

Dans un avis du 16 février 2018, le SMR, par le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2011

sous forme de cervico-brachialgies sur sténose canalaire avec arthrose en C6-C7. Il a indiqué que des douleurs, sans compression radiculaire (ENMG) et sans déficit moteur, persistaient malgré une cure chirurgicale en janvier 2017. Il a considéré qu'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de machiniste était médicalement justifiée. En revanche, il a estimé qu'une pleine capacité de travail médico-théorique était exigible dans une activité adaptée trois mois après l'opération. Dès lors que le Dr E _____ avait considéré qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable, le Dr F _____ a proposé de mettre en œuvre un examen clinique, lequel a eu lieu le 2 mai 2018 par le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès du SMR (pièces 96, 98).

A la demande du SMR, l'OAI a chargé le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie, d'établir un rapport médical, lequel a été rédigé le 5 juillet 2018. Ce spécialiste a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 1^{er} mars 2018, qu'un suivi diétético-comportemental était en cours et qu'une éventuelle chirurgie bariatrique serait considérée au terme du bilan (pièces 98, 105).

L'OAI a également demandé à Helsana Assurances SA, assurance perte de gain maladie, de lui transmettre notamment une copie de l'expertise du Dr I _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie (pièce 101).

Dans son rapport d'expertise du 14 décembre 2017, le Dr I _____ a retenu que l'assuré avait été opéré au niveau du rachis cervical en janvier 2017, qu'il avait par la suite développé des douleurs chroniques avec extension de la zone douloureuse ainsi que des signes de non-organicité. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien au poignet droit et de status après opération du tunnel carpien à gauche en 2007, de suspicion d'un trouble somatoforme douloureux, d'un possible état dépressif chronique réactionnel et de cervico-brachialgies chroniques à droite avec actuellement pas d'argument pour un syndrome cervico-radiculaire irritatif ou déficitaire moteur au membre supérieur droit, des douleurs musculaires sur fibromyalgie localisées au niveau du rachis cervical et des épaules, un status après foraminotomie postérieure C6/C7 droite le 17 janvier 2017, un état de déconditionnement physique majeur, de multiples signes de non-organicité aux niveaux cervical et lombaire ainsi qu'une kinésiophobie. Il a mentionné comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une obésité, un asthme allergique traité, un cavernome cérébral pariétal gauche asymptomatique et un status après sarcoïdose pulmonaire ganglionnaire de grade II en décours diagnostiquée en 2010. Il a considéré que la situation médicale n'était pas encore stabilisée et a recommandé une hospitalisation en

clinique de réhabilitation avec prise charge multidisciplinaire. Il a estimé qu'une reprise de travail dans une activité adaptée était envisageable à moyen terme (pièce 108).

Après avoir réceptionné les documents médicaux demandés (rapport d'expertise du 14 décembre 2017 du Dr I _____ et rapport du 5 juillet 2018 du Prof. H _____), le Dr G _____ a rendu son rapport le 6 août 2018. Il a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales, status après foraminotomie C5-C6 (recte : C6-C7). Il a en outre listé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : lombosciatalgies bilatérales chroniques, gonalgies bilatérales chroniques, obésité, syndrome d'apnées du sommeil, appareillé, syndrome du tunnel carpien bilatéral, status après cure chirurgicale à gauche (2011), cure de ténosynovite de fléchisseurs de D3 et de D4 à gauche (2011), asthme allergique traité, cavernome cérébral pariétal gauche asymptomatique et sarcoïdose pulmonaire ganglionnaire de grade II au décours (diagnostiquée en 2010). L'examen clinique a mis en évidence un excès pondéral, une dyspnée au moindre effort, un syndrome douloureux cervical et lombaire modéré, des autolimitations des épaules en raison des douleurs, la persistance d'une atteinte déficitaire réflexe C7 à droite, sans autre atteinte neurologique et la présence de quatre des cinq signes de Waddell témoignant de la participation de facteurs non lésionnels au tableau clinique. Le Dr G _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, position de travail alternée assis-debout, pas de porte-à-faux ni de rotation du tronc ou de la nuque et port de charges limité à 5 kg. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Il a conclu concernant l'appareil locomoteur à une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2017 au plus tard et de 100% dès le 12 octobre suivant, suite au résultat rassurant de l'ENMG du Dr D _____. Il a ajouté que l'expertise rhumatologique du Dr I _____ du 14 décembre 2017 mentionnait une suspicion de trouble somatoforme douloureux et un possible état dépressif réactionnel qui étaient des diagnostics qui ne relevaient pas de son domaine de spécialité (pièces 98, 108).

Dans un rapport du 17 décembre 2018, le Dr E _____ a indiqué qu'une tumeur neuroendocrine au niveau bulbaire avait été mise en évidence récemment chez son patient et qu'une intervention chirurgicale était prévue prochainement. Il a ajouté que son patient présentait toujours des douleurs neurogènes aux membres supérieurs et des cervicalgies (pièce 115).

Une bronchoscopie avec EBUS (endobronchial ultrasound), réalisée le 15 janvier 2019 par le Prof. J _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie,

a permis d'exclure des métastases à distance de la tumeur neuroendocrine (pièce 188, p. 712 ss).

Dans un avis du 12 février 2019, le Dr F _____ du SMR a confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges de 10 kg maximum, pas de travaux lourds, pas de nuisances telles que poussière, émanations, vibrations, pas d'exposition à des allergènes, pas d'activité en poussée ni en traction sur les bras et pas d'activité avec les bras au-dessus du plan des épaules. Il a indiqué qu'une opération bariatrique ne devrait entraîner qu'une incapacité de travail de courte durée et qu'aucune comorbidité psychiatrique n'avait été signalée (pièce 118).

L'OAI a rendu le 8 mars 2019 un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps au motif que, depuis le 1^{er} décembre 2017, la capacité de travail de l'assuré était de 100% avec un rendement normal dans n'importe quelle activité légère et adaptée à son état de santé (pièce 124).

Le même jour, l'OAI a rendu un second projet de décision, dans lequel il a informé l'assuré que tout droit à un reclassement professionnel au sens de l'article 17 LAI et tout droit à une aide au placement au sens de l'article 18 LAI lui seraient refusés (pièce 123).

Le 13 mars 2019, l'assuré a subi une énucléation de la tumeur neuroendocrine, une pyloroplastie et une sleeve gastrectomie à K _____. En raison d'idées suicidaires, il a bénéficié durant son séjour à K _____ d'un suivi auprès du Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise. La Dresse L _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait des symptômes d'un état dépressif moyen à sévère avec des idées suicidaires récurrentes scénarisées depuis plus d'une semaine. Elle a supprimé la prescription de Tranxilium et a recommandé la prise de Séroquel, Sertraline et Temesta. L'assuré a pu quitter l'établissement hospitalier le 8 avril 2019. A sa sortie, il avait l'interdiction de porter des charges supérieures à 5 kg pendant 6 semaines et une incapacité de travail totale jusqu'au 12 mai 2019 avec une reprise de travail à 100% le 13 mai 2019 (pièces 148, 14 du bordereau de recours du 31 août 2021).

Dans un rapport du 19 mai 2019, la Dresse M _____, médecin adjointe à K _____, a fait état d'une bonne évolution post-opératoire hormis une petite déhiscence de 2 cm au niveau de la plaie de laparotomie avec une évolution favorable suite à des soins locaux (pièce 148).

Le 5 juin 2019, X _____, représenté par sa protection juridique, a contesté les projets de décision du 8 mars précédent. Il a d'abord fait valoir que l'aspect psychique n'avait pas été pris en considération et qu'une expertise pluridisciplinaire devait être mise en place. Il a ensuite allégué que selon les rapports des Drs E _____ et C _____, produits en annexe, une activité adaptée était théoriquement envisageable mais impossible à mettre en place en pratique. Il a également produit un rapport de la Dresse N _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel il souffrait d'un épisode dépressif sévère le rendant inapte à travailler dans n'importe quelle activité (pièce 135).

Dans un rapport du 12 juillet 2019, la Dresse M _____ a mentionné un état général encore affaibli, avec une perte pondérale de 28 kg depuis l'intervention chirurgicale et une prise alimentaire encore difficile avec un sentiment de dysphagie intermittente avec l'alimentation solide (pièce 148).

Le 1^{er} octobre 2019, la Dresse N _____ a demandé à l'OAI de rendre rapidement une décision octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité afin de ne pas péjorer encore plus son état de santé psychique. Elle a rappelé que son patient présentait un état dépressif sévère dont l'origine était son état somatique qui l'empêchait de travailler ainsi que des idées suicidaires liées à sa situation financière. Elle a considéré que l'incapacité de travail était totale (pièce 144).

Dans un rapport du 17 décembre 2019, le Dr E _____ a indiqué que l'évolution de son patient était stable au niveau neurochirurgical et sur le plan pulmonaire. Il a rappelé que le neurochirurgien avait retenu une incapacité de tous travaux de force, même légers, sur un mode définitif. L'évolution était en revanche défavorable sur le plan psychiatrique. Son patient était sous traitement de Sertraline 50, Quetiapine 50, Temesta, Montelukast 10, Seretide 500, Oxys 6, Fenthanyl 25 et Dafalgan (pièce 156).

Selon un rapport du 15 janvier 2020, la Dresse M _____ a prié le médecin traitant de l'assuré de substituer des injections aux vitamines D et B12 (pièce 188, p. 720 ss).

Dans un avis du 18 mai 2020, le SMR a admis une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis janvier 2019 et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été attribuée au O _____ à P _____ (pièces 171, 188).

Le 25 juillet 2020, la Dresse N _____ a fait une demande d'hospitalisation pour son patient estimant que les possibilités d'une prise en charge ambulatoire étaient épuisées.

Elle a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent, sévère et a retenu les comorbidités de cervico-brachialgies et de status après opération gastrique (pièce 188, p. 745s).

La Dresse M _____ a revu l'assuré le 14 septembre 2020. Elle a indiqué dans son rapport qu'un scanner de contrôle et une gastroscopie avaient été réalisés, lesquels n'avaient pas mis en évidence de récurrence de la tumeur. Quant aux valeurs relatives aux vitamines D et B12, elles s'étaient bien améliorées (pièce 188 p. 726 ss).

Le rapport d'expertise a été rédigé le 4 novembre 2020. Dite expertise comprenait un examen psychiatrique par le Dr Q _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un examen neurologique par le Dr R _____, spécialiste en neurologie, et un examen par le Dr S _____, spécialiste en médecine interne générale. Ces consultations ont été effectuées les 24, 25 et 29 septembre 2020. Les experts ont posé les diagnostics suivants : asthme bronchique allergique, syndrome d'apnées du sommeil appareillé, tunnel carpien bilatéral (neurolyse à gauche en 2010), sarcoïdose ganglionnaire médiastinale et pulmonaire de grade II (en rémission depuis 2013), énucléation d'une tumeur neuroendocrine duodénale avec sleeve gastrectomie et pyloroplastie le 13 mars 2019, syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer, allergie au venin hyménoptères, cervico-brachialgies bilatérales non déficitaires, status après foraminotomie C6-C7 droite le 16 janvier 2017, probable discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, lombalgies sans sciatalgies associées ni troubles sensitivo-moteurs, cavernome cérébral asymptomatique, troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sur le plan neurologique, le Dr T _____ a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail avec un rendement à 100% dans une activité adaptée (activité sédentaire avec changement fréquent de position assis-debout, sans position fixe prolongée de la nuque et sans port régulier de charges de plus de 5-10 kg) trois mois après l'intervention chirurgicale du 16 janvier 2017. Quant au Dr S _____, il a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré à partir de début janvier 2019. Il a attesté une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20% en raison d'un déconditionnement à partir du 14 septembre 2020, soit 18 mois après l'énucléation de la tumeur neuroendocrine avec sleeve gastrectomie et pyloroplastie, ce qui correspondait également au dernier contrôle post-opératoire aux K _____. D'un point de vue psychiatrique, l'expert a posé les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (pièce 188, p 603 ss).

Dans son rapport final du 17 novembre 2020, le SMR a d'abord confirmé la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2017. Il a ensuite attribué une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 4 novembre 2020 et a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis janvier 2019 en raison d'une tumeur digestive puis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% en raison d'un déconditionnement dès le 14 septembre 2020 (pièce 189).

Le 18 février 2021, l'OAI a annulé et remplacé ses projets de décision du 8 mars 2019 (rente limitée du 1^{er} août 2017 au 28 février 2018 et refus de mesures d'ordre professionnel), en proposant d'octroyer à l'assuré une rente entière du 1^{er} août 2017 au 28 février suivant puis du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre suivant et de lui refuser tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièces 200, 201).

Le 18 mars 2021, l'assuré, représenté par Me Didier Elsig, s'est opposé au projet de décision de rente limitée dans le temps en remettant notamment en cause la valeur probante de l'avis SMR du 12 février 2019 ainsi que de l'expertise du O _____ du 4 novembre 2020 et en contestant la computation d'un nouveau délai d'attente dès lors qu'il s'agissait de l'évolution d'une seule et même atteinte à la santé. Il a conclu à l'annulation du projet de décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans expertise complémentaire. Il a en outre joint un rapport du 18 mars 2021 de la Dresse N _____, dans lequel celle-ci a émis des critiques à l'égard de l'expertise psychiatrie du Dr Q _____ (pièce 211).

Dans une prise de position du 23 mars 2021, le SMR a estimé qu'il n'y avait aucun nouvel élément médical apporté par l'assuré, ni par la Dresse N _____. Cette dernière avait au contraire relevé un certain apaisement de l'assuré grâce à l'adjonction d'un traitement homéopathique au traitement psychotrope (pièce 213).

Dès lors, par décision du 26 juillet 2021, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} août 2017 au 28 février suivant et du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre suivant (pièce 221).

C. X _____, toujours représenté par Me Elsig, a interjeté recours céans le 31 août 2021 contre la décision lui octroyant une rente limitée dans le temps, en contestant les conclusions du SMR et de l'expertise du O _____, considérant que cette dernière comportait des contradictions, reposait sur un dossier médical incomplet au niveau psychiatrique et ne se prononçait pas sur sa capacité de travail avant 2019. Il a également fait valoir que les affections somatiques et psychiques étaient liées et qu'il

n'était donc pas admissible de tenir compte d'un nouveau délai d'attente à compter de l'aggravation de l'état de santé, laquelle avait été fixée arbitrairement en janvier 2019. Il a en outre contesté le revenu sans invalidité retenu par l'OAI considérant que celui-ci devait être fixé en tenant compte du salaire qu'il percevait comme machiniste auprès de B _____ SA. Il a ainsi conclu principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

Dans sa réponse du 9 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 26 juillet 2021. Il a souligné que les experts avaient eu à leur disposition tous les documents nécessaires pour se prononcer sur la situation du recourant. Il a ajouté que le revenu hypothétique du recourant devait être déterminé sur la base de l'activité qu'il exerçait avant sa première demande de prestations AI, soit celle d'employé communal.

Le recourant a répliqué le 14 janvier 2022. Il a contesté la capacité de travail médico-théorique retenue par l'OAI à partir du 1^{er} décembre 2017 en se fondant notamment sur l'expertise du Dr I _____. Il a en outre allégué que l'expertise du 4 novembre 2020 contenait des erreurs manifestes et qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux depuis au moins décembre 2017, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a également rappelé que le revenu sans invalidité devait être fixé sur la base de son activité de machiniste auprès de B _____ SA.

Le 15 février 2022, l'OAI a renoncé à déposer formellement une duplique.

L'échange d'écritures a été clos le 18 février suivant.

La Caisse de pension ne s'est pas déterminée dans le délai imparti au 17 janvier 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 31 août 2021, le recours à l'encontre de la décision du 26 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2019 ainsi qu'au-delà du 31 décembre 2020.

3.

3.1 Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'Office AI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

3.2 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2).

De jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants sont généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 125 V 351 consid. 3b/cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont

suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêts 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2 et 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

Dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée.

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1).

3.3 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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 et art. 28a al. 1 aLAI). 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références citées).

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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Le salaire perçu avant la survenance de l'atteinte à la santé constitue en principe l'élément à retenir dans la détermination de ce revenu, car c'est un fait d'expérience que l'activité antérieure aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt 9C_24/2009 du 6 mars 2009 consid. 3.2 et les références, in SVR 2009 IV Nr 34; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} éd., 2014, n° 53 ad art. 28a LAI). Il a été jugé dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2009 du 6 mars 2009 que le revenu sans invalidité à prendre en compte n'était pas celui tiré de l'activité que l'assurée avait exercé de février 2000 à septembre 2005, après avoir bénéficié d'un reclassement professionnel dans une activité de bureau et juste avant le dépôt de sa seconde demande de prestations de novembre 2005 motivée par une sclérose multiple, mais bien celui perçu de 1983 à 1995 en tant que téléphoniste, avant l'apparition d'une atteinte à la santé différente, à savoir une surdité partielle ayant justifié l'octroi de ce reclassement.

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

4. L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande du recourant du mois de janvier 2017 en raison de cervico-brachialgies, il devait procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'article 17 aLPGA. Ainsi, le point de savoir si un changement important des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision de refus de prestations en avril

2011 et les circonstances régnant à l'époque de la décision administrative litigieuse de juillet 2021 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence).

Lors de la décision du 15 avril 2011, l'OAI s'est fondé sur le rapport final du 3 mars 2010, dans lequel le médecin du SMR a diagnostiqué un asthme bronchique de degré léger à modéré, persistant, allergique (J67.8), une sarcoïdose ganglionnaire médiastinale et pulmonaire de grade II, un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) traité par CPAP et une obésité et a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité sans exposition aux allergènes.

Dans le cadre de la demande de prestations AI déposée le 23 janvier 2017 en raison de cervico-brachialgies, il a été établi que le recourant avait subi une foraminotomie postérieure droite C6-C7 le 17 janvier précédent. Ainsi, compte tenu de l'aggravation de l'état de santé du recourant, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations AI précitée.

5.

5.1 Le recourant conteste d'abord la suppression de la rente entière d'invalidité au 28 février 2018, soit trois mois après la date à laquelle l'OAI a considéré qu'il pouvait exercer une activité adaptée à plein temps et que son degré d'invalidité était de 16%. Il a fait valoir qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux depuis décembre 2017 au moins, qu'il présentait tous les symptômes d'une dépression sévère depuis 2017, que le Dr I _____ avait considéré dans son rapport d'expertise du 14 décembre 2017 que son état de santé n'était pas stabilisé et que les affections somatiques et psychiques ne pouvaient pas être considérées séparément. Il a en outre contesté la valeur probante de l'expertise du O _____ du 4 novembre 2020 en considérant qu'elle était lacunaire, notamment sur le plan psychique, et entachée de contradictions et d'erreurs.

Le Dr I _____ a retenu dans son rapport du 14 décembre 2017 les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies chroniques à droite, de syndrome du tunnel carpien à droite et de status après opération du tunnel carpien à gauche en 2007. Il a en outre fait état d'une suspicion de trouble somatoforme douloureux et d'un possible état dépressif chronique réactionnel. Il a considéré que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé et a préconisé une prise en charge multidisciplinaire en clinique spécialisée avec une approche psychologique. Cette recommandation n'a cependant pas été suivie. En effet, le Dr E _____, médecin traitant, a au contraire considéré en janvier 2018 que l'évolution au niveau du rachis

cervical était stationnaire. Il n'a en outre pas mentionné de symptômes psychiques. Aucun suivi ni aucune médication n'ont d'ailleurs été prescrits sur le plan psychiatrique. Le 17 décembre 2018, alors qu'il a été expressément questionné par l'OAI sur un éventuel traitement psychiatrique de son patient, le Dr E _____ a seulement indiqué que celui-ci avait probablement été vu par un psychiatre dans le cadre du bilan préopératoire du ByPass. Ce n'est qu'en mars 2019 lors de son hospitalisation pour des problèmes gastriques, soit près d'une année et demi après l'examen clinique par le Dr I _____, que le recourant a consulté pour la première fois un service de psychiatrie. La Dresse L _____ a alors fait état de symptômes d'un état dépressif moyen à sévère, avec idées suicidaires récurrentes scénarisées depuis plus d'une semaine, et a mis en place un traitement médicamenteux. Il ressort du compte-rendu des consultations de psychiatrie de liaison que le recourant présentait un trouble du sommeil important, une baisse thymique, une perte de l'élan vital et des crises d'angoisse en lien avec l'incertitude du futur depuis trois mois, ce qui coïncide temporellement avec le diagnostic de cancer gastrique. Le recourant a ensuite été pris en charge par la Dresse N _____, laquelle ne l'a toutefois vu pour la première fois que le 8 mai 2019. Quant au trouble somatoforme douloureux, il n'est pas nécessaire de déterminer sa date d'apparition dès lors que selon le rapport d'expertise du O _____, lequel revêt une pleine valeur probante, comme on le verra ci-après, il n'est pas incapacitant. On rappellera que selon la jurisprudence fédérale, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'un trouble somatoforme douloureux suppose au préalable qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art (arrêt 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.1 et la référence citée). Au vu de ce qui précède et contrairement aux allégations du recourant, il n'y avait ainsi pas d'atteinte psychique au moment de la suppression du droit à la rente d'invalidité au 28 février 2018.

Pour rendre la décision litigieuse, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport final du 12 février 2019, dans lequel le Dr F _____ du SMR a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2017. Ce dernier a motivé son appréciation de la capacité de travail du recourant en se basant notamment sur l'ENMG réalisée par le Dr D _____ en octobre 2017. Ce spécialiste avait retenu, à l'issue de l'examen électro-clinique du 12 octobre 2017, des douleurs cervico-scapulaires sur troubles dégénératifs, sans indice de radiculopathie aiguë ou chronique, intriquées à une neuropathie d'enclavement bilatéral du médian au tunnel carpien. Il avait précisé que la gêne liée à la neuropathie était mineure et que les limitations provenaient essentiellement des douleurs cervico-scapulaires. Quant au Dr C _____, qui avait

opéré le recourant en janvier 2017, il a aussi considéré que l'évolution était stationnaire en octobre 2017. Le Dr G _____ du SMR, qui a examiné le recourant le 2 mai 2018, a estimé que ce dernier pouvait exercer dès le 12 octobre 2017 au plus tard une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'énumérait ce médecin. Finalement, les experts du O _____ ont également retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 1^{er} décembre 2017.

Ni l'expertise du Dr I _____, ni les rapports du Dr E _____ ne justifient de mettre en doute les conclusions du SMR, lesquelles sont corroborées par le Dr C _____, le Dr G _____ et les experts du O _____. Le Dr E _____, qui a constaté une évolution stationnaire au niveau du rachis cervical en janvier 2018, retient d'une part les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies et de troubles sensitivo-moteurs des membres supérieurs, d'asthme bronchique et d'excès pondéral et d'autre part, une capacité de travail nulle dans toute activité. Cette appréciation de la capacité de travail du recourant ne convainc pas. En effet, on ne voit pas pourquoi le recourant ne pouvait pas par exemple exercer une activité dans différentes positions alors que ses plaintes se résumaient à des douleurs cervico-scapulaires irradiant dans le membre supérieur gauche lors de travaux de force et d'activités quotidiennes. Quant au Dr I _____, il a également retenu que le bilan somatique était tout à fait rassurant concernant l'opération du rachis cervical. Il a considéré que le recourant devait retrouver une capacité de travail significative dans une activité adaptée après un séjour hospitalier avec prise en charge multidisciplinaire et approche psychologique. Cette hospitalisation ne s'est toutefois pas avérée nécessaire.

C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1^{er} décembre 2017.

5.2 Il convient ensuite d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a retenu une aggravation de l'état de santé du recourant dès janvier 2019 et a supprimé sa rente d'invalidité avec effet au 31 décembre 2020.

A la lecture du rapport d'expertise du O _____, daté du 4 novembre 2020, la Cour estime que celui-ci revêt entière valeur probante. En effet, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle en expliquant les diagnostics retenus et leur impact sur la capacité de travail. Sur le plan neurologique, l'expert a admis que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée au vu des troubles dégénératifs et de l'atteinte radiculaire préexistante au niveau du rachis cervical. Il a en revanche retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée trois mois après l'intervention chirurgicale du mois de

janvier 2017. Les experts ont ensuite retenu une aggravation de l'état de santé en janvier 2019 avec la découverte d'une tumeur neuroendocrine. Ils ont estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée dès le 14 septembre 2020, soit 18 mois après l'intervention chirurgicale de mars 2019. Ils ont cependant retenu une baisse de rendement de 20% en raison d'un déconditionnement physique. Quant à l'aspect psychiatrique, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), sans répercussion sur la capacité de travail, ont été diagnostiqués. L'expert psychiatre a expliqué pourquoi il ne pouvait pas confirmer l'épisode dépressif sévère allégué par la Dresse N _____ (intensité de la symptomatologie dépressive insuffisante, non prise en compte du contexte réactionnel de la psychopathologie et de la présence d'une symptomatologie anxieuse). Le rapport d'expertise respecte par ailleurs la procédure d'instruction structurée en analysant la situation du recourant à la lumière des indicateurs standard, conformément à la jurisprudence fédérale en la matière (ATF 141 V 281). L'examen détaillé de ces indicateurs a laissé apparaître des ressources personnelles importantes du recourant, sans aucune limitation fonctionnelle psychique. L'on note également la résistance du recourant à la réadaptation. On rappelle que l'OAI a refusé d'octroyer au recourant des mesures d'ordre professionnel au motif que les conditions subjectives n'étaient pas remplies, ce qui n'a pas été contesté par le recourant. Or, il lui revient de mettre en œuvre ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 138 I 205 consid. 3). On relève aussi que l'expert psychiatre n'a pas mis en évidence d'organisation pathologique de la personnalité. Les experts ont en outre recueilli l'anamnèse, tenu compte des plaintes du recourant et répondu aux questions qui leur ont été soumises dans le cadre du mandat d'expertise. Par ailleurs, le SMR a considéré dans son rapport du 17 novembre 2020 que les conclusions du rapport du O _____ du 4 novembre précédent pouvaient être validées sur le plan médical.

Le recourant conteste à tort la valeur probante de cette expertise. S'il est vrai que le rapport d'expertise du 4 novembre 2020 contient quelques erreurs, celles-ci n'ont toutefois pas d'influence sur les conclusions des experts. Le recourant a soutenu que les médecins n'avaient pas évoqué son activité de machiniste exercée avant l'incapacité de travail d'août 2016. S'il est vrai que celle-ci n'a pas toujours été mentionnée, les experts en ont toutefois tenu compte lors de l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Dans son écriture du 14 janvier 2022, le recourant a ensuite allégué que les experts avaient indiqué de manière erronée qu'une incapacité de travail avait été retenue pour l'activité de machiniste en 2010. A la lecture des pièces au dossier, on constate

que l'activité de machiniste dans le secteur du chantier était possible mais seulement pour autant que la cabine était imperméable à la poussière. L'activité de machiniste en plein air n'était donc pas considérée comme une activité adaptée (cf. pièces 30, 44). Enfin, le recourant a allégué que son incapacité de travail entre février 2018 et janvier 2019 n'avait pas été appréciée. Contrairement à ce que prétend le recourant, les experts ont tenu compte de la situation avant l'aggravation de janvier 2019 et ils ont également procédé à une appréciation de la capacité de travail pour cette période. A titre d'exemple, ils ont admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée trois mois après l'opération de janvier 2017.

Les rapports de la Dresse N _____ ne remettent non plus pas en doute les conclusions des experts. En effet, cette psychiatre se base essentiellement sur les plaintes subjectives de son patient pour retenir un état dépressif sévère avec des idées suicidaires. A ce sujet, on rappelle que les avis des médecins traitants n'ont pas valeur d'expertise car, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de celui-là (cf. supra consid. 3.2). On constate par ailleurs que la Dresse N _____ est influencée par les conséquences assécurologiques que ses rapports pourraient entraîner, au vu de son invitation à l'OAI d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité.

Compte tenu d'une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 1^{er} janvier 2019 et d'un degré d'invalidité correspondant, l'OAI a alloué au recourant une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2020, soit au terme du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 LAI). Dès lors que l'aggravation est principalement due à la tumeur digestive, dont il y a lieu de constater qu'elle n'était pas à l'origine de l'invalidité pour laquelle une rente avait été précédemment allouée au recourant, il n'y a pas lieu d'appliquer l'article 29bis RAI, qui prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Dans sa décision du 26 juillet 2021, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité avec effet au 31 décembre 2020, soit trois mois après la date depuis laquelle l'invalidité du recourant a été fixée à 24%. Pour ce faire, il s'est basé sur l'expertise du 4 novembre 2020 du O _____, laquelle revêt une pleine valeur probante, et l'avis du SMR du 17 novembre suivant pour retenir une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% en raison d'un déconditionnement dès

le 14 septembre 2020. Le recourant n'a pas formulé de grief à cet égard. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'OAI.

6. Il reste à examiner si le revenu sans invalidité retenu par l'OAI est correct. Le recourant a fait valoir que ce revenu devait être déterminé sur la base du salaire qu'il percevait avant le dépôt de sa demande de prestations AI du 23 janvier 2017, soit sur la base du revenu qu'il touchait comme machiniste auprès de B _____ SA. Ce grief est mal fondé. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 3.3), c'est l'activité exercée par l'assuré avant sa première atteinte à la santé qui est déterminante pour fixer le revenu sans invalidité. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a repris le revenu sans invalidité fixé dans la décision non contestée du 15 avril 2011.

7. Mal fondé le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par le recourant, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1). Il en va de même de l'audition de la Dresse N _____ sur les motifs de refus d'hospitalisation du recourant aux K _____ en juillet 2020, dès lors que son témoignage ne serait pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour.

8. Les frais judiciaires, fixés sur le vu du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. (art. 61 let. f^{bis} LPGA, art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA), doivent être supportés par le recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant qu'il a versée.

Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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 7 février 2024