

Par arrêt du 07 juin 2022 (9C_267/2022), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public interjeté par X_ contre ce jugement.

S1 20 6

JUGEMENT DU 12 AVRIL 2022

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, 1912 Leytron, recourant, représenté par Maître Luis Neves, avocat, 1920 Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

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

Faits

A. X _____, ressortissant portugais né le xxx 1969, sans formation particulière, travaillait en qualité d'ouvrier de construction B dans le cadre d'un contrat de mission pour « A _____ SA », lorsqu'il a chuté d'environ 70 centimètres d'un échafaudage le 4 juillet 2014. Il percevait également à cette époque des indemnités de l'assurance-chômage. Durant sa jeunesse, il avait en outre été opéré à plusieurs reprises du genou gauche, avec une greffe d'os, en raison d'une chute en motocycle.

Après qu'une déclaration de sinistre eut été déposée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état le 24 juillet 2014 d'un épanchement et de lâchages du genou gauche de l'intéressé. Une IRM réalisée le 10 juillet précédent avait mis en évidence une déchirure de la corne moyenne du ménisque interne associée à une déchirure partielle du ligament croisé antérieur, ainsi qu'une arthrose sévère du compartiment fémoro-tibila interne gauche (pièce OAI 197, pp. 639 et 646).

Le 25 août 2014, l'assuré s'est fait opéré par le Dr B _____ qui a confirmé le diagnostic de déchirure de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne du genou droit (*recte* gauche) sur un statut post multiples opérations du genou gauche. Le médecin a également fait état d'une arthrose du plateau tibial externe, du condyle fémoral externe et du plateau tibial interne et fémoral interne gauche, ainsi que d'adhérences dans le cul-de-sac quadricipital avec une plica synoviale externe du genou gauche (pièce OAI 197, p. 629).

L'évolution a ensuite été jugée non favorable par le Dr B _____, un status post-méniscectomie interne du genou gauche avec décompensation d'une chondropathie fémoro-tibiale interne s'était développée et nécessitait des séances de physiothérapie (pièce OAI 197, pp. 613 et 614). Le 10 décembre 2014, le médecin d'arrondissement de la CNA a observé également une importante atrophie globale du membre inférieur gauche causant la persistance d'une impotence fonctionnelle, ainsi que le développement d'un « toe-walking » antalgique forçant l'assuré à devoir marcher en partie sur la pointe du pied pour soulager ses douleurs (pièce OAI 197, p. 599).

Du 6 janvier 2015 au 10 février suivant, l'assuré a alors séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour traiter ses gonalgies chroniques gauches. Au terme de ce séjour, aucun nouveau diagnostic n'a été retenu, pas plus qu'une psychopathologie, et l'évolution a été jugée de favorable avec une stabilisation estimée

en été 2015. La possibilité de réinsertion dans l'activité habituelle d'ouvrier en bâtiment a été jugée nulle. S'agissant d'une activité adaptée, les spécialistes de la CRR ont relevé plusieurs limitations fonctionnelles (pas d'activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée ni en position accroupie ou à genoux, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montée et descente d'échafaudage ou d'escaliers de manière répétée, pas de port répété de charges supérieures à 15 kilos), mais également des connaissances en français très limitées, peu de connaissances en informatique et un réseau social restreint (pièce OAI 200, pp. 749 ss).

Par décision du 24 mars 2015, la CNA a mis un terme à ses prestations au 28 février précédent, au motif que les troubles qui subsistaient après cette date n'étaient plus dus à l'accident du 4 juillet 2014, mais à des lésions dégénératives préexistantes (gonarthrose tricompartmentale), de sorte que le cas ne dépendait plus de sa compétence (pièce OAI 200, pp. 789 et 794).

B. Sur recommandation de l'assureur-accidents, X _____ a aussi déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), le 10 décembre 2014 (pièce OAI 12).

Procédant aux mesures d'instruction usuelles, l'OAI a obtenu des rapports des 23 janvier 2015 et 24 février suivant du Dr B _____. Celui-ci estimait alors que le pronostic était défavorable en raison de la gonarthrose gauche dont souffrait l'assuré et qui lui causait de fortes douleurs à la marche. A terme, l'intéressé devrait bénéficier d'une arthroplastie totale du genou gauche (pièces OAI 22 et 32).

Le 17 février 2015, le médecin traitant de l'assuré, le Dr C _____, généraliste, a relevé que les douleurs à l'effort de son patient étaient totalement incapacitantes dans son activité habituelle. Il a préconisé une reconversion professionnelle, en citant les activités de cariste, chauffeur, machiniste ou grutier (pièce OAI 31).

Dans un courrier du 9 mars 2015, l'assuré a requis de l'OAI une mesure de reclassement professionnel afin de pouvoir exercer une activité lucrative dans une profession adaptée (pièce OAI 35).

Mandaté par l'OAI, le Service médical régional Rhône (ci-après : SMR) a retenu, dans son rapport final du 18 mars 2015, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'intéressé. Cependant, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a estimé que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, position de travail assise ou alternée, pas de position accroupie

ni agenouillée, pas de déplacements longs ni répétitifs, pas de déplacements en terrain irrégulier, sur plans inclinés, sur échelles et par escaliers, port de charges jusqu'à 5 kilos), l'intéressé conservait une capacité de travail totale (pièce OAI 38).

Dans le cadre de l'intervention précoce, différentes pistes ont été explorées afin que l'assuré puisse reprendre une activité adaptée à sa situation, mais aucune ne s'est finalement concrétisée, notamment en raison des difficultés de langue de l'assuré et de la faillite de l'entreprise dans laquelle il devait effectuer un stage de trois semaines (pièces OAI 57 et 58).

Par projets de décisions du 19 août 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, au motif que, dans une activité adaptée, il ne présentait qu'une incapacité de gain de 15% (pièces OAI 59 et 60).

Le 23 septembre 2015, l'intéressé s'est opposé à ces projets de décisions, estimant que son invalidité était totale en raison de « graves pathologies physiques et psychiatriques » (pièce OAI 63). Il a versé en cause un rapport du 9 septembre précédent de sa psychologue, laquelle avait diagnostiqué un état anxieux généralisé avec des signes d'un état dépressif (pièce OAI 61).

C. L'OAI a alors repris son instruction en requérant de nouvelles pièces médicales, dont un rapport, reçu le 12 octobre 2015, du Dr E _____ du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP). Ce psychiatre a observé chez son patient une insomnie avec fatigabilité et un manque de concentration et de mémoire faisant ressortir un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) (pièce OAI 67). Dans un rapport du 18 décembre suivant, le Dr B _____ indiquait de surcroît que l'évolution était toujours défavorable pour l'assuré qui devait à présent s'aider de deux cannes pour marcher, ne pouvait plus marcher pendant plus de trente minutes et qui se faisait réveiller la nuit par ses douleurs (pièce OAI 77).

Sur recommandation du SMR, une expertise bidisciplinaire a été mise en œuvre et confiée aux Drs F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ils ont fait part de leurs constatations le 30 juin 2016. Sur le plan orthopédique, le spécialiste en chirurgie a noté une inaptitude définitive pour tous les métiers du bâtiment. En outre, une nouvelle intervention chirurgicale étant programmée, il a estimé qu'aucune activité adaptée ne pourrait non plus être exercée durant une période de deux ans. Le psychiatre a pour sa part observé une atteinte thymique, à dominante dépressive et d'intensité légère, une

dysphorie chronique, et un trouble de l'adaptation avec réaction prolongée (F43.21). Ces experts ont finalement conclu que « *la présente évaluation n'a pas mis en évidence d'atteinte des capacités fonctionnelles de l'expertisé ou troubles psychiques dont l'intensité pourrait justifier une éventuelle incapacité de travail. En ce qui concerne le rendement, il est admissible d'admettre une diminution de celui-ci de l'ordre de 20%* », mais ils ont cependant estimé qu'aucune activité (habituelle ou adaptée) n'était exigible de la part de l'assuré, tant que les conséquences de la nouvelle intervention chirurgicale n'étaient pas connues (pièce OAI 102).

L'assuré a ensuite été hospitalisé aux HUG afin d'y subir cette intervention chirurgicale le 17 juin 2016, dans le but de procéder à une ostéotomie, un allongement du tendon d'Achille et correction progressive de l'équin, une neurolyse du nerf sciatique poplité externe et un lambeau gastrocnémien latéral de couverture. Les suites opératoires ont été qualifiées de favorables (pièce OAI 110).

Une nouvelle fois interpellé, le SMR a indiqué le 26 août 2016 que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 4 juillet 2014 et ce jusqu'en juin 2018, soit deux ans après l'intervention chirurgicale complexe subie aux HUG nécessitant des traitements post-opératoires et rééducatifs importants (pièce OAI 112).

Par projets de décisions du 31 août 2016, l'OAI a alors informé l'intéressé de son intention de le mettre au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2015, et de lui dénier tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièces OAI 114 et 115). La décision d'octroi d'une rente d'invalidité a ensuite été notifiée à l'assuré le 26 janvier 2017, celui-ci n'ayant pas fait valoir d'observations (pièce OAI 133). Ces décisions sont entrées en force.

D. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office introduite le 21 août 2018 par l'OAI, l'intéressé indiquait toujours ressentir des douleurs au genou et à la hanche, et qu'une prothèse du genou lui serait prochainement implantée (pièce OAI 151).

Appelés à émettre un avis médical sur l'évolution de la situation, les HUG ont fait parvenir à l'OAI deux rapports de consultation des 5 juin 2018 et 25 juillet suivants qui mentionnaient la bonne évolution après l'ablation des vis polaires et d'un verrouillage du clou tibial gauche, enclouage qui avait été fait dans le but d'apporter une correction angulaire. Après cette opération d'ablation du 20 janvier 2017, l'assuré avait ainsi pu reprendre un appui complet sans canne et sans douleur, sa stabilité en varus étant bonne et une consolidation en cours (pièces OAI 134, 155 et 161).

Sur cette base, le SMR a constaté que l'assuré avait recouvré la marche sans l'usage de canne et sans douleur, mais que les traitements du tibia gauche n'étaient pas encore terminés (présence encore d'un clou centromédullaire), nécessitant dès lors un rapport supplémentaire des HUG (pièce OAI 158).

Le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédie auprès des HUG, a ainsi indiqué le 31 janvier 2019 que l'assuré rapportait encore des douleurs, certes diminuées depuis l'opération, mais toujours persistantes principalement à la marche, dont le périmètre était limité à une heure par jour sans l'aide d'un moyen auxiliaire. Dans la mesure où la consolidation n'était pas encore totale, un nouveau contrôle était programmé (pièce OAI 161). Lors de celui-ci, le 27 juin 2019, la symptomatologie douloureuse s'était stabilisée et nécessitait uniquement la prise de Dafalgan de manière occasionnelle. Si le périmètre de marche était toujours limité, le Dr H _____ a néanmoins qualifié la situation de stabilisée, avec des douleurs résiduelles essentiellement en lien avec une gonarthrose tricompartmentale et un status post-multiples interventions ; il a estimé que son patient n'était « *pas plus gêné que ça dans ses activités de la vie quotidienne* » (pièce OAI 166).

Dans un rapport final du 11 octobre 2019, le SMR a relevé que le foyer de fracture était stable, le genou gauche calme et sans limitation de l'amplitude des mouvements, les douleurs modérées et le périmètre de marche limité, si bien que la situation était stabilisée et permettait à l'assuré d'exercer à 100% une activité adaptée avec quelques limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, position de travail assise avec possibilité de se lever librement, pas de position accroupie ni agenouillée, pas de déplacements longs ni répétitifs, pas de déplacements en terrain irrégulier, sur plans inclinés, pas d'activité sur une échelle ou nécessitant l'usage des escaliers et port de charge jusqu'à 5 kilos) [pièce OAI 173].

Reprenant cet avis, l'OAI a informé l'intéressé, le 14 octobre 2019, de son intention de lui supprimer sa rente d'invalidité, dès lors qu'en raison d'une amélioration objective de son état de santé, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité ne s'élevait plus qu'à 13% au 28 mai 2019, date de la dernière consultation aux HUG (cf. rapport du 27 juin 2019 du Dr H _____) [pièces OAI 166 et 174]. En l'absence de réaction de l'assuré, l'OAI a confirmé cette décision le 21 novembre 2019, en indiquant que la rente était supprimée dès le 1^{er} janvier 2020 (pièce OAI 179).

E. X _____ a recouru céans contre cette décision le 8 janvier 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, et plus subsidiairement, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Il a premièrement fait valoir que l'OAI avait simplement laissé s'écouler le délai de deux ans nécessaire à sa réadaptation pour ensuite lui supprimer sa rente sans procéder à des examens approfondis, notamment sans analyser sa situation personnelle et l'aspect psychique de ses troubles. Ensuite, il a estimé qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, il était totalement impossible pour lui de se réinsérer sur le marché du travail. A son avis, son état ne s'était donc ni amélioré ni stabilisé et il devait encore s'aider d'une canne pour marcher. Le recourant a joint un rapport daté du 29 novembre 2019 du Prof. I _____ des HUG, qui confirmait que son patient ne pouvait pas reprendre son ancienne activité de maçon. Finalement, à lire le recourant, son incapacité de travail était bien supérieure à 20% dans sa profession de maçon, si bien que l'OAI aurait dû, compte tenu de la suppression de rente, le mettre au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

Dans un courrier du 3 mars 2020, l'OAI a répondu qu'il ressortait des constatations des spécialistes des HUG que l'état de santé du recourant s'était stabilisé et qu'en outre le SMR n'avait admis une amélioration de sa santé que trois ans après l'opération. Il a ensuite soutenu que l'avis du Dr H _____ était pleinement probant et que le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectif allant dans son sens. Par ailleurs, l'abattement de 10% retenu dans la décision était justifié selon l'intimé, dès lors que ni l'âge du recourant ni son absence de formation et d'expérience n'avaient à être pris en compte. L'OAI a encore effectué une correction du revenu d'invalidé retenu, le portant à 5340 fr., ce qui ne modifiait cependant pas le taux d'invalidité de 14%. Finalement, le recourant ne remplissait pas les conditions lui donnant droit à une aide au placement.

Le recourant a répliqué le 29 mai 2020 en faisant valoir que l'OAI aurait dû mettre en œuvre des mesures d'instructions médicales complémentaires, au vu de ses atteintes pluridisciplinaires. Il a ajouté que la complexité de sa situation en 2015 avait déjà nécessité une expertise pluridisciplinaire et que le seul avis du SMR n'était pas suffisant. Il a ensuite une nouvelle fois contesté la valeur probante des rapports du Dr H _____ qui, selon lui, n'avait pas éclairci des questions importantes, et qui de plus faisait encore mention de douleurs persistantes et limitations physiques. Enfin, le recourant a estimé qu'il était indispensable pour lui de pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel afin de retrouver un emploi.

En l'absence d'autres observations, l'échange d'écritures a été clos le 17 juin 2020.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 8 janvier 2020, le recours à l'encontre de la décision du 21 novembre 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56, 57 LPGA et 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.

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision d'office ayant amené l'OAI à supprimer la rente d'invalidité entière du recourant, dès le 1^{er} janvier 2020.

3.1. A teneur de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur

demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

A teneur de l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, le sens et le but de cette disposition est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêts 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 ; 9C_1022/2012 cité, consid. 3.3.1).

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-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 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).

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, à exercer une activité lucrative ou à 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 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 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales

internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

3.3. 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.).

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 (cf. 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).

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 résulte 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).

4. Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation du recourant entre janvier 2017, date du dernier examen matériel du droit à la rente, et novembre 2019, lorsque la décision de révision litigieuse a été prononcée.

4.1. Lors de l'octroi de la rente d'invalidité entière le 26 janvier 2017, l'assuré, qui devait se déplacer à l'aide de deux cannes, venait de subir une importante intervention chirurgicale aux HUG, entraînant une incapacité totale de travail dans toutes activités durant une période estimée à deux années, période pendant laquelle il devait encore se soumettre à de nombreux traitements post-opératoires et de rééducation. Les experts qui l'avaient examiné le 30 juin 2016 partageaient cette même constatation et concluaient à une incapacité de travail totale dans l'attente des conséquences de cette intervention, en spécifiant qu'un pronostic sur les capacités de travail résiduelles du recourant ne pourrait être établi qu'après cette période de deux ans.

Sur le plan psychique, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) avait en premier lieu été observé par le CCPP. L'expert-psychiatre, quant à lui, avait ensuite retenu un trouble de l'adaptation avec réaction prolongée (F43.21) apparu secondairement à un contexte de santé somatique dégradé, en notant que les symptômes psychiques se manifestaient en particulier lorsque le recourant mentionnait ses difficultés économiques et son sentiment d'inutilité en lien avec ses problèmes orthopédiques. Il n'avait cependant pas relevé de perte d'intégration sociale, ni d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif, concluant ainsi qu'aucune incapacité de travail n'était justifiée par des motifs psychiques.

4.2. Lors de la procédure de révision de la rente entreprise en août 2018, l'OAI a pris connaissance de différents rapports des HUG qui détaillaient le suivi post-opératoire de l'intéressé. L'évolution avait alors été jugée de favorable, notamment au vu des suites de la mise en place d'une correction angulaire qui avait permis à la jambe gauche du recourant de retrouver un axe normal et correct. Après l'ablation d'une partie des vis, celui-ci avait ainsi pu retrouver un appui complet sur sa jambe, sans douleurs et sans que soit nécessaire l'emploi d'une canne.

Dans son rapport du 27 juin 2019, le Dr H _____ a indiqué que la situation s'était consolidée avec des douleurs stables nécessitant uniquement la prise de Dafalgan de manière occasionnelle. Il a en particulier relevé que si des douleurs résiduelles étaient encore présentes, le recourant n'était pas particulièrement gêné dans sa vie quotidienne et donc qu'une nouvelle opération n'était pas indiquée. Pour établir cet avis, le médecin s'est basé sur ses examens cliniques et sur différents bilans radiologiques, dont celui du 28 mai 2019. Cela étant, il n'existe aucune raison de remettre en doute les observations de ce spécialiste qui a rencontré à plusieurs reprises le recourant pour d'abord procéder à l'ablation des vis du clou tibial gauche, puis suivre son évolution. Il connaissait dès lors parfaitement l'anamnèse du recourant, a pu prendre en compte ses plaintes, et procéder à tous les examens nécessaires pour retenir des conclusions bien étayées. Son avis comporte dès lors une valeur probante intrinsèque entière et l'on ne voit d'ailleurs pas quel autre examen aurait dû être réalisé pour que son rapport puisse être considéré comme exhaustif pour le recourant.

La dialectique de ce dernier se limite du reste à simplement critiquer la valeur probante des pièces médicales au dossier, sans apporter la moindre justification objective, par le biais d'un élément médical, ce qui est à l'évidence insuffisant pour remettre en doute l'avis du Dr H _____. L'avis du Prof. I _____ ne lui est, à cet égard, d'aucun secours, ce dernier se limitant à affirmer que l'activité de maçon n'était plus envisageable sans pour autant prétendre que son patient était également incapable de travailler dans une activité adaptée. Or, la décision querellée retient justement une capacité de travail entière dans une activité adaptée seulement et aucunement dans son ancienne activité de maçon. De surcroît, le fait qu'il doive encore s'aider d'une canne pour marcher et que des douleurs résiduelles de faibles intensité (au vu du traitement prescrit) persistent, ne sauraient suffire à justifier le maintien de son droit à la rente, compte tenu de son obligation de réduire le dommage.

Au demeurant, en l'état du dossier, le recourant n'est manifestement plus sujet à des séquelles psychiques, dans la mesure où aucune piste en ce sens n'a été évoquée par

les intervenants des HUG et qu'il n'est plus suivi pour une telle symptomatologie depuis des années. Par ailleurs, le trouble de l'adaptation qui lui avait été diagnostiqué par le CCPP en 2015 et par le Dr G _____ dans l'expertise de 2016, était exclusivement causé par ses difficultés somatiques alors importantes et n'entraînait, du reste, aucune incapacité de travail (le CCPP mentionnait dans son rapport du 12 octobre 2015 que « *la capacité de travail dépend essentiellement de l'évolution des douleurs de sa jambe* » et l'expert psychiatre évoquait le 30 juin 2016 que « *la présente évaluation n'a pas mis en évidence d'atteinte des capacités fonctionnelles de l'expertisé ou troubles psychiques dont l'intensité pourrait justifier une éventuelle incapacité de travail* »). Sur la base de ces éléments, aucun indice n'allant dans le sens d'une atteinte psychique, il ne revenait par conséquent pas à l'intimé d'instruire plus en avant sur de prétendus symptômes allégués par le recourant seulement au stade de son recours et de plus aucunement démontrés. Le parallèle qu'il établit avec la procédure de 2015 n'est en rien comparable, dès lors qu'à cette époque, l'OAI avait finalement instruit sur le plan psychique en raison de la production d'un rapport d'une psychologue faisant état d'une anxiété généralisée. Or, aucune pièce en ce sens n'a été versée en cause durant la procédure de révision, ce que le recourant aurait inévitablement fait si un professionnel de la santé avait réellement fait état d'un trouble psychique à ce jour.

Finalement, le rapport du SMR, remis en cause par le recourant, constitue un rapport au sens de l'article 59 alinéa 2*bis* aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où il ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles il aurait procédé lui-même, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Ce rapport s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales présentes et bénéficie ainsi d'une pleine valeur probante permettant à l'OAI et à la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'affaire (arrêts 9C_542/2011 précité et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Il n'était au demeurant pas nécessaire que le SMR examine personnellement l'assuré, la situation médicale étant essentiellement établie, de sorte qu'un examen médical direct de l'assuré passait au second plan (arrêt 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 ; 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3).

4.3. Fort de ces constats, l'intimé a requis les différents avis médicaux nécessaires pour établir l'évolution de l'état de santé du recourant depuis sa mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité et n'a pas restreint son analyse, comme le prétend le celui-ci, à l'attente de l'écoulement du délai de deux ans pour ensuite lui supprimer sa rente. Dès lors, dans la mesure où les conclusions du spécialiste des HUG ont mis en évidence une

nette amélioration de l'état de santé du recourant depuis l'année 2017, l'intimé pouvait à juste titre supprimer sa rente d'invalidité dans le cadre de la procédure de révision, dès le 1^{er} janvier 2020 (art. 88*bis* al. 2 let. a RAI).

4.4. Les faits étant suffisamment établis, il n'y non plus pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve comme le requiert le recourant, à savoir son interrogatoire et une expertise pluridisciplinaire (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).

5. Dans un second grief, le recourant conteste le taux d'invalidité retenu par la décision querellée.

5.1. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants à la différence des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

5.2. 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). 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).

5.2.1. 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. Il en va de même des allocations familiales et des remboursements de frais qui ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (B _____ Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants[AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, ch. 2066 p.548). 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).

5.2.2. 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'invalidité. 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'invalidité 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 ; arrêt 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).

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

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

5.4. L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte

sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

5.5. En l'occurrence, l'OAI a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, position de travail assise avec possibilité de se lever librement, pas de position accroupie ni agenouillée, pas de déplacements longs ni répétitifs, pas de déplacements en terrain inégal, sur plans inclinés, sur échelles et par escaliers, port de charges jusqu'à 5 kilos) puis, après avoir utilisé la méthode de comparaison des revenus, est arrivé à la conclusion que le recourant ne présentait qu'un taux d'invalidité de 14%. Le recourant souhaiterait au contraire continuer à bénéficier d'une rente d'invalidité ou, à défaut, bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Il conteste en particulier le revenu d'invalidité retenu par l'intimé, en alléguant qu'il est inconcevable pour lui de gagner un tel revenu au vu de ses limitations et de sa formation.

Dans les circonstances du cas particulier, le calcul opéré par l'intimé dans la décision querellée n'est pas critiquable. Premièrement, l'OAI a déterminé le revenu sans invalidité de la manière la plus concrète possible, en se basant sur le dernier salaire obtenu auprès de A _____ SA par le recourant avant son accident en 2014 (5430 fr. x 13 ; pièce OAI 198, p. 668), puis en l'adaptant à l'évolution nominale des salaires jusqu'à la date de la décision. Ensuite, s'agissant du revenu d'invalidité, il n'est pas irréaliste de considérer, dans un marché du travail équilibré et non concret, que le recourant puisse être embauché dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles les activités citées par son médecin traitant (cariste, chauffeur, machiniste ou grutier). Le niveau de compétence 1 retenu dans la décision querellée recouvre en effet un large éventail d'emplois variés et non qualifiés, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1).

Le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI permet en outre de tenir correctement compte de l'impact des limitations fonctionnelles du recourant sur son revenu d'invalidité. Une déduction supplémentaire n'apparaît en l'occurrence pas justifiée et ne saurait de toute manière pas être décisive, dans la mesure où même si un abattement maximal de

25% (ATF 126 V 75) était retenu, le recourant ne pourrait pas prétendre à une rente d'invalidité (28% d'invalidité en cas d'abattement de 25%).

5.6. Attendu de ce qui précède, le calcul opéré par l'intimé pour déterminer le taux d'invalidité du recourant à 14% n'est aucunement critiquable. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision du 21 novembre 2019 confirmée quant à la suppression de la rente.

6.1 Aux termes de l'article 8 alinéa 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Selon l'article 8a alinéa 1 LAI, les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation aux conditions que leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée (let. a) et que ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (let. b).

6.2 Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation – suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisant à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_800/2014, 9C_811/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5 et les références citées). Toutefois, la jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au

moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt 9C_800/2014, 9C_811/2014 précité).

6.3 En l'espèce, si le recourant (âgé de moins de 55 ans au moment où la décision contestée a été rendue et qui a bénéficié d'une rente entière pendant un peu moins de 5 ans, donc moins de 15 ans ; arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 c. 3.3-3.5) entend obtenir l'appui de l'AI pour des mesures d'ordre professionnel, il lui appartient d'en faire la demande à l'OAI, puisqu'il ne remplissait pas les conditions ouvrant le droit à des mesures de réadaptation avant que sa rente ne soit supprimée et qu'au surplus sa conclusion tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel sort du cadre de la décision litigieuse qui se limite à la suppression de la rente d'invalidité.

7.1. Les frais de justice, arrêtés à 500 frs, fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

7.2. Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 61 let. g LPGA *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 _____.

Sion, le 12 avril 2022.