

S1 22 91

**ARRÊT DU 6 MAI 2024**

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

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

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Inclusion Handicap, Lausanne

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17 LPGA ;

contestation de la suppression du droit à la rente)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né le 15 avril 1965 (57 ans en 2022), exerçait la profession de maçon à 100% par l'intermédiaire de Cambria, bureau de placement. Son dernier emploi a pris fin au 11 octobre 2018 (dossier AI p. 34).

Souffrant d'une arthrose au genou droit ayant nécessité l'implantation d'une prothèse en date du 29 novembre 2018, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après l'OAI ou l'Office) en date du 14 février 2019.

Dans un rapport du 21 mars 2019, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que le genou droit présentait des douleurs résiduelles à la suite de l'arthroplastie totale. Le patient marchait avec une canne et un déhanchement était constaté. Dans le cadre de son emploi, l'intéressé accomplissait beaucoup d'efforts physiques avec port de charges, marche en terrain irrégulier et devait monter sur des échelles et des échafaudages, exigences qu'il devait encore éviter. L'évolution et le pronostic étaient lentement favorables et le Dr A \_\_\_\_\_ escomptait une reprise du travail 2 à 3 mois plus tard si l'amélioration se confirmait, soit en juin 2019 (dossier AI p. 23 ss).

Néanmoins, en date du 5 août 2019, le Dr A \_\_\_\_\_ a rapporté une évolution défavorable ; le patient avait présenté une déchirure du tendon du quadriceps droit sur l'arthroplastie totale du genou droit et, le 9 mai 2019, il avait été procédé à une suture en paletot de l'aileron interne ; le patient poursuivait une physiothérapie intensive et ne pouvait toujours pas reprendre son travail de manœuvre car son genou droit demeurait faible. Le Dr A \_\_\_\_\_ estimait qu'une fois son genou droit guéri, son patient pourrait reprendre une activité professionnelle respectant les limitations suivantes : sans marche en terrain irrégulier, sans devoir monter sur des échelles ou échafaudages et sans devoir soulever des charges de plus de 15 kilos. Il ne pourrait dès lors plus accomplir une activité professionnelle physique et un travail sédentaire était préconisé (dossier AI p. 48).

Le Dr B \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a rendu un rapport médical en date du 11 août 2019. En sus du problème au genou droit, il suivait ce patient pour un diabète II, une HTA et une surcharge pondérale. Le pronostic demeurait indéterminé sur le plan professionnel. Le praticien escomptait une atténuation des douleurs ; néanmoins, la reprise du travail de manœuvre lui semblait également peu probable. Il ne pouvait pas encore préciser la capacité de travail dans une activité plus adaptée (dossier AI p. 63).

Sur mandat commun de Mutuel Assurance Maladie et de l'OAI, une expertise a été rendue en date du 14 février 2020 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Lors de l'examen, l'expertisé présentait un défaut important de mobilité avec un déficit d'extension et de flexion, une boiterie et un manque de force. La marche à plat sur une cinquantaine de mètres était difficile ; il en allait de même de la montée et, encore plus difficilement, de la descente d'escaliers. L'expert avait estimé que le cas était stabilisé. La fonction du genou droit était médiocre, avec d'importantes douleurs. L'expert était d'avis que la limitation de l'appareil extenseur (arthrofibrose massive du genou droit) était à elle seule responsable à 80% de la problématique ; il envisageait peu de solutions et craignait la persistance d'un déficit de mobilité et d'une fonction active médiocre gênant les mouvements de flexion. Il a clairement confirmé l'inadéquation de l'ancienne profession. Si aucune intervention ne permettait d'améliorer la fonction du genou droit, l'expert estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée, à avoir assise, demeurerait de 50% moyennant mise à disposition d'une table et d'un fauteuil adapté permettant de varier les positions du genou. Par contre, si une intervention aboutissait à une flexion supérieure à 90°, ce qui n'était pas le cas lors de son examen, le résultat fonctionnel permettrait alors d'accomplir une activité professionnelle assise avec un genou plié. Une évaluation en hôpital universitaire a été préconisée pour décider du traitement à suivre (dossier AI p. 580 ss).

Dans une prise de position du 20 mai 2020, le Service médical régional (SMR) de l'AI, par la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a confirmé le diagnostic incapacitant de gonarthrose droite (M17.) sur prothèse totale du genou droit le 29 novembre 2018, rupture partielle du tendon quadricipital suturée le 9 mai 2019 et arthrofibrose du genou droit après prothèse totale du genou droit avec rotule basse majeure. Une gonarthrose gauche débutante et un diabète étaient jugés sans incidence sur la capacité de travail. Le SMR a confirmé que la capacité de travail était nulle dans la profession habituelle ; par contre, il a estimé qu'elle était à nouveau entière dès le 14 février 2020, date de l'expertise, dans une activité adaptée sans port de charges de plus de 10 kilos, sans travaux lourds, sans marche en terrain irrégulier, sans franchissements répétitifs d'escaliers, sans travail sur une échelle ou un échafaudage et sans activité accroupie ou à genoux. Le SMR s'est ainsi écarté de l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ limitant pour l'heure la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée ; à titre de motivation, le SMR a souligné que rien n'empêchait l'assuré de travailler à plein temps dans une activité assise avec possibilité de varier la position du genou droit (dossier AI p. 73 ss).

Un projet de décision niant tout droit à des mesures d'ordre professionnel a été notifié à l'assuré en date du 25 mai 2020. Dans un second projet du même jour, ce dernier a été avisé qu'il serait mis au bénéfice d'une rente AI uniquement pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 mai 2020 dans la mesure où il était réputé avoir recouvré une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée dès le 14 février 2020 ; compte tenu de son revenu d'invalidé dans cette nouvelle activité, son taux d'invalidité était depuis lors de 13% (dossier AI pp. 79 et 84).

Le projet de refus de mesures d'ordre professionnel a été confirmé par décision du 6 juillet 2020 (dossier AI p. 98).

Néanmoins, en date du 24 juillet 2020, l'assuré a informé l'OAI du fait qu'il allait subir une nouvelle opération en date du 18 août 2020. L'OAI a dès lors décidé d'attendre avant de statuer sur le droit à une rente.

Dans un rapport du 28 août 2020, le Prof. E \_\_\_\_\_, chef de l'unité hanche et genou prothétique du CHUV, a indiqué que les implants étaient mal positionnés et qu'il avait dû procéder à une révision de l'arthroplastie du genou droit (dossier AI p. 119 ss).

Le 9 novembre 2020, le Dr A \_\_\_\_\_ a mentionné que son patient ne pouvait pas encore reprendre d'activité professionnelle. Ne l'ayant pas revu, il a renvoyé au Prof. E \_\_\_\_\_ pour le surplus (dossier AI p. 127ss).

Dans un rapport du 11 novembre 2020, le Dr F \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a maintenu une totale incapacité de travail depuis le 12 août 2018 en raison des gonalgies droites sévères avec impotence fonctionnelle et des gonalgies gauches progressives depuis l'été 2020. Il a confirmé que l'ancienne profession ne pourrait être reprise. La conduite était limitée à 15 minutes. Il existait une forte restriction quant aux activités envisageables ; même une activité en position assise n'était alors pas possible en raison de la nécessité de changer très fréquemment de positions. La situation devait être revue trois mois plus tard en fonction de la réponse de la dernière opération (dossier AI p. 135).

Dans un rapport final du 18 novembre 2020, le SMR est revenu sur son appréciation et a prolongé l'incapacité de travail survenue dans toute activité, même adaptée, depuis le 12 octobre 2018. Il a relevé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée ; les suites de la nouvelle intervention demeuraient marquées par la persistance de douleurs et une diminution de la mobilité articulaire. La prise en charge étant susceptible d'améliorer la capacité de travail, une révision a été prévue six mois plus tard.

Dans un rapport du 18 novembre 2020, le Prof. E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution se poursuivait favorablement ; il existait encore quelques douleurs mécaniques au chargement mais somme toute banales au recul des trois mois. Le patient marchait en appui complet et n'avait plus d'aide technique ; il gardait une simple boiterie d'esquive antalgique très modérée ; la position assise était confortable et le patient montait et descendait les escaliers. Les douleurs résiduelles étaient liées aux multiples cicatrices chirurgicales ; le praticien a néanmoins rassuré le patient quant à une évolution favorable, notamment au niveau de l'amplitude articulaire. Le résultat fonctionnel était long à obtenir après une reprise de prothèse de genou, pouvant aller jusqu'à 1 an ½ post-opératoire. La physiothérapie et l'incapacité de travail étaient prolongées ; un nouveau contrôle était prévu à 6 mois post-opératoire (dossier AI p. 178).

Un nouveau projet d'acceptation de rente a été notifié à l'assuré en date du 19 novembre 2020.

Le 31 décembre 2020, le Prof. E \_\_\_\_\_ a certifié une incapacité de travail totale du 2 janvier 2021 au 31 janvier 2021.

Le 6 janvier 2021, le SMR, par la Dresse D \_\_\_\_\_, a constaté que la mobilité articulaire évoluait favorablement. En raison du caractère multi-opéré de ce genou, le SMR a admis une incapacité de travail totale, pour rééducation, durant les six mois suivant l'intervention. La situation n'était ainsi pas totalement stabilisée et une révision devait être envisagée en février 2021 (et non en juillet 2021 en raison de la bonne évolution), après la prochaine consultation chez le Prof. E \_\_\_\_\_. Il était clair que la profession de maçon n'était définitivement plus exigible ; en revanche, une activité légère et adaptée était prévisible à court terme (dossier AI p. 189ss).

Par décision du 16 février 2021, l'OAI a accordé à son assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Il a été averti qu'une révision de sa situation était prévue à moyen terme eu égard à la probable évolution favorable de son état de santé (dossier AI p. 203 ss).

**B.** La révision annoncée a été entreprise en avril 2021. A cet effet, l'instruction médicale a été reprise.

Dans le questionnaire y relatif rempli le 20 avril 2021, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis février 2021 en raison de l'apparition de boules douloureuses sur le pied et la cheville. Il se disait même impotent, précisant qu'il avait besoin d'aide pour mettre certains vêtements comme ses chaussettes ou chaussures,

pour monter et descendre les escaliers, pour faire les repas et ne pouvait rester longtemps dans la même position (dossier AI p. 224).

Dans un rapport du 9 juin 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au CHUV, a attesté la poursuite d'une évolution lentement favorable avec des douleurs persistantes nécessitant la prise régulière de médicaments ; ces dernières apparaissaient surtout à la marche, une petite pause étant nécessaire après 15 minutes ; elles survenaient également en cas de position assise prolongée ; la montée et la descente des escaliers étaient possibles. Lors du dernier examen du 4 juin précédent, elle avait relevé une marche en appui complet, sans moyen auxiliaire avec une boiterie d'esquive antalgique à droite, un genou non inflammatoire, des amplitudes excellentes, une articulation stable et des douleurs de caractère plutôt neuropathique à la palpation superficielle du versant antérolatéral. Le bilan radiologique était rassurant. Les douleurs neuropathiques étaient probablement liées aux multiples cicatrices chirurgicales alors que l'état du genou était cliniquement bon. Elle avait encouragé son patient à poursuivre ses auto-exercices et sa rééducation (dossier AI p. 248s.).

Dans rapport final du 24 août 2021, le SMR, par la Dresse D \_\_\_\_\_, a constaté que l'évolution post-opératoire favorable avait été confirmée, avec de bonnes amplitudes articulaires et sans signe inflammatoire ; les douleurs étaient d'origine neuropathique. La physiothérapie était terminée et la situation médicale était stabilisée. Il y avait une amélioration objective, significative et durable de l'état de santé depuis la dernière décision AI. Le SMR a estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité habituelle depuis le 9 juin 2021, date du rapport de la Dresse G \_\_\_\_\_. L'assuré devait s'orienter vers une profession en position alternée, sans port de charges de plus de 10-15 kilos à fréquence répétitive, sans travaux lourds, sans marche en terrain irrégulier, sans utilisation répétée des escaliers, échelles ou échafaudages et sans travail accroupi ou à genoux (dossier AI p. 261s.).

Le Dr F \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI en date du 18 septembre 2021. Il a relevé que son patient était limité dans ses activités par des douleurs aux deux genoux, le droit depuis 2018 et le gauche depuis début 2021. Il a également fait état de lombalgies régulières dépendantes des efforts et des positions. La marche était limitée à 15 minutes et la position assise à 10 minutes, des changements de positions étant régulièrement nécessaires. Il limitait le port de charges à 3-4 kilos et estimait les déplacements dans les escaliers et les pentes très difficiles. Le franchissement de terrains irréguliers et d'échafaudages était impossible. Il ne s'est pas prononcé sur une capacité de travail

dans une activité adaptée (dossier AI p. 331). Il ressortait des pièces médicales jointes que son patient avait subi l'ablation d'un abcès antérolatéral distal au niveau du tibia droit en date du 6 mars 2021, intervention dont les suites avaient été bonnes (dossier AI p. 319).

Un rapport d'assessment a été établi en date du 15 octobre 2021 ; dans ce cadre, l'OAI a discuté avec l'assuré des possibilités de réadaptation. L'assuré s'est dit étonné qu'on puisse retenir une amélioration de son état de santé ; pour sa part, il a souligné ses douleurs et le fait que même la position assise ne lui convenait pas ; il ne s'estimait pas du tout capable de travailler et prévoyait qu'après une seule journée de travail, il se retrouverait à nouveau en incapacité totale de travail. Il a dès lors été décidé de ne pas mettre en œuvre de mesures de réadaptation, les conditions subjectives n'étant pas remplies. Le responsable du dossier a par ailleurs relevé qu'il existait, sur le premier marché de l'emploi des activités respectant les limitations, par exemple comme opérateur de contrôle en horlogerie, ouvrier de conditionnement, employé de montage de petites pièces en horlogerie ou en mécanique de précision (dossier AI p. 347 ss).

Un projet de suppression de rente a été notifié à l'assuré en date du 18 octobre 2021 (dossier AI p. 351). L'assuré s'y est opposé le 21 octobre suivant ainsi que par écriture du 17 novembre 2021. Représenté par Inclusion Handicap, il a souligné que même la Dresse G\_\_\_\_\_ avait relevé ses douleurs persistantes au genou, d'ordre neuropathique, notamment après 15 minutes de marche ou en position assise trop prolongée. Or, se référant à l'avis du SMR du 6 janvier 2021, il estimait que c'était sur la base d'un même status qu'une rente entière lui avait été alloué en février 2021. Il a également souligné que, dans son rapport du 18 novembre 2020, le Prof. E\_\_\_\_\_ avait déjà décrit une prothèse stable ; il en déduisait que son état de santé était déjà stable en février 2021. A son sens, il n'existait pas de motif de révision de son droit à une rente. Il a joint un nouveau rapport du Dr F\_\_\_\_\_ (cf. *infra*) et a par ailleurs relevé un état de déconditionnement décrit par le Dr H\_\_\_\_\_ dans un rapport du 27 novembre 2020. L'assuré a conclu au maintien de son droit à une rente (dossier AI p. 365s.).

Dans son rapport du 23 octobre 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a répété que son patient souffrait toujours de douleurs neuropathiques cicatricielles. Il a ajouté des décompensations inflammatoires itératives répétées, les dernières en dates des 7 septembre 2021 et 7 octobre 2021. Il a évoqué une possible intolérance à la prothèse totale de genou (PTG) et a annoncé qu'une réévaluation au CHUV était programmée. Il a ajouté une périarthropathie scapulo-humérale gauche persistante et des lombalgies répétitives. Le

patient était limité dans ses activités quotidiennes par ses lombalgies régulières dépendantes des efforts et des positions et, surtout, par des douleurs aux deux genoux. La mise en place de la prothèse au genou en date du 18 août 2020 avait apporté une certaine amélioration avec une augmentation des capacités physiques. Malheureusement, la situation s'était à nouveau péjorée dès juillet 2021 avec un accroissement de symptomatologie douloureuse ainsi que des blocages et lâchages à la marche et à la simple charge immobile ; des signes inflammatoires étaient réapparus à l'examen clinique avec une tuméfaction chaude du genou et une limitation de la mobilité, en extension et flexion. La réponse au traitement médicamenteux (anti-inflammatoires à doses maximales, corticothérapie intermittente et antalgiques) n'avait été que partielle ; le Dr F \_\_\_\_\_ a joint le plan de traitement. Son patient portait une attelle articulée depuis le 21 octobre 2021 en raison d'une nouvelle exacerbation aiguë. Le médecin traitant a répété les limitations déjà mentionnées dans son ancien rapport, lesquelles prévalaient dans les périodes plus calmes ; durant les exacerbations (15 juillet au 25 août 2021, 7 au 18 septembre 2021, 27 septembre au 4 octobre et depuis le 7 octobre 2021), son patient n'avait plus pu accomplir de déplacements, même sur quelques mètres et en terrain plat et régulier, la conduite de son véhicule avait été impossible et le port de charges limité à 2-3 kilos. Le Dr F \_\_\_\_\_ contestait donc les conclusions du projet de l'OAI (dossier AI p. 368 ss).

Dans un avis du 29 novembre 2021, le SMR a relevé qu'il était clair que l'état du genou droit était parfaitement stabilisé en date du 9 juin 2021, date du rapport du CHUV, avec des limitations fonctionnelles permettant l'exercice d'une activité adaptée. Néanmoins, le Dr F \_\_\_\_\_ ayant fait mention d'une péjoration dès juillet 2021, avec des périodes d'exacerbations douloureuses et inflammatoires, le SMR a jugé utile de requérir les résultats d'une nouvelle évaluation auprès de la Dresse G \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 439).

Dans son rapport du 20 janvier 2022, faisant suite à un examen du 8 décembre 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_ a précisé que les troubles en cours étaient des gonalgies chroniques à droite notamment sur le versant latéral du genou. Elle a répété que ces douleurs étaient principalement de type neuropathique dans le contexte d'un genou multi-opéré. Le patient était adressé au Centre des douleurs du CHUV afin d'ajuster son traitement. Il n'existait par contre ni problème mécanique au niveau de la prothèse ni complication septique, une ponction du genou ayant permis d'exclure tout signe d'infection ; aucune nouvelle intervention n'était envisagée. S'agissant des limitations, la spécialiste a précisé que le périmètre de marche était limité, la marche se faisant avec des cannes et une genouillère à droite ; elle a néanmoins confirmé que l'état du genou permettait l'exercice

d'une activité sédentaire légère et adaptée. Les autres troubles, notamment les lombalgies itératives, étaient jugées sans incidence sur la capacité de travail. Au final, il n'y avait pas de complication mécanique sur la PTG droite et donc pas de limitation fonctionnelle mécanique limitant la réadaptation ; celle-ci allait toutefois probablement rester difficilement réalisable compte tenu des douleurs persistantes (dossier AI p. 448 ss).

Le SMR a encore soumis le dossier à son chirurgien orthopédiste. Dans sa prise de position du 25 janvier 2022, le Dr I \_\_\_\_\_ a constaté que les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas de mettre en évidence de substrat anatomique objectivable expliquant clairement l'importance des plaintes douloureuses et des répercussions fonctionnelles déclarées par l'assuré. Il a confirmé une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, légère et adaptée depuis le 4 juin 2021, date de la consultation chez la Dresse G \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 468).

Dans une prise de position finale du 25 janvier 2022, le SMR, par la Dresse D \_\_\_\_\_, a souligné que les rapports médicaux des Drs G \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ étaient clairs : l'évolution clinique était favorable et les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas de mettre en évidence de substrat anatomique objectivable expliquant clairement l'importance des plaintes. Le SMR a dès lors confirmé ses conclusions (dossier AI p.466).

Dans un rapport adressé le 15 février 2022 à Inclusion Handicap, le Dr F \_\_\_\_\_ a affirmé que le rapport de la Dresse G \_\_\_\_\_ comportait des contradictions et des lacunes et n'appréciait pas correctement la situation de son patient. Il partageait par contre la réserve de la Dresse G \_\_\_\_\_, selon laquelle le potentiel de réadaptation du patient allait « probablement rester difficilement réalisable avec les douleurs persistantes actuelles ». Il maintenait pour sa part qu'il existait des douleurs mécaniques de la prothèse de révision avec la survenance répétée d'une tuméfaction chaude antérolatérale du genou gauche, parfois importante et visible, prouvant à son sens un syndrome inflammatoire clinique. Selon le Dr F \_\_\_\_\_, les douleurs neuropathiques et mécaniques, existant déjà au repos, sans aucune position antalgique certains jours et certaines nuits, empêchaient toute activité y compris légère et adaptée. Le médecin traitant estimait finalement que la Dresse G \_\_\_\_\_ n'avait pas exclu formellement une cause mécanique ; elle n'avait notamment pas réalisé de bilan radiologique lors de la consultation du 8 décembre 2021, seules des radiographies standard ayant été faites en date du 15 novembre 2021. Pour sa part, il avait fait procéder à de nouvelles radiographies ainsi qu'à une échographie du genou droit et a joint le rapport y relatif.

Une scintigraphie osseuse avait également été accomplie le 7 février 2022 (cf. *infra*). A l'aune de ces derniers examens, le Dr F \_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'une inflammation persistante du genou à l'origine d'un syndrome douloureux mécanique avéré, aux répercussions fonctionnelles sévères et empêchant toute activité même légère et peu exigeante (dossier AI p. 478 ss).

Le rapport de radiographie et d'échographie du 4 janvier 2022 joint a relevé un épanchement articulaire mais a exclu tout élément parlant en faveur d'un descellement du matériel prothétique (dossier AI p. 485).

Le rapport de la scintigraphie du 7 février 2022 également joint a conclu à un aspect scintigraphique de synovite du genou droit avec épanchement articulaire et une forte suspicion de descellement de l'implant tibial de la PTG droite. A également été notée une gonarthrose gauche ainsi qu'une rhizarthrose bilatérale hypercaptante (dossier AI p. 482).

L'assuré a confirmé sa position dans une écriture du 17 février 2022. Le 20 avril suivant, il a encore transmis un rapport du 15 mars 2022 de la Dresse J \_\_\_\_\_, spécialiste au sein de la consultation en « antalgie en médecine du sport » du CHUV ; elle avait été consultée le 7 mars précédent. Elle a constaté que, cliniquement, ce patient présentait un tableau douloureux mixte, mécanique et neuropathique ; depuis deux mois, il bénéficiait d'un traitement par Gabapentine avec un bon effet partiel. Des exercices sur vélo d'appartement afin de se reconditionner ainsi que des exercices d'assouplissement lui avaient été conseillés et des infiltrations tests avaient été prévues. Il n'a plus été fait mention de la suspicion de descellement susmentionnée (dossier AI p. 494 ss).

Le SMR a repris position en date du xx.xxxx1. La Dresse D \_\_\_\_\_ était d'avis que les derniers rapports du Dr F \_\_\_\_\_ et des praticiens du CHUV n'apportaient pas de nouveaux diagnostics. Le Dr F \_\_\_\_\_ décrivait essentiellement les plaintes de l'assuré. La scintigraphie osseuse avait évoqué une suspicion de descellement de l'implant tibial, que la Dresse J \_\_\_\_\_ n'avait toutefois pas confirmé. Il y avait surtout une amyotrophie du quadriceps droit nécessitant des exercices de reconditionnement musculaire praticables à domicile. L'assuré pouvait marcher sur de courtes distances sans aide technique. L'inflammation locale observée par le Dr F \_\_\_\_\_ était classique dans le cadre d'un genou multi-opéré mais sans caractère de gravité. Le SMR a confirmé ses conclusions du 25 janvier 2022 (dossier AI p. 498).

Au terme de ses investigations, l'OAI a maintenu que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré et que, depuis le 9 juin 2021, on pouvait à nouveau exiger de sa part la reprise

d'une activité adaptée à 100%, avec un rendement normal. Était adaptée, toute activité en position alternée, avec un port de charges limité à 10-15 kilos de manière non répétitive, sans travaux lourds, sans marche en terrain irrégulier, sans travaux nécessitant la position accroupie ou à genoux ou impliquant de gravir des escaliers ou de monter sur une échelle ou des échafaudages. Le revenu d'invalidé dans une telle activité, calculé sur la base des salaires ressortant des tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) a été arrêté à 62'527 fr. 45 en 2021. Comparé au revenu hypothétique de maçon fixé à 72'364 fr. 80, il en résultait un taux d'invalidité de 14% n'ouvrant plus le droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 5 mai 2022, se référant aux avis du SMR, l'OAI a écarté les griefs de son assuré et a confirmé sa position en annonçant que le droit à une rente serait supprimé dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de sa décision, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2022. L'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré.

**C.** X \_\_\_\_\_, par Inclusion Handicap, a interjeté recours céans en date du 3 juin 2022. En substance, il estimait que les conditions pour une révision du droit à une rente n'étaient pas remplies. Il a rappelé qu'une prothèse de genou stable et des douleurs neuropathiques avaient motivé l'octroi de sa rente d'invalidité, de sorte que les éléments avancés par la Dresse G \_\_\_\_\_ n'attestaient nullement une amélioration de son état de santé et, partant, ne justifiaient pas une suppression de son droit à une rente. Au contraire, il estimait que son état de santé s'était péjoré en juillet 2021. Le recourant a principalement conclu à l'annulation de la décision entreprise ; subsidiairement, il a requis l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimé, se référant simplement à la décision entreprise, a conclu au rejet du recours par écriture du 13 septembre 2022. L'échange d'écritures a été clos le 16 septembre suivant.

Le 20 février 2024, le recourant a transmis au Tribunal une série de pièces médicales, dont un rapport du Dr F \_\_\_\_\_ émis le même jour. Le médecin traitant y a rappelé les antécédents de son patient et a fait mention de nouvelles pathologies survenues en 2023 sous forme d'une décompensation dépressive (suivie depuis juin 2023 par le Dr K \_\_\_\_\_) et de troubles neuropsychologiques lentement progressifs depuis mars 2023. Ces documents ont été transmis à l'intimé en date du 21 février 2024.

## **Considérant en droit**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

**1.2** Remis à la poste le 3 juin 2022, le recours dirigé contre la décision du 5 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**2.1.1** Le litige concerne la suppression de la rente entière d'invalidité au 1<sup>er</sup> juillet 2022. Le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir instruit convenablement le dossier au plan médical et d'avoir retenu à tort que son état de santé s'était amélioré au point de lui permettre de reprendre une activité adaptée.

**2.1.2** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c 1) énoncent toutefois que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit (dans sa teneur au 31 décembre 2021) reste applicable.

**2.2** 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.

Tout changement important des circonstances propre 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 du Tribunal fédéral 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).

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

**2.4** 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et les réf. cit.).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner 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 du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

**2.5** 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 réf. cit.). 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 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

**3.1** En l'occurrence, l'intimé a supprimé, avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2022, la rente d'invalidité dont bénéficiait le recourant, considérant que l'état de santé de celui-ci était stabilisé et qu'une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans une activité adaptée dès le 9 juin 2021. Se référant en particulier aux avis des médecins du SMR des 25 janvier et 3 mai 2022, qu'il a qualifiés de probants, il a estimé que l'état de santé de l'assuré était compatible avec l'exercice à temps plein, avec un rendement normal, d'une activité légère et adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles (position de travail alternée assise/debout, pas de travaux lourds ni de port de charges de plus de 10-15 kilos de manière répétitive, pas de déplacement en terrain accidenté, pas de position accroupie ou à genoux, pas de travaux nécessitant de gravir des escaliers ou de monter sur des échelles ou des échafaudages). Après comparaison des revenus hypothétique et d'invalidé, il ressortait un degré d'invalidité de 14 %, soit inférieur au minimum légal de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité.

**3.2** Le recourant critique cette décision de suppression de rente. Il conteste que sa situation médicale se soit davantage stabilisée que ce qui prévalait en février 2021, respectivement qu'elle se soit améliorée. En substance, il souligne que sa prothèse était déjà stable lors de la décision du 16 février 2021 et que ses douleurs ont persisté. Il se réfère particulièrement aux rapports du Dr F \_\_\_\_\_ concluant à une pleine incapacité de travail dans toute activité, même légère et adaptée.

**3.3** S'agissant d'une révision, il sied de comparer la situation prévalant en février 2021, date de la dernière décision comprenant un examen matériel complet du droit à la rente, avec celle prévalant au moment de la décision entreprise.

**3.3.1** Dans son rapport du 14 février 2020, le Dr C \_\_\_\_\_ avait constaté un important déficit de mobilité, notamment au plan de l'extension et de la flexion du genou, une boiterie, un manque de force, des difficultés lors de la marche à plat sur une cinquantaine de mètres ainsi que lors de la montée et de la descente des escaliers. Il avait exclu la possibilité de reprendre l'ancienne profession de maçon mais avait retenu une capacité de 50% dans une activité adaptée. Il avait par ailleurs annoncé que le recourant pourrait reprendre une activité professionnelle en position assise si une intervention permettait d'obtenir une augmentation de la flexion à plus de 90°. Cette intervention a eu lieu en date du 18 août 2020.

Dans son avis du 20 mai 2020, se distançant du Dr C \_\_\_\_\_, le SMR n'avait pas jugé nécessaire d'attendre le résultat de la nouvelle intervention susceptible d'améliorer la flexion pour fixer une pleine exigibilité dans une profession adaptée. Néanmoins, en raison des suites de l'intervention du 18 août 2020, le SMR, avait finalement admis la persistance d'une pleine incapacité de travail durable depuis 11 octobre 2018 dans toute activité, même légère, une révision devant d'emblée être prévue compte tenu de l'amélioration escomptée au terme de la période de rétablissement de l'opération.

Si dans son rapport du 18 novembre 2020, le Prof. E \_\_\_\_\_ avait certes déjà décrit une prothèse stable, tel n'était encore pas le cas de l'état général du genou opéré, lequel nécessitait encore la poursuite de la physiothérapie ; ainsi, malgré une bonne évolution permettant la marche avec appui complet et sans aide technique, le maintien en position assise et le franchissement des escaliers, le Prof. E \_\_\_\_\_ avait prolongé l'incapacité de travail jusqu'au prochain contrôle à 6 mois post-opératoire. Il avait prédit une évolution favorable au plan de l'amplitude articulaire. Il appert ainsi qu'en février 2021, le recourant était encore en convalescence post-opératoire, que la situation n'était pas stabilisée et qu'il fallait attendre la fin de la rééducation avant de statuer sur sa capacité de travail

exigible (cf. rapport du SMR du 6 janvier 2021). C'est à l'aune de cette période de traitement physiothérapeutique et de récupération post-opératoire que le SMR avait admis la prolongation d'une totale incapacité de travail dans toute activité et que l'OAI avait, en février 2021, accordé une rente à son assuré, une révision ayant d'emblée été prévue au terme de la convalescence.

**3.3.2** Pour fonder la stabilisation et l'amélioration de la situation justifiant sa révision, le SMR (rapport des 25 janvier et 3 mai 2022) et, à sa suite, l'OAI, se sont basés sur les avis des spécialistes du CHUV.

Dans son rapport du 9 juin 2021, la Dresse G\_\_\_\_\_ a confirmé une évolution lentement favorable. La persistance de douleurs, survenant essentiellement après 15 minutes de marche et en position assise prolongée a été constatée ; selon la spécialiste, les douleurs étaient surtout neuropathiques, probablement liées aux nombreuses cicatrices. Néanmoins, de nombreuses améliorations ont été attestées : la montée et la descente d'escaliers étaient possibles ; malgré une boiterie d'esquive, la marche était faite en appui complet et sans moyen auxiliaire, le genou était non inflammatoire et l'articulation toujours stable. Le bilan radiologique était rassurant. En particulier, comme prédit en novembre 2020, les amplitudes étaient devenues excellentes. L'état du genou était cliniquement bon. Ces constatations attestent une stabilisation de l'état du genou et une amélioration, surtout en termes d'amplitudes articulaires.

A l'aune de ces éléments, c'est à juste titre que le SMR a confirmé, dans son rapport du 9 juin 2021, une évolution post-opératoire favorable avec de bonnes amplitudes articulaires et sans signes inflammatoires. C'est également à juste titre qu'il a relevé que la physiothérapie était terminée et que la situation médicale était stabilisée, aucun nouveau traitement n'ayant été annoncé. Même s'il a été admis que des douleurs persistaient, nécessitant la prise d'antalgiques, le SMR a souligné qu'il y avait eu une amélioration objective, significative et durable par rapport à ce qui prévalait en février 2021 et a retenu de manière motivée que, dès le 9 juin 2021, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 18 septembre 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a émis une série de limitations. Ces dernières ne mettent toutefois pas en doute celles retenues par le SMR dans le cadre de la description d'un poste adapté. En effet, rejoignant les limitations citées par le Dr F\_\_\_\_\_, le SMR a préconisé une profession permettant d'alterner les positions, sans port de charges importantes, sans franchissements répétés d'escaliers, d'échelles ou échafaudages et sans marche en terrains irréguliers.

Dans son rapport du 23 octobre 2021, le Dr F \_\_\_\_\_ a évoqué des signes de péjoration. Il a exprimé que son patient souffrait depuis juillet 2021 de décompensations inflammatoires itératives répétées au genou droit et d'une limitation de la mobilité (flexion/extension), constatées à l'examen avec une tuméfaction chaude et a évoqué une possible intolérance à la PTG. Il a de nouveau souligné les plaintes douloureuses de son patient et les limitations induites par ses lombalgies et par ses douleurs aux deux genoux. Il a précisé le traitement antalgique et a annoncé que son patient portait une attelle articulée au genou droit depuis le 21 octobre 2021. La crainte de péjoration émise par le Dr F \_\_\_\_\_ a néanmoins été écartée par les examens de la Dresse G \_\_\_\_\_ du 8 décembre 2021.

En effet, dans son rapport y relatif du 20 janvier 2022, la spécialiste a indiqué qu'une ponction avait permis d'exclure tout signe d'infection. Il n'existait ni problème mécanique, ni complication septique et aucune nouvelle intervention n'était envisagée. Elle a admis que le périmètre de marche était limité, cette dernière se faisant désormais avec une canne et une genouillère à droite, ce qui n'entravait toutefois nullement l'exercice d'une activité sédentaire légère et adaptée. Elle a précisé que les autres troubles évoqués par le Dr F \_\_\_\_\_, notamment les lombalgies itératives, étaient sans incidence sur la capacité de travail. Il n'existait objectivement aucune limitation fonctionnelle mécanique limitant la réadaptation. A l'aune des douleurs persistantes rapportées par le patient, elle a néanmoins émis des réserves quant au pronostic de réadaptation.

Dans son rapport du 15 février 2022, le Dr F \_\_\_\_\_ qualifie l'appréciation de la Dresse G \_\_\_\_\_ de contradictoire ; il est néanmoins fréquent de constater des différences entre le statut objectif médicalement étayé aux termes d'examens et les plaintes douloureuses, élément subjectif. Or, au plan médico-théorique, force est de constater que la Dresse G \_\_\_\_\_ a retenu une pleine capacité de travail exigible dans une activité légère adaptée.

Cette exigibilité a été confirmée par les Drs I \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, lesquels ont souligné dans leurs prises de position du 25 janvier 2022 que les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas de mettre en évidence un substrat anatomique objectivable expliquant l'importance des plaintes et les répercussions fonctionnelles rapportées par le recourant. L'évolution clinique objectivement favorable a été confirmée, de même qu'une pleine capacité de travail exigible dans une activité sédentaire, légère et adaptée dès le 4 juin 2021.

Quant à la question de savoir si les douleurs rapportées sont plutôt d'origine neuropathique ou mécanique (cette dernière cause étant mise en avant par le Dr F \_\_\_\_\_), cela n'est pas déterminant. En effet, quand bien même il existerait partiellement une composante mécanique (tableau mixte selon la Dresse J \_\_\_\_\_), ressortant notamment de la recrudescence des douleurs lors de déplacements plus importants, il est rappelé que les limitations relatives à une activité adaptée exclues notamment les surcharges mécaniques et les déplacements.

Finalement, comme l'a relevé le SMR, le descellement de l'implant tibial craint par le Dr F \_\_\_\_\_ sur la base de la scintigraphie du 7 février 2022, n'a pas été confirmé au terme des examens médicaux postérieurs, notamment par la Dresse J \_\_\_\_\_, laquelle n'a pas préconisé de nouvelle intervention mais uniquement un reconditionnement avec notamment des exercices d'assouplissement (rapport du 15 mars 2022). Le 3 mai 2022, le SMR a précisé que ce dernier reconditionnement musculaire en raison d'une amyotrophie du quadriceps droit pouvait se faire à domicile ; il n'implique dès lors pas la reprise d'une physiothérapie intensive susceptible d'interférer de manière notable sur la capacité de travail. S'agissant des épisodes inflammatoires relevés par le Dr F \_\_\_\_\_, le SMR a expliqué qu'ils étaient classiques dans le cadre de genoux multi-opérés mais sans caractère de gravité.

A la lumière de ces développements, la Cour relève que le recourant n'a apporté aucun élément médical objectif permettant de mettre en doute les conclusions du SMR. Elle constate ainsi que le recourant n'énonce aucun grief ciblant les rapports finaux du SMR des 25 janvier et 3 mai 2022. A l'instar de l'autorité précédente, elle note que lesdits rapports tiennent compte des pièces médicales qui figuraient au dossier, sont établis de manière circonstanciée et en connaissance de l'anamnèse, exposent de manière cohérente le contexte médical, apprécient la situation médicale de façon claire et posent des conclusions dûment motivées. La Cour n'a ainsi aucune raison de remettre en question la valeur probante intrinsèque de ces rapports sur lesquels l'intimé a fondé sa décision de suppression de rente.

Sur cette base, l'OAI a correctement évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 14 %, taux inférieur au minimum légal de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**3.4.1** En date du 20 février 2024, le recourant a encore produit de nouvelles pièces médicales.

Ces documents ont été établis postérieurement aux décisions attaquées. Il s'agit d'un rapport émanant du Dr F \_\_\_\_\_ rappelant les antécédents de son patient et

rapportant l'apparition de nouvelles pathologies en 2023 sous forme d'une décompensation dépressive (suivie depuis juin 2023 par le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et de troubles neuropsychologiques lentement progressifs depuis mars 2023. Y était joint un rapport d'IRM cérébral et angio-IRM cérébrale et cervicale du 9 octobre 2023.

**3.4.2.** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

En l'occurrence, les nouveaux troubles annoncés en février 2024 font état de pathologies survenues en 2023, soit postérieurement à la décision entreprise. Ils ne peuvent dès lors être pris ici en considération et devront, en cas d'incidence durable sur la capacité de travail du recourant, faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

**4.1** 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, 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 (arrêt 9C\_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité et qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et,

partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

La jurisprudence considère qu'il existe cependant 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 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 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. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

**4.2** Le droit d'obtenir des mesures de réadaptation existe lorsque certaines conditions sont remplies. L'article 8 alinéa 1 lettre a LAI précise que ces mesures doivent être nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels. La mesure de réadaptation doit ainsi être appropriée à son but, du point de vue objectif et subjectif. Afin que la mesure soit efficace en termes de réintégration, la personne assurée doit donc disposer d'une capacité de réadaptation et avoir la volonté de se réadapter, respectivement avoir la capacité subjective à le faire (ATF 145 V 2 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'absence de volonté de se réadapter, le droit à des mesures de réadaptation s'éteint sans que l'OAI doive préalablement mener une procédure de sommation prévue par l'article 21 alinéa 4 LPGA (arrêts 9C\_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 ; 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.1 ; 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 ; 8C\_726/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.3). Si la personne devait changer de comportement et demander des mesures de réadaptation, elle peut s'annoncer de nouveau à l'OAI qui doit rendre une nouvelle décision (VALTERIO, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI), Bâle 2018, n. 5 ad art. 8).

**4.3** Le recourant avait 57 ans au moment où l'office intimé a annoncé la suppression de son droit à une rente, en date 5 mai 2022. Ainsi, même en présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et d'un taux d'invalidité de 14% - étant

rappelé que normalement le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références) -, l'intimé devait examiner le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel avant de supprimer son droit à une rente (cf. consid. 4.1).

En l'occurrence, lors de l'assessment du 15 octobre 2021, le recourant a clairement exprimé son refus de suivre une quelconque réadaptation. L'intéressé est resté centré sur ses plaintes douloureuses et n'a formulé aucune velléité pour un quelconque projet de réadaptation, de sorte qu'il a été renoncé à mettre en œuvre une telle mesure, les conditions subjectives n'étant manifestement pas remplies. Or, en présence d'une capacité à se réadapter sur le marché du travail, il lui incombait de participer activement aux mesures de nouvelle réadaptation raisonnablement exigibles (ATF 145 V 2 consid. 4.3.1 et 4.3.3.3). L'intimé pouvait dans ces circonstances renoncer à mettre en œuvre un nouveau mandat de réadaptation, la condition subjective nécessaire à l'obtention d'une mesure d'ordre professionnel n'étant pas remplie au moment du prononcé de la décision litigieuse. En date de la décision entreprise le recourant n'était par ailleurs pas atteint d'un autre trouble, notamment d'ordre psychique, l'entravant dans sa capacité à rechercher un emploi (cf. *a contrario* l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2020 consid. 4.2). On pouvait ainsi, à la date de la décision attaquée, exiger du recourant une réadaptation par lui-même.

L'on ajoutera, au demeurant, qu'eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives (de niveau de compétence 1) offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'était de loin pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité légère, il existait un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 11).

**5.** A l'aune de ces développements, le recours est rejeté et la décision du 5 mai 2022 confirmée

**5.1** Les frais de justice arrêtés à 500 fr., sur le vu notamment des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA, art. 69 al. 1 bis LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA).

**5.2** Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ces motifs,

**Prononce**

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

Sion, le 6 mai 2024