

# **VS\_GERICHTE S1 20 6 vom 7. Juni 2022**

VS Kantonsgericht, 2022-06-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 20 6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_6)

FR: VS\_GERICHTE S1 20 6 du 7 juin 2022

IT: VS\_GERICHTE S1 20 6 del 7 giugno 2022

## **Regeste**

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)

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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 1er 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.

### **E. 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.

- 13 -

#### **E. 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 intensités (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

- 14 - 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 2bis 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).

#### **E. 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

- 15 - 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 1er janvier 2020 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

#### **E. 4.4**

Les faits étant suffisamment établis, il n'y a plus 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).

- 16 - 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 V 322 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'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS)

ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêt 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

- 17 - 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.

## **E. 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

- 11 - 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

- 12 - 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.

### **E. 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).

### **E. 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 suffisante 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 LPG) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), 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

- 20 - 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).

### **E. 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.

### **E. 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

- 18 - 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

- 19 - 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.