

VS_GERICHTE S1 21 19 vom 15. März 2023

VS Kantonsgericht, 2023-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_19

FR: VS_GERICHTE S1 21 19 du 15 mars 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 19 del 15 marzo 2023

Regeste

S1 21 19 JUGEMENT DU 15 MARS 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Olivier Couchepin, avocat, 1920 Martigny contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 28 LAI, rente d'invalidité ; art. 17 et 18 LAI, mesures d'ordre professionnel ; valeur probante des rapports médicaux)

Erwägungen

E. 2

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

E. 3

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

E. 3.1

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'article 7 alinéa 1 LPGA, l'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans

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

E. 3.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM- V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 3.3

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ;

- 15 - 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

E. 3.3.2

; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la

charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence). 4.1.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'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

- 26 - descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222). 4.1.3 La notion de marché du travail équilibré telle que définie à l'article 16 LPGA comprend une grande variété d'activités en termes d'exigences professionnelles et intellectuelles ainsi que d'efforts physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b). Dans ce contexte, il ne faut pas partir du principe qu'il existe des possibilités d'emploi irréalistes, mais seulement des activités qui sont raisonnables, compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas individuel. On ne devra cependant pas poser d'exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de revenus (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêts 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1 et 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 consid. 2 et 3.3.1). Le marché du travail équilibré comprend également les emplois dits de niche, c'est-à-dire les offres d'emploi et de travail où les personnes handicapées peuvent compter sur un aménagement social par l'employeur (arrêt 8C_30/2020 du 6 mai 2020 consid. 5.3). En résumé, il n'y a pas lieu d'examiner la question du placement d'une personne atteinte dans sa santé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – cette tâche étant dévolue à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (arrêt 9C 804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références ; arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293).

- 27 - 4.2 L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

4.3 En l'occurrence, l'intimé a fixé le revenu réalisable sans accident, sur la base de la CCT applicable dans le domaine du bâtiment, à 74 047 fr. 20 et celui avec invalidité à 61 405 fr. 75, en se fondant sur l'ESS pour un homme avec un niveau de compétence 1. Il a en outre admis un abattement de 10% sur ce salaire d'invalidé, pour tenir compte, de manière globale, de la situation de l'intéressé. Le recourant ne conteste pas le calcul du revenu sans invalidité, mais critique en revanche l'abattement de 10% retenu sur le revenu d'invalidé. Il soutient que l'intimé aurait dû prendre en compte la situation actuelle sur le marché du travail pour les professions non qualifiées, les conséquences de l'accident sur ses possibilités concrètes de retrouver un emploi ainsi que son absence d'expérience dans un domaine autre que celui de la maçonnerie. Il a encore ajouté que la CNA, dans sa décision du 12 février 2020 (cause S2 20 67), avait quant à elle retenu une diminution de la capacité de gain de 20%. En premier lieu, la Cour ne peut suivre le recourant lorsque celui-ci soutient que l'intimé aurait dû prendre en compte la situation actuelle sur le marché du travail ainsi que ses possibilités concrètes de retrouver un emploi. En effet, non seulement le taux global d'abattement du salaire statistique de 10% retenu prend déjà en compte la situation

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

d'emplois potentiels. Par ailleurs, la demande de telles places de travail doit être analysée en fonction d'un marché du travail réputé équilibré, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas pris la situation actuelle sur le marché du travail ainsi que les possibilités concrètes de l'intéressé de retrouver un emploi en considération pour déterminer le taux d'abattement applicable en l'espèce. S'agissant ensuite de l'absence d'expérience du recourant dans un domaine autre que celui de la maçonnerie, la Cour relève qu'il est vrai que l'assuré a toujours travaillé en tant que maçon. Toutefois, l'expertise de la Dresse T _____ a mis en évidence qu'il disposait de nombreuses ressources, à savoir : capacité de s'intégrer dans un groupe, d'en comprendre les règles et de s'y adapter, faculté d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec autrui, bonne capacité d'endurance, bonnes capacités de jugement et de prise de décision, faculté de faire usage de compétences spécifiques, de flexibilité et d'adaptation, capacité de planifier et structurer ses tâches, de s'adapter aux règles et aux routines. Ainsi, l'intimé pouvait à bon droit considérer que l'absence d'expérience de l'assuré dans un domaine autre que la maçonnerie ne justifiait pas, à elle seule, une déduction supplémentaire du salaire statistique. On rappellera également que le défaut de qualifications professionnelles et le manque de connaissances linguistiques ne sont pas des facteurs liés à l'invalidité et qu'ils n'ont pas à être pris en compte dans l'élucidation de celle-ci (ATF V 17 consid. 2c).

- 29 - Enfin, il y a lieu de préciser que les 20% retenus par la CNA dans sa décision du 12 février 2020 correspondent au degré d'invalidité présenté par le recourant et non à un abattement retenu sur le salaire statistique, de sorte que cet argument ne saurait être utile à l'intéressé. Eu égard à ce qui précède, un abattement global de 10% du salaire statistique, tel que retenu par l'intimé, n'apparaît pas critiquable et peut être confirmé. 5. Dans un troisième et dernier grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir jamais évalué sa capacité tant de reclassement que de placement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5.1 L'article 8 alinéa 1 LAI pose le principe de l'octroi de mesures de réadaptation en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'article 8 LPGa pour autant, d'une part, que celles-ci soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain (let. a) et, d'autre part, que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). A teneur de l'article 8 alinéa 3 lettre b aLAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des articles 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). 5.2.1 Selon l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à un reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2, arrêt 9C_349/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). Exceptionnellement, la jurisprudence a admis qu'une diminution de la capacité de gain légèrement inférieure à 20%, en l'espèce 18,52%, pouvait ouvrir le droit à une mesure de reclassement (arrêt I 665/99 du 18 octobre 2000 consid. 4b). Elle a en revanche retenu qu'un taux de 16% était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle mesure (arrêt 9C_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et

suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En

- 30 - règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). En outre, on rappellera qu'une mesure de reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si l'assuré a été réadapté de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste approprié et dont on peut attendre de lui qu'il l'accepte (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, ch. 1707, état au 1er janvier 2023). 5.2.2 En l'espèce, le recourant présente une diminution de sa capacité de gain de 17%, ce qui est bien inférieur au taux de 20% retenu par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement. Cela étant, même s'il fallait considérer que ce taux de 17% devrait exceptionnellement ouvrir le droit à une telle mesure, la Cour relève qu'il existe, sur le premier marché de l'emploi, un éventail suffisamment large d'activités répondant aux limitations du recourant, à savoir par exemple veilleur de nuit (hôtellerie), plongeur/casserolier, préparateur de commande/aide logisticien, vendeur (outillage, bâtiment, etc.), employé aux remontées mécaniques ou encore aide concierge (centre scolaire, CMS, hôpitaux, locaux commerciaux, etc.), de sorte que l'intimé était parfaitement en droit de lui refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Ces diverses possibilités d'emplois ont du reste été exposées au recourant lors de l'entretien du 17 septembre 2019, organisé par l'intimé. Au surplus, force est de constater que l'assuré s'estime incapable de travailler et n'a montré aucune motivation à réintégrer le marché du travail (cf. rapports relatifs aux mesures d'intervention précoce). Ainsi, d'un point de vue subjectif, les conditions n'apparaissent pas davantage remplies. 5.3.1 Aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). L'article 6 LPGGA définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de

- 31 - prendre contact avec un employeur potentiel (arrêt 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). 5.3.2 En l'occurrence, l'OAI a considéré que comme le recourant était en mesure d'exercer une activité à plein temps moyennant certaines limitations fonctionnelles, il n'avait pas droit à l'aide au placement au sens de l'article 18 LAI dès lors qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail au sens de la deuxième phrase de l'article 6 LPGGA. Cette appréciation étant conforme à la jurisprudence (voir pour exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7), elle doit être confirmée. 5.4 Eu égard à ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir refusé de mettre l'assuré au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

E. 3.4

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

- 16 - examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la

- 17 - réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U

492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

- 18 -

E. 3.5

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

E. 3.6

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

E. 3.6.1

Sur le plan somatique, le Dr K _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie auprès de la CNA, a retenu dans un rapport du 20 juillet 2018, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, que toutes les activités adaptées aux personnes borgnes et qui ne requéraient pas de vision stéréoscopique étaient exigibles à plein temps et sans limites de rendement, qu'en cas de reconversion, une perte de rendement de 10 à 20% était possible pendant un à deux ans et que l'intéressé présentait les limitations suivantes : pas de travaux sur des machines comportant des éléments rotatifs non protégés, pas de travaux sur des terrains accidentés ou sur une chaîne d'assemblage, pas de conduite de poids lourds ni de lourdes machines de chantier, pas d'activité de magasinier (inadaptée en raison de l'utilisation de chariots élévateurs ou de grues), pas de tâches mécaniques de précision, pas d'activités sur des échafaudages et pas de montée supérieure à 1,5 mètres sur une échelle. Sur cette base, l'intimé a estimé, après avoir procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, qu'au plus tard au 21 mars 2019, soit au terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, le degré d'invalidité de l'intéressé s'élevait à 17%. A la lecture du dossier, l'on relèvera que le Dr G _____, chef de clinique à E _____, indiquait, déjà en date du 15 mai 2018, que la perforation oculaire gauche et la lacération cutanée traumatique subies lors de l'accident du 21 mars 2018 avaient eu pour conséquence une perte visuelle complète au niveau de l'œil gauche de l'assuré et qu'aucune amélioration de la vision n'était attendue, seule l'apparition d'un phthisis étant probable. Le 3 juillet suivant, la Dresse J _____, spécialiste FMH en

- 19 - ophtalmologie, a indiqué quant à elle que l'assuré présentait un phthisis sur traumatisme oculaire avec plaie perforante de l'œil gauche et qu'aucune récupération fonctionnelle n'était possible. Ces deux rapports ont été établis par des spécialistes qui ont examiné personnellement l'assuré et ont été dûment transmis au Dr K _____ afin qu'il procède à son évaluation. Par la suite, le 24 décembre 2018, le Dr G _____ a confirmé la perte de fonction de l'œil, avec phthisis consécutif, et retenu qu'aucune amélioration de l'état de santé de son patient n'était à attendre. Quant à la Dresse M _____, médecin traitant de l'assuré, elle a également relevé, dans un rapport du 20 février 2019, soit avant le terme du délai d'attente de l'article 28 alinéa 1 LAI, qu'une amélioration de la capacité de travail de son patient n'était plus possible. Elle a ajouté qu'il souffrait d'un état anxio-dépressif, de céphalées frontales apparaissant 3 à 4 fois par semaine, d'acouphènes bilatéraux de haute fréquence l'empêchant de supporter les ambiances bruyantes, d'une surdité de perception dans les basses fréquences symétriques ainsi que d'une difficulté à supporter sa prothèse oculaire plus de 3h, mais qu'il ne présentait pas d'empêchements dans les activités de la vie quotidienne et qu'il demeurait capable d'exercer de façon régulière un travail adapté, c'est-à-dire uniquement des travaux non physiques, à un taux de 50% maximum, pas plus de 3 heures par jour et en respectant les limitations suivantes : éviter les poussières et les changements de températures et d'humidité, alterner les postures de travail et pas d'ambiance bruyante en raison des acouphènes. Afin d'améliorer le confort lors du port de la prothèse oculaire, une opération chirurgicale, sous la forme d'une éviscération de l'œil gauche, a été proposée à l'assuré par le Dr P _____ le 16 mars 2020, puis à

nouveau le 18 mai suivant, sans que l'intéressé ne donne suite, avant qu'elle ne soit finalement réalisée par le Dr U _____ le 1er septembre 2021. Force est ainsi de constater que les différents spécialistes s'étant prononcé sur le cas du recourant ont tous constaté que sa situation était médicalement stabilisée, seule la question de l'exigibilité dans une activité adaptée demeurant litigieuse. A cet égard, la Cour de céans relève que l'avis du Dr K _____ se fonde sur des examens complets, soit des rapports de spécialistes ayant examiné personnellement l'assuré, à l'instar du Dr G _____, chef de clinique à E _____, et de la Dresse J _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, et que le rapport du Dr K _____ a en outre été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, le dossier de l'intéressé lui ayant été transmis. Il apparaît par ailleurs que les éléments relevés par la Dresse M _____ dans son rapport du 20 février 2019 ne sont pas de nature à remettre l'avis du Dr K _____ en cause, dans la mesure où les céphalées et la surdité ne sont pas en

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

E. 3.6.2

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

E. 3.6.2.1

A l'examen de l'expertise psychiatrique de la Dresse T _____ du 26 octobre 2020, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'experte a repris les différents avis médicaux figurant au dossier, puis a établi une anamnèse complète, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. Elle a ensuite procédé à un

examen clinique complet durant 1h, permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives et dans un délai relativement bref (arrêts 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les références, en particulier l'arrêt 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 dans lequel un examen psychiatrique d'une heure avait été jugé comme suffisant). Enfin, les conclusions de

- 21 - l'experte ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du 26 octobre 2020, pièce OAI 98). A l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'experte psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux requisits jurisprudentiels. Elle a d'abord dûment motivé le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement stabilisé (F43.21), qu'elle a retenu (changement de personnalité depuis la perte de l'œil suite à l'accident, pas de troubles des fonctions cognitives, pas d'idées noires, malgré des menaces émises, score de 6 points sur l'échelle de dépression de Hamilton [symptômes dépressifs légers à partir de 14 points]), puis a relevé que les mesures de traitement étaient en deca des propositions thérapeutiques habituelles pour ce type de diagnostic, ce qui soutenait la non-gravité de la répercussion de ce trouble dans tous les domaines. L'experte a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (hygiène et soins corporels préservés ; capacité de conduire, malgré la perte de l'usage de l'œil gauche ; activités spontanées telles que rendre visite à des amis ou accepter leurs visites ; capacité de s'intégrer dans un groupe, d'en comprendre les règles et de s'y adapter ; capacité d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec autrui ; bonne capacité de s'affirmer et de défendre ses convictions ; capacité d'endurance ; bonnes capacités de jugement et de prise de décision ; capacité de faire usage de compétences spécifiques, de flexibilité et d'adaptation ; capacité de planifier et structurer ses tâches, de s'adapter aux règles et aux routines tel que l'organisation de la présente expertise), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressé ou sa psychiatre traitante. Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'experte a estimé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle, que ce soit dans l'activité habituelle de maçon ou dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé ayant toujours été entière d'un point de vue purement psychiatrique. On rappellera à cet égard les ressources importantes que le recourant a conservées et qui viennent d'être énumérées. Elles lui permettent de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (l'assuré prépare notamment ses repas, s'occupe de ses lessives, se déplace seul en voiture). Quant aux contradictions soulevées par l'assuré dans son écriture de recours, elles ne sauraient être de nature à remettre en cause l'expertise de la Dresse T _____. En effet, s'agissant premièrement de la mémoire du recourant ainsi que de son moral, une

- 22 - lecture attentive de dite expertise permet de constater que les différences relevées par l'intéressé s'expliquent par le fait que l'erreur de date concernant l'accident ainsi que le moral particulièrement bas, la fatigue présente, les idées suicidaires et le syndrome dépressif constituent des plaintes subjectives de l'assuré (cf. p. 11 et 12 du rapport d'expertise, pièce OAI 98), alors que la mémoire des faits anciens jugée précise et plausible de même que l'absence d'idées noires, de fatigue et de tristesse sont des constatations objectives de l'experte (cf. p. 15 et 18 du rapport d'expertise, pièce OAI 98). Or, il s'agit du rôle même d'un expert d'examiner objectivement les assurés et il n'y a rien de surprenant à ce que les constatations objectives d'un expert diffèrent avec les plaintes subjectives de

l'assuré. Le recourant soutient deuxièmement qu'il souffre de troubles du sommeil dus à des douleurs qui entraîneraient des réveils précoces, alors que l'experte a nié l'existence de réveils matinaux précoces. La Cour relève à cet égard que l'experte a retenu, sous la rubrique « fonctions végétatives et autres symptômes d'allure somatoforme », que l'intéressé s'endormait vers 2h du matin et se levait à 7h et qu'il décrivait des nuits difficiles avec des douleurs qui le réveillaient. Elle a par ailleurs nié l'existence de réveils matinaux précoces en tant que critère du syndrome somatique de la dépression (p.12 de l'expertise), ce qui ne saurait être considéré comme contradictoire. Troisièmement, le recourant estime qu'il n'est pas cohérent de retenir qu'il a émis des menaces sans participation « effective » (sic) et qu'il n'a pas de tendance aux explosions émotionnelles. A cet égard, il y a lieu de relever que l'experte a constaté qu'il avait émis des menaces sans participation affective, et non effective, si bien que la seconde constatation prend tout son sens et est parfaitement cohérente avec la première. Enfin, l'intéressé soutient que la CNA a estimé que l'activité de maçon n'était plus exigible, de sorte que la conclusion de l'experte selon laquelle il n'y a pas de limite aux heures de présence de l'assuré dans la dernière activité exercée, soit celle de maçon, se révèle contradictoire. Or, il n'en est rien. En effet, l'experte a bien précisé que la capacité de travail de l'intéressée était entière depuis toujours d'un point de vue purement psychiatrique, alors que l'estimation de l'exigibilité par la CNA était émise d'un point de vue somatique uniquement, puisque tout lien de causalité entre l'événement traumatique et les troubles psychiques a été exclu sur la base des réquisits jurisprudentiels en la matière. Au demeurant, l'experte a précisé dans son rapport d'expertise que le recourant s'était montré particulièrement plaintif lors de l'entretien, ce qui expliquait les incohérences présentes dans ledit rapport (cf. p. 20 du rapport d'expertise du 26 octobre 2020, pièce OAI 98). S'agissant du Dr S _____, il ressort des rapports finaux des 29 octobre et 17 décembre 2020 qu'il a repris de manière minutieuse les différents avis médicaux au - 23 - dossier, renvoyant au besoin à sa précédente prise de position, et qu'il a indiqué que l'expertise de la Dresse T _____ se fondait sur un dossier médical complet, contenait une anamnèse fouillée tenant compte des plaintes du recourant ainsi qu'une description de sa vie quotidienne, de même qu'un examen spécialisé, une discussion des diagnostics expliquant pour quelles raisons les diagnostics de syndrome post-traumatique et de trouble de la personnalité n'avaient pas été retenus, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de cette experte. Il a ainsi considéré qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée dès juillet 2018, sans comorbidité psychiatrique incapacitante.

E. 3.6.2.2

Le recourant se prévaut quant à lui de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse N _____. Celle-ci a attesté, le 26 mars 2020, que l'intéressé présentait les symptômes, respectivement des diagnostics, d'insomnies, de nervosité, d'angoisse, d'anxiété généralisée, de dépression, de syndrome de stress post-traumatique, de perte de concentration, de trouble dépressif majeur avec personnalité émotionnellement labile et de trouble anxieux selon le DSM-5, de sorte que dans l'activité de maçon exercée jusqu'alors par lui, aucune capacité de travail n'était exigible de l'assuré, mais qu'il pouvait travailler deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Le 7 décembre suivant, la Dresse N _____ a ajouté que son patient n'avait plus d'activités de loisirs car il n'avait aucune motivation ni aucun intérêt. Elle a précisé avoir constaté une perte de poids de 21 kilos depuis l'accident et remarqué une fatigue mentale importante ainsi que des épisodes de

lapsus de mémoire. Elle a enfin relevé un fort sentiment de détresse psychique lié à la situation handicapante, avec pour conséquences des difficultés de contrôle émotionnel avec une sensation de tension interne permanente, une perte d'élan vital et une baisse de motivation très importante, précisant que dans cet état il était impossible à l'assuré de reprendre une activité professionnelle, même adaptée. Enfin, le 29 octobre 2021, elle a confirmé que l'assuré présentait toujours des difficultés, notamment psychiques, importantes dues à son accident du 21 mars 2018 et qu'aucune activité n'était exigible de sa part. L'avis de ce médecin traitant est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'experte psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. supra consid. 3.6.2.1) que l'expertise psychiatrique respectait en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiait d'une pleine valeur probante. Or, il ne se justifie de s'écarter d'une expertise que si celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents aient été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise

- 24 - médicale. Ainsi, à lui seul, l'avis de la Dresse N _____ ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de la Dresse T _____, reprises par le Dr S _____ du SMR. A cela s'ajoute que les éléments mis en évidence par la Dresse N _____ ont bien été pris en compte par l'experte, qui a expliqué pour quelles raisons elle ne retenait ni le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ni celui d'épisode dépressif, même léger, à savoir d'une part car le résultat du test d'Hamilton s'élevait à 6, alors qu'un score de 14 minimum était nécessaire pour retenir des symptômes dépressifs légers, et d'autre part car la médication de l'intéressé était en deca de la norme pour les pathologies décrites par sa psychiatre traitante. Enfin, l'avis de la Dresse W _____, médecin psychiatre ayant repris le suivi de la Dresse N _____, ne suffit pas non plus à remettre en cause les avis des Drs T _____ et S _____, dans la mesure où elle n'a relevé aucun élément médical différenciant de l'avis de la Dresse N _____. Dans ces circonstances, l'analyse opérée par les Drs T _____ et S _____ n'apparaît aucunement critiquable et on peut donc effectivement considérer que dès le 20 juillet 2018, mais au plus tard dès le 21 mars 2019, soit au terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 3.6.3

Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR et de l'expertise de la Dresse T _____, ni celle de l'avis du Dr K _____. Le dossier est en outre suffisamment complet et les faits sont établis à satisfaction, de sorte qu'il n'y a pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Pour les mêmes raisons, l'édition, par Inclusion Handicap, des 300 signalements émis par ses assurés contre les évaluations de certains experts ainsi que l'édition, par le Département fédéral de la santé, de l'enquête interne et de l'analyse externe des activités d'expertise des offices AI ne se justifie pas. Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser au recourant tout droit à une rente d'invalidité. 4. Dans un deuxième grief, le recourant soutient que le taux d'abattement du salaire statistique retenu, soit 10%, est insuffisant et ne tient pas compte de la situation actuelle sur le marché du travail pour les professions non qualifiées, ni des conséquences de l'accident sur ses possibilités concrètes de retrouver un emploi, ni de son absence d'expérience dans un autre domaine que la maçonnerie. Il se prévaut par ailleurs du

fait que la CNA, dans sa décision du 12 février 2020, avait retenu une diminution de la capacité de gain de 20%.

- 25 - 4.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). 4.1.1 Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid.

E. 6

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

E. 6.1

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

E. 6.2

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 _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 15 mars 2023

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