

VS_GERICHTE S1 23 19 vom 14. Oktober 2024

VS Kantonsgericht, 2024-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_19

FR: VS_GERICHTE S1 23 19 du 14 octobre 2024

IT: VS_GERICHTE S1 23 19 del 14 ottobre 2024

Regeste

S1 23 19 ARRÊT DU 14 OCTOBRE 2024 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 _____, recourant, représenté par Maître Olivier Carré, avocat, Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 16 LPGA, art. 17 LAI et 28 aLAI ; refus de prestations AI, capacité de travail dans une activité adaptée, degré d'invalidité)

Erwägungen

E. 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.

- 9 -

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (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 30 janvier 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 13 décembre 2022 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al.

E. 1.2

La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3, 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_505/2024 du 26 juin 2024 consid. 2.2 et 8C_435/2023 du 27 mai 2024 consid. 4.2 [destiné à la publication]). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au

31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021. Le droit potentiel à une rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2022 doit pour sa part être examiné selon les nouvelles dispositions

E. 2

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer des prestations AI au recourant. Ce dernier remet en cause la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée, ainsi que son taux d'invalidité.

E. 2.1

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 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

- 10 - aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 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 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans

recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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

- 11 - 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).

E. 2.2

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 (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1 et 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

- 12 - 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 pas

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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

E. 2.3

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 du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les 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

En l'occurrence, en se basant sur l'avis du SMR, l'intimé a retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible du recourant entre le 30 juillet 2019 et le 10 novembre 2021, puis dès les 3 mars 2022.

E. 3.1

L'analyse du SMR est exempte de critique. On note premièrement qu'au niveau ostéo-articulaire, la situation était stabilisée depuis l'arthroscopie réalisée par le

- 13 - Dr D _____ et son dernier examen du 30 juillet 2019 (cf. rapport final du 14 juillet 2020 du SMR ; pièce OAI 78). L'atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a ainsi justifié des limitations fonctionnelles, laissant subsister toute sorte d'activités légères ne sollicitant pas ce membre. La réadaptation effectuée dans le domaine de la petite mécanique a ensuite démontré que le recourant était en mesure de reprendre un emploi adapté à ses handicaps. Par ailleurs, l'expertise réalisée par le Dr L _____ dans le cadre de la procédure menée par la CNA avait uniquement pour finalité de déterminer l'origine dégénérative ou traumatique des troubles de l'intéressé au niveau de son épaule droite. Ces atteintes étant stabilisées et prises en considération dans la définition d'une activité adaptée, l'intimé n'avait aucune raison d'attendre les résultats de l'expertise du Dr L _____. Sur le plan psychique, un suivi avait été instauré auprès du Dr G _____ pour une symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle à une situation sociale et somatique difficile (F43.21). Sur la base des rapports de ce psychiatre, on constate que la situation s'était améliorée déjà en 2020 et qu'elle ne justifiait pas une diminution de la capacité de

travail du recourant, notamment en raison du fait qu'elle était réactionnelle au litige l'opposant à la CNA ainsi qu'à sa situation financière précaire, soit des facteurs étrangers à la définition de l'invalidité. Le Dr G _____ avait en outre mis en place une médication légère, suggérait une reprise d'activité et relevait que son suivi n'était pas régulier, son patient ne l'ayant pas consulté durant trois mois en raison d'un voyage au Portugal et de la pandémie de Covid-19 (cf. pièces OAI 52 et 72). Le SMR a en outre soumis ces troubles psychiques aux indicateurs jurisprudentiels pour conclure qu'ils ne présentaient aucun caractère de gravité (cf. rapport final du 14 juillet 2020 ; pièce OAI 78). Le 29 novembre 2021, le Dr G _____ a confirmé qu'une activité pouvait être reprise à temps plein après un temps d'adaptation de 50% (cf. pièce OAI 172), ce qui avait déjà été démontré par la mesure de réinsertion que l'intéressé a pu suivre à temps complet. Par la suite, les affections psychiques n'ont plus été au premier plan et le recourant n'a produit aucun avis médical faisant état d'une détérioration de sa santé psychique. Aucune diminution de la capacité de travail n'est par conséquent justifiée pour un motif psychiatrique.

E. 3.2

La principale atteinte affectant le recourant est d'ordre vasculaire. En effet, une fois ses troubles à l'épaule droite stabilisés, il a réussi à se réadapter dans une activité de la petite mécanique à travers plusieurs stages à plein temps du 1er mars 2021 au 9 février 2022 (avec une courte interruption en novembre 2021). A cette occasion, son attitude volontaire et intéressée a été mise en avant (cf. rapport final du 18 juin 2021 de la

- 14 - Fondation St-Hubert ; pièce OAI 143). En faisant preuve de motivation et d'implication, il a dès lors été capable de répondre aux exigences professionnelles d'un ouvrier de production sans être gêné par ses limitations fonctionnelles (cf. rapport de formation pratique du 5 novembre 2021 ; pièce OAI 159). Lors de son second stage, commencé le 4 octobre 2021 auprès d'une entreprise de mécanique à M _____, les objectifs visant à s'intégrer dans l'entreprise et à répondre aux exigences du marché de l'emploi, ont été atteints (avec des performances évaluées à 70-80%). Cette mesure a cependant été interrompue en raison des complications survenues au niveau de sa jambe gauche (cf. rapport de job coaching du 10 mars 2022 ; pièce OAI 187). Les problèmes liés à la claudication du membre inférieur gauche ont pu être traités par les différentes interventions chirurgicales, le SMR retenant qu'une bonne revascularisation avait été retrouvée au début du mois de mars 2022 (cf. avis du 31 mai 2022 ; pièce OAI 199). La lettre de sortie du 22 février 2022 de l'Hôpital de Sion fait d'ailleurs état d'une évolution favorable avec un pontage prothétique perméable et un index de pression systolique augmenté (cf. pièce OAI 197). Ces troubles n'ont dès lors pas d'influence durable sur la capacité de travail du recourant et ont uniquement provoqué des arrêts de travail temporaires. De la même manière, les nouvelles opérations subies en décembre 2022 et janvier 2023, outre une brève incapacité de travail, n'ont pas entraîné de limitations supplémentaires restreignant durablement le recourant dans sa capacité à reprendre un emploi. Le Dr J _____ a au demeurant indiqué que l'évolution avait été favorable et qu'il n'existait aucune limitation sur le plan angiologique (cf. pièce OAI 222). Du reste, les différents suivis préconisés par ce médecin (angiologique, gastroscopique, cardiologique et pneumologique) ne justifient en l'état pas une diminution de la capacité de travail ; il n'a d'ailleurs émis aucun arrêt de travail y relatif. La Dresse H _____ était par conséquent fondée à retenir que ces nouvelles hospitalisations n'avaient apporté aucun élément médical nouveau susceptible d'influer sur le droit à des prestations AI (cf. avis du 11 avril 2023).

L'avis contraire du Dr E _____ est insuffisant pour remettre en question l'appréciation du SMR et semble être influencé par le lien particulier qui le lie à son patient. On note d'ailleurs que le 14 avril 2022, soit après les interventions vasculaires, ce médecin traitant attestait pour l'assurance-chômage une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et légère telle que définie par le SMR (cf. pièce OAI 249, p. 1033).

E. 3.3

Enfin, au niveau neurologique, un examen du 27 mai 2021 auprès du Dr I _____ a mis en évidence un discrète radiculopathie L5 bilatérale d'allure

- 15 - chronique, ce médecin précisant qu'il s'agissait d'une atteinte mixte à la fois vasculaire et neurogène (pièce OAI 205, p. 500). Le 16 décembre 2021, un contrôle a également montré que le recourant ressentait encore des lombalgies et des douleurs au niveau des hanches qui limitaient son champ de déplacement (pièce OAI 198). Aucun élément au dossier ne permet cependant d'affirmer que la problématique neurologique se serait par la suite détériorée et qu'elle ne permettrait pas la reprise d'une activité adaptée, ne nécessitant notamment pas de déplacements. Une consultation spécialisée n'a en effet pas eu lieu par la suite, les troubles affectant le recourant étant principalement d'origine vasculaire. Lors de son hospitalisation en juillet 2022, un diagnostic neurologique n'a ainsi pas été retenu, le canal lombaire étroit L3-L5 ayant été noté sous « antécédents », et aucun suivi y relatif n'a été indiqué (pièce OAI 222). L'aspect neurologique a par ailleurs été pris en considération par le SMR qui a retenu qu'il n'entraînait pas de nouvelle limitation fonctionnelle et autorisait l'intéressé à effectuer des tâches simples et routinières, à l'instar de ce qu'il avait fait dans le domaine de la petite mécanique (cf. avis du 31 mai 2022 ; pièce OAI 199). En l'absence d'élément contraire, il convient de confirmer cette analyse.

E. 3.4

Dans ces circonstances, l'OAI pouvait valablement se fonder sur l'avis du SMR et retenir qu'une pleine capacité de travail était exigible du recourant dans une activité adaptée du 30 juillet 2019 au 10 novembre 2021, puis dès le 3 mars 2022.

E. 4

Dans un second grief, le recourant remet en cause son taux d'invalidité.

E. 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, art. 28a al. 1 aLAI et 25 aRAI). 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).

E. 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 du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce

point, sur les renseignements communiqués par

- 16 - l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 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 et 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Lorsque le revenu avant l'atteinte à la santé a été soumis à des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a lieu de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2, 9C_771/2017 du 29 mai 2018 consid. 3.6.1 et 9C_979/2012 du 26 mars 2013 consid. 4).

E. 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 n'a pas repris d'activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé 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 ; ATF 148 V 174, 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3 et 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2). 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).

E. 4.2

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

- 17 - données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêts du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 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. 4.3

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 une déduction maximale de 25% pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 5, 129 V 472 consid. 4.2.3 et 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 et 126 V 75 consid. 6).

E. 4.4

Dans le cas d'espèce, le recourant conteste la détermination de son taux d'invalidité en se référant essentiellement à sa contestation du 4 juillet 2022.

E. 4.4.1

Premièrement s'agissant du revenu sans invalidité, on note que selon les fiches de salaires fournies par l'ancien employeur du recourant, le salaire annuel brut obtenu

- 18 - par ce dernier dans son activité de maçon-guniteur variait fortement d'une année à une autre (43'156 fr. en 2014, 99'327 fr. en 2015, 65'853 fr. en 2016, 85'456 fr. en 2017 et 103'551 fr. en 2018 ; pièces OAI 10 et 205). Pour l'année 2018, le certificat de salaire indique par ailleurs un revenu inférieur de 93'088 fr. 55 (pièce OAI 205, p. 490). Ces indications divergent également d'avec les données ressortant de l'extrait du compte individuel de l'intéressé (39'435 fr. en 2014, 89'769 fr. en 2015, 71'349 fr. en 2016, 92'997 fr. en 2017 et 82'541 fr. en 2018 ; pièce OAI 207). Dans sa décision litigieuse, l'intimé s'est fondé sur les renseignements donnés par l'ancien employeur du recourant et le salaire horaire brut obtenu (32 fr.), compte tenu de l'horaire annuel fixé dans la convention collective de la construction (soit 2174 heures) et majoré de la part du 13ème salaire, pour aboutir à un revenu sans invalidité de 75'342 fr. 15 pour l'année 2018. Il a ensuite adapté ce montant à l'évolution nominale des salaires en 2019 pour aboutir à un revenu sans invalidité de 76'068 francs. L'intimé s'est à juste titre référé aux indications fournies par l'ancien employeur du recourant pour établir le plus concrètement possible le revenu sans invalidité qu'il aurait perçu avant l'atteinte, en l'adaptant toutefois à l'évolution vraisemblable jusqu'au moment de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il a en outre justement relevé que les indemnités de chômage n'avaient pas à être prises en considération dans la détermination du revenu sans invalidité (art. 25 al. 1 let. b RAI). Au vu des importantes fluctuations dans les revenus qu'obtenait le recourant, seule la prise en compte des salaires réalisés pendant une longue période - soit sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années - permet de pondérer les facteurs variables de la rétribution dans le temps et de refléter sa situation économique concrète (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_689/2018 du 8 février 2019 consid. 6.2.2). En établissant une moyenne des revenus obtenus entre 2015 et 2018 par le recourant (ce dernier n'ayant commencé son emploi qu'en septembre 2014), sur la base des chiffres contenus dans le relevé de compte individuel et sans tenir compte des indemnités de chômage, son salaire moyen se monte à 76'079 fr. 50 (= [89'769 + 55'522 + 77'909 + 81'118] / 4). Les revenus inscrits aux comptes individuels sont en effet présumés correspondre aux gains effectivement réalisés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2017 précité consid. 3.6.2) et aucun élément du dossier ne permet de renverser cette présomption. Du reste, on note que les fiches de salaires de l'ancien employeur du recourant comprennent des prestations exclues du revenu sans invalidité (art. 25 al. 1 let. a et b RAI), expliquant la différence avec les montants ressortant du compte individuel.

- 19 - Par conséquent, après ajustement à l'augmentation nominale des salaires en 2019 (0.9% selon l'Office fédéral de la statistique), le revenu sans invalidité du recourant se montait en 2019 à 76'764 fr. 20 (= 76'079 fr. 50 x [100.9/100]).

E. 4.4.2

Le recourant remet également en cause son revenu d'invalidé, plus particulièrement l'abattement de 10% opéré sur celui-ci avant sa réadaptation. A son avis, sa situation personnelle justifiait la déduction maximale de 25%. Il ne démontre cependant pas dans quelle mesure son profil entraînerait un désavantage sur ses perspectives salariales par rapport à un travailleur en bonne santé à un point tel que cela justifierait un abattement de 25%. Le taux retenu à 10% par l'OAI pour la période du 30 juillet 2019 au 2 mars 2022, dans le cadre de sa marge d'appréciation, tient par ailleurs suffisamment compte des circonstances d'espèce et particulièrement des limitations fonctionnelles du recourant. Durant cette période, ni son âge, ni son absence de formation ou d'expérience professionnelle, ni encore sa nationalité étrangère ne justifiaient en effet un abattement dans le cadre d'une activité légère et simple du niveau de compétence 1 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2, 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_415/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.3). Par conséquent, le taux d'abattement de 10% n'est pas remis en cause par des éléments suffisamment pertinents. Le revenu d'invalidé de 61'538 fr. 90 a dès lors été déterminé conformément au système légal et à la jurisprudence y relative. Durant cette période, le taux d'invalidité du recourant se monte ainsi à 20% (perte de gain de 15'225 fr. 30 [76'764 fr. 20 – 61'538 fr. 90]). Par la suite, il a bénéficié d'une mesure de reclassement dans le domaine de la petite mécanique, raison pour laquelle l'intimé pouvait se baser sur le revenu pouvant être obtenu dans ce métier (Genre d'activité 28 selon la nomenclature générale des activités économiques [NOGA] de l'OFS). Cette activité étant adaptée à ses limitations fonctionnelles, un abattement à ce titre ne se justifie plus. En outre, ayant acquis une formation et une certaine expérience dans ce domaine, rien n'indique qu'il serait prétérité dans ses perspectives salariales dans un tel emploi. L'intimé n'a dès lors plus retenu d'abattement sur le revenu d'invalidé du recourant, dès le 3 mars 2022. On relève cependant que le rapport de job-coaching du 10 mars 2022, retenant que les objectifs avaient été atteints malgré une interruption de travail pour des complications au niveau de l'artère de la jambe gauche, a indiqué que les performances du recourant avaient été évaluées entre 70 et 80% lorsqu'il était présent à l'atelier (pièce OAI 187). Cela étant, même en retenant une diminution du rendement de l'ordre de 30% (ce qui n'est pas attesté médicalement), le taux d'invalidité minimal de 40% pour ouvrir le droit à une rente

- 20 - d'invalidité ne serait de toute manière pas atteint (perte de gain de 25'580 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 32%).

E. 4.4.3

Au vu des éléments qui précèdent, le recourant ne présente pas la perte de gain nécessaire pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Son recours du 30 janvier 2023 est dans ces conditions rejeté. 5. 5.1. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires, dont le montant, fixé en fonction de la charge liée à la procédure, oscille entre 200 et 1000 francs (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). 5.2. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g a contrario LPGA), ni à l'intimé, lequel agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

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 14 octobre 2024.

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 du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

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