

S1 24 102

**ARRÊT DU 20 NOVEMBRE 2025**

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;  
Anaïs Mottiez, greffière

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par le Dr C \_\_\_\_\_

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17, 18 et 28 LAI ; valeur probante d'une expertise psychiatrique)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né en 1988, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de conducteur de poids lourds obtenu en 2010. Il a travaillé en cette qualité durant quelques années, avant de perdre son permis de conduire et d'exercer diverses activités. Le 6 mai 2022, il a été engagé en tant que poseur de panneaux solaires à 100 % auprès de A \_\_\_\_\_ SA, à B \_\_\_\_\_ (pièce OAI 3, p. 3 ss).

**B.** Le 22 juillet 2022, le prénommé a, sur conseil de son psychiatre traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, pris contact avec l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), afin d'obtenir de l'aide. L'intéressé a donc déposé au mois d'août suivant une demande de prestations AI dans laquelle il a indiqué qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 27 juin 2022 en raison de crises d'angoisse et de rapports conflictuels avec ses collègues (pièces OAI 2, p. 2, et 3, p. 3 ss).

Le 6 septembre 2022, le Dr C \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble affectif bipolaire (F31.4), épisode actuel de dépression sévère, ainsi que de phobies sociales (F40.1) et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de personnalité dyssociale (F60.2). Ce médecin a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans n'importe quelle activité, mais que le pronostic de réadaptation était bon dans la mesure où celui-ci coopérait aux soins et suivait bien son traitement (pièce OAI 11, p. 22 ss).

Dans un rapport d'expertise du 20 avril 2023, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'assureur perte de gain maladie de l'intéressé, a retenu le diagnostic incapacitant de trouble modéré de la personnalité (6D10.1) depuis le début de l'âge adulte, avec des éléments dyssociaux et émotionnellement labile de type impulsif, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel bénin (6A71.0), de dépendance à l'alcool (6C40.2) et de dépendance au cannabis (6C41.2). Ce spécialiste a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la personnalité (très faible tolérance à la frustration, comportements explosifs, impulsivité et sentiment de dévalorisation, ce qui compliquait les interactions sociales) et a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 80 % (baisse de rendement de 20 % par rapport à un plein temps en raison de la difficulté à maintenir durablement un emploi) dans l'activité habituelle de poseur de panneaux solaires (pièce OAI 73, p. 218 ss).

Le 15 mai 2023, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de son patient était bonne depuis son dernier rapport du 6 septembre 2022 et que celui-ci ne supportait pas les activités dans lesquelles il était en contact avec des collègues, car les relations dégénéraient rapidement et entraînaient des conflits. Le 31 mai suivant, le Dr C \_\_\_\_\_ s'est opposé aux conclusions du Dr D \_\_\_\_\_ et a réaffirmé le diagnostic de trouble affectif bipolaire alternant des phases maniaques et des phases dépressives de type mélancolique avec des troubles phobiques associés. Il a ajouté qu'en l'absence de traitement, son patient avait eu recours à l'alcool et au cannabis pour apaiser ses bouffées d'angoisse, mais que depuis l'introduction d'un traitement à base d'antidépresseurs et de thymorégulateurs associé à des séances de psychothérapie de type TCC (thérapie cognitivo-comportementale), il avait retrouvé un état psychique stabilisé et arrêté la consommation de ces toxiques. Le Dr C \_\_\_\_\_ a précisé que l'intéressé s'était senti mal compris par l'expert psychiatre, ce qui avait conduit à un état d'agitation grave avec passage à l'acte ayant nécessité l'intervention des forces de l'ordre et une hospitalisation aux urgences de E \_\_\_\_\_ le 30 mai 2023 (pièces OAI 28, p. 62 ss, 30, p. 65, et 32, p. 68 s.).

Dans un rapport complémentaire du 24 juillet 2023, le Dr D \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait présenté une crise clastique au moment où il devait reprendre son activité professionnelle, que, selon son appréciation, cela s'inscrivait dans le cadre de son trouble de la personnalité avec une faible tolérance à la frustration, alors que selon le psychiatre traitant, l'intéressé avait interrompu le traitement médicamenteux et consommé de l'alcool, et qu'il s'agissait d'une décompensation psychique probablement brève mais que le Dr C \_\_\_\_\_ n'envisageait pas de reprise du travail avant plusieurs mois. Au vu des divergences avec l'avis du psychiatre traitant, le Dr D \_\_\_\_\_ a proposé la réalisation d'une nouvelle expertise (pièce OAI 74, p. 242 s.).

Le 4 septembre 2023, la Dresse F \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, a indiqué souhaiter s'associer à la nouvelle expertise mandatée par l'assureur perte de gain maladie de l'assuré et a transmis une liste de questions à cet effet (pièce OAI 36, p. 80 ss).

Dans un rapport d'expertise du 17 novembre 2023, la Dresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) ainsi que le diagnostic non incapacitant d'utilisation nocive pour la santé de cannabis. Elle a retenu l'existence de possibles limitations fonctionnelles en lien avec les traits de personnalité, à savoir une intolérance à la

frustration, d'éventuels comportements agressifs ou explosifs ainsi qu'une certaine impulsivité expliquant que l'intéressé vive de manière isolée. La Dresse G \_\_\_\_\_ a estimé que, dans l'activité habituelle de poseur de panneaux solaires, la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 20 octobre 2023, jour de l'examen, une baisse de rendement de 20 % étant possiblement présente initialement. Elle a ajouté qu'au vu des résultats de l'analyse biologique, il n'était pas possible de se prononcer en faveur d'une bonne adhésion au traitement médicamenteux chez l'intéressé (pièce OAI 78, p. 253 ss).

Dans un rapport final du 9 janvier 2024, la Dresse F \_\_\_\_\_ a relevé que l'expertise de la Dresse G \_\_\_\_\_ remplissait les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante, que cette spécialiste aboutissait aux mêmes conclusions que le Dr D \_\_\_\_\_, que l'observance médicamenteuse était mauvaise et que les plaintes de l'assuré étaient nombreuses mais paraissaient peu crédibles. Après avoir procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels de gravité, la Dresse F \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans toute activité depuis le 27 juin 2022, puis avait augmenté à 80 % (baisse de rendement de 20 % pour un taux horaire de 100%) dès le 20 avril 2023 et enfin à 100 %, sans baisse de rendement, dès le 20 octobre 2023, et ce dans l'activité habituelle de poseur de panneaux solaires (pièce OAI 42, p. 90 ss).

Par projet de décision du 10 janvier 2024, l'OAI a refusé tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité) à l'assuré, motif pris qu'il présentait une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20 % dès le 20 avril 2023, puis avec un rendement normal dès le 20 octobre suivant, dans son activité habituelle de poseur de panneaux solaires, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 20 % à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 27 juin 2023, puis à 0 % dès le 20 octobre suivant, soit des taux inférieurs à 40 % et ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Quant à la mise en place de mesures d'ordre professionnel, elle ne se justifiait pas dès lors que l'intéressé était en mesure de reprendre son activité habituelle ou tout autre activité de son choix (pièce OAI 43, p. 95 ss).

Le 20 février 2024, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions de l'expert. Il a réaffirmé le diagnostic de troubles affectifs bipolaires sans symptômes psychotiques associés à un trouble grave de personnalité (borderline de type impulsif) et a relevé que l'état de son patient était stationnaire en raison de sa résistance aux médicaments et à la sérénité des phases bipolaires dont il souffrait

toujours, ce qui ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle (pièce OAI 51, p. 112).

Le 4 mars 2024, la Dresse F \_\_\_\_\_ a estimé que le Dr C \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical complémentaire, se contentant d'avancer toujours les mêmes diagnostics sans argumentation clinique et anamnestique, contrairement à la Dresse G \_\_\_\_\_, qui avait expliqué pour quelle raison elle avait retenu le diagnostic de trouble de la personnalité mixte. La Dresse F \_\_\_\_\_ a ajouté que le Dr C \_\_\_\_\_ évoquait une résistance au traitement, alors que les tests de laboratoire effectués par l'experte avaient montré une mauvaise observance, et a maintenu ses conclusions (pièce OAI 53, p. 116 ss).

Par décision du 29 avril 2024, l'OAI a confirmé son projet du 10 janvier précédent et refusé tout droit à des prestations AI à l'assuré (pièce OAI 60, p. 125 ss).

**C.** Le 31 mai 2024, le Dr C \_\_\_\_\_ a recouru auprès de l'OAI à l'encontre de la décision du 29 avril précédent, indiquant qu'en 2014, son patient avait été exclu de l'armée en raison de son comportement, qu'il avait alors été adressé au Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui avait retenu le diagnostic de personnalité dyssociale rendant l'intéressé inapte au service militaire, qu'au vu de ces informations, il retenait les diagnostics de trouble grave de la personnalité dyssociale (F60.2) ainsi que de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30). S'agissant du trouble affectif bipolaire, le Dr C \_\_\_\_\_ a noté que son évolution « en dents de scie » était irrégulière, ce qui expliquait que le status décrit par les experts pendant que l'intéressé était en rémission n'avait pas permis de trouver des éléments étayant son diagnostic. A la demande de l'OAI, le Dr C \_\_\_\_\_ a confirmé en date du 18 juin 2024 que son rapport du 31 mai précédent faisait office de recours, selon procuration de l'assuré en sa faveur. L'OAI a transmis ces écritures cées le 25 juin 2024, comme objet de la compétence du Tribunal.

Dans sa réponse du 30 juillet 2024, l'OAI a relevé, sur la base d'un avis du SMR du 15 juillet précédent, que le diagnostic retenu par le Dr H \_\_\_\_\_ était similaire à celui posé par les Drs D \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ et que les comportements excessifs du recourant s'inscrivaient dans le cadre du trouble de personnalité diagnostiqué. L'OAI a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 13 septembre 2024, le Dr C \_\_\_\_\_ a signalé que l'état psychique de son patient se péjorait, avec une instabilité de l'humeur et une humeur mixte très fluctuante et changeante passant, d'une part, de l'hyperthymie à l'hypothymie et, d'autre part, de la

manie (logorrhée, tachypsychie, comportements à risque, agressivité verbale, contrôle émotionnel déficitaire) à la dépression (anhédonie bien marquée, ralentissement psychomoteur et idéations suicidaires) et que cette instabilité était résistante au traitement.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2024, l'OAI, se fondant sur un rapport du SMR du 24 septembre précédent, a relevé qu'il ressortait du dernier rapport du Dr C \_\_\_\_\_ qu'aucun diagnostic ni aucune prise en charge n'étaient mentionnés, malgré le fait que ce médecin évoquait une certaine dangerosité et une résistance au traitement, et que le recourant avait bénéficié de trois expertises, dont la dernière en 2023, exhaustives dans leur argumentation et dont les conclusions étaient claires, de sorte qu'il maintenait sa position.

L'institution de prévoyance professionnelle du recourant ne s'étant pas déterminée, l'échange d'écritures a été clos le 6 novembre 2024.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Daté du 31 mai 2024, reçu par l'OAI le 10 juin suivant, confirmé le 18 juin 2024 par le Dr C \_\_\_\_\_, au bénéfice d'une procuration du recourant en sa faveur, puis adressé par l'OAI au Tribunal de céans le 25 juin 2024, le présent recours à l'encontre de la décision du 29 avril 2024 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et transmis à la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56 et 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.**

**2.1** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, rente d'invalidité) au recourant.

**2.2** 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, il 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, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (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).

**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-11 ou le DSM-V (voir 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 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

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

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

**2.5** 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 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 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).

### **3.**

**3.1** Dans le cas d'espèce, l'OAI s'est fondé sur les avis respectifs du Dr D \_\_\_\_\_ et de la Dresse G \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail, d'abord avec une baisse de rendement de 20 % dès le 20 avril 2023, puis avec un plein rendement dès le 20 octobre suivant, dans son activité habituelle de poseur de panneaux solaires. L'assuré conteste quant à lui les conclusions de ces experts sur la base de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, celui-ci estimant que la capacité de travail de son patient serait nulle.

**3.2** A la lecture de l'expertise du 20 avril 2023 du Dr D \_\_\_\_\_ et de celle du 17 novembre suivant de la Dresse G \_\_\_\_\_, force est de constater que celles-ci répondent entièrement aux conditions jurisprudentielles pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, les experts se sont fondés sur l'ensemble des différents avis médicaux relatifs à l'assuré, notamment sur les rapports du Dr C \_\_\_\_\_, puis ont établi une anamnèse fournie, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. Ils ont ensuite chacun procédé à un examen clinique complet, permettant d'arrêter des diagnostics – similaires, soit un trouble modéré de la personnalité pour le Dr D \_\_\_\_\_ et des troubles mixtes de la personnalité selon la Dresse G \_\_\_\_\_ – sur la base de constatations objectives. Enfin, les conclusions des experts – également concordantes (pleine capacité de travail, avec baisse de rendement de 20 %, dès le 20 avril 2023 dans l'activité habituelle pour le Dr D \_\_\_\_\_ et pleine capacité de travail avec rendement normal dès le 20 octobre suivant dans l'activité habituelle pour la Dresse G \_\_\_\_\_, étant précisé qu'une baisse de rendement de 20 % était possible antérieurement) – ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du Dr D \_\_\_\_\_, pièce OAI 73, p. 218 ss, et expertise de la Dresse G \_\_\_\_\_, pièce OAI 78, p. 253 ss).

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 les experts psychiatres ont analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Le Dr D \_\_\_\_\_ a d'abord dûment motivé le diagnostic incapacitant qu'il a retenu (assuré méfiant et interprétatif, impulsivité importante qui a tendance à s'atténuer, agressivité verbale, fluctuations de l'humeur qui diminuent avec la prise du traitement médicamenteux, comportements parfois explosifs, intéressé susceptible, rancunier, facilement contrarié et sensible à l'irrespect). L'expert a de plus expliqué que l'anamnèse détaillée n'avait retrouvé aucun symptôme d'une affection bipolaire ni d'éléments de phobie sociale, mais principalement des problèmes dans les interactions sociales avec une tendance à se sentir mal jugé qui rentrait plutôt dans le cadre d'une certaine interprétativité et d'une méfiance. Le Dr D \_\_\_\_\_ a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (pas de limitations dans les tâches quotidiennes, capacité à se montrer actif, notamment dans une activité de mécanicien, capacité à porter des jugements ou prendre des décisions, activités spontanées et proactivité, notamment bricolage dans son atelier, capacité à s'affirmer même si l'assuré s'énerve vite, capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge, mobilité et capacité de déplacement), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressé. S'agissant de la Dresse G \_\_\_\_\_, elle a également dûment

motivé le diagnostic incapacitant qu'elle a retenu (corrélation clinique avec l'expertise effectuée par le Dr D \_\_\_\_\_ qui concluait à un trouble modéré de la personnalité avec des éléments dyssociaux et émotionnellement labile de type impulsif, personnalité opposante depuis l'adolescence se manifestant par un rapport d'autorité difficile, besoin de liberté, et assuré ne supportant pas les gens, ce qui ne suggérerait pas une phobie sociale, mais un trouble de la personnalité). La Dresse G \_\_\_\_\_ a ensuite expliqué pour quelles raisons elle ne retenait pas non plus le diagnostic de troubles affectifs bipolaires (pas d'hallucinations ni d'idées de persécution, pas de voyages pathologiques, pas d'épisode hypomaniaque ou maniaque documenté, pas de notion d'épisode dépressif sévère ni de changements d'humeur épisodiques ou saisonniers, pas d'argument en faveur d'une personnalité avec un fonctionnement affectif et émotionnel, souvent sous-jacent à un trouble affectif bipolaire). L'experte a enfin souligné que l'assuré présentait de nombreuses ressources, qui s'avèrent identiques à celles relevées par le Dr D \_\_\_\_\_.

Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que le Dr D \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle de poseur de panneaux solaires était adaptée, les limitations fonctionnelles étant exclusivement en lien avec le trouble de la personnalité (très faible tolérance à la frustration, comportements explosifs, impulsivité et sentiments de dévalorisation compliquant les interactions sociales). Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, énumérées ci-dessus, et permettant au recourant de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (sort boire le café dans un établissement public, bricole dans son atelier, s'occupe de vidanges de voitures et du remplacement de certaines pièces, promenades, capacité à se préparer les repas, capacité à employer les transports publics, capacité à entretenir son intérieur et assumer ses tâches administratives). Quant à la Dresse G \_\_\_\_\_, elle a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans n'importe quelle activité, même si des limitations fonctionnelles étaient possiblement en lien avec les traits de personnalité marqués par une intolérance possible à la frustration, d'éventuels comportements agressifs ou explosifs et une certaine impulsivité expliquant que l'intéressé vive de manière isolée. Elle a en outre relevé que les examens biologiques avaient montré un mauvais suivi médicamenteux par l'intéressé, contrairement à ce que le Dr C \_\_\_\_\_ avait indiqué dans son rapport du 6 septembre 2022. A l'instar du Dr D \_\_\_\_\_, la Dresse G \_\_\_\_\_ a néanmoins retenu de nombreuses ressources conservées par l'intéressé, telles qu'énumérées ci-dessus.

**3.3** Le recourant se prévaut quant à lui de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, estimant que son patient présentait, initialement, des troubles affectifs bipolaires ainsi que des phobies sociales rendant sa capacité de travail nulle puis, selon son rapport du 31 mai 2024, un trouble grave de la personnalité dyssociale et une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, sans précision de leur incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

L'avis de ce médecin traitant est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions des experts psychiatres. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.2) que les expertises psychiatriques – concordantes – du Dr D \_\_\_\_\_ et de la Dresse G \_\_\_\_\_ respectaient en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiaient 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 ont été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Ainsi, l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, dont les diagnostics incapacitants de troubles affectifs bipolaires et de phobies sociales ont été écartés de manière dûment motivée par les experts ne suffit pas à remettre en cause l'avis de ces derniers. La Cour rappelle en outre à cet égard que selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. *supra* consid. 2.4), ces derniers ont tendance à se prononcer en cas de doute plutôt en faveur de leurs patients et que leurs rapports n'aboutissent généralement pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, de sorte qu'ils ne sauraient à eux seuls prévaloir. Enfin, la Cour constate que le rapport du Dr H \_\_\_\_\_ n'est d'aucun secours au recourant, dès lors qu'il date de 2014 et ne se prononce par conséquent aucunement sur sa capacité de travail à la date du dépôt de la demande AI et au-delà.

Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant dans le cadre de sa réplique, il appert qu'elle est postérieure à la décision litigieuse. Or, 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 devant 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). Partant, si l'aggravation alléguée devait conduire à une incapacité de travail de longue durée – ce que le recourant ne soutient pas dans sa réplique – il lui est possible de déposer une nouvelle demande de prestations AI.

**3.4** Vu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante des expertises du Dr D \_\_\_\_\_ et de la Dresse G \_\_\_\_\_, dont les conclusions concordent. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve (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). Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser au recourant tout droit à une rente d'invalidité. L'activité habituelle de l'assuré demeurant exigible, il n'a au surplus pas droit à des mesures de réadaptation.

**4.**

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

**4.2** Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs 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 20 novembre 2025