

S1 22 161

ARRÊT DU 6 NOVEMBRE 2024

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, Fribourg

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 16, art. 17 al. 1 et art. 44 LPGA ; révision du droit à une rente d'invalidité, valeur probante d'une expertise médicale externe)

Faits

A. X _____ (ci-après : l'assuré), né en 1970, de nationalité suisse, a obtenu un certificat fédéral de capacité de menuisier en 1990. Le 7 juin 2012, il a déposé auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) une demande de prestations AI pour adultes. Il a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 23 décembre 2011 en raison d'une épicondylite (pièces 2 et 4 du dossier de l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Il ressort du questionnaire complété le 2 juillet 2012 par l'employeur, l'entreprise A _____ SA, que l'assuré avait été engagé dès le 16 novembre 2009 en tant qu'aide-sanitaire et qu'il percevait un salaire annuel de 65'767 fr. à compter de 2011, pour une activité à plein temps (pièce 7 ; cf. également l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré, état au 11 juillet 2021, sous pièce 13).

Le Dr B _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a rapporté à l'Office AI, le 4 juillet 2012, les diagnostics incapacitants, depuis 2011, de kyste radio-scaphoïdien palmaire droit et de neuropathie radiale droite à l'arcade de Frohse (pièce 12).

Par décision du 3 avril 2014, demeurée incontestée, l'Office AI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a considéré en substance que dès le 1^{er} janvier 2013, l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps et avec un rendement normal une activité légère et adaptée à son état de santé et que le taux d'invalidité correspondant de 20% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité (pièce 82).

B. Le 16 juillet 2016, l'assuré a fait parvenir à l'Office AI une deuxième demande de prestations. Il a mentionné qu'en novembre ou décembre 2015, il avait commencé à ressentir des douleurs aux pieds et aux jambes ainsi que des douleurs et une perte de force au niveau de la jambe, du bras, du poignet et de la nuque du côté droit et que depuis le 20 janvier 2016, il touchait des indemnités journalières d'une assurance-maladie, la C _____ SA, en raison d'une incapacité totale de travail (pièce 87 ; cf. également la déclaration d'incapacité de travail, ni datée ni signée, de l'employeur à la C _____ sous pièce 291, page 913).

Dans un compte-rendu adressé le 29 août 2016 à l'Office AI, la Dresse D _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a énuméré les diagnostics de douleurs persistantes du poignet droit après exérèse d'un kyste radio-scaphoïdien, de

cervico-brachialgies droites récurrentes d'origine multifactorielle, de talalgie inférieure bilatérale d'origine micro-traumatique et de trouble dépressif réactionnel, lequel faisait l'objet d'un traitement par le Dr E _____ qu'il fallait contacter pour la question de l'incapacité de travail (pièce 90).

Aux termes d'un rapport du 11 novembre 2016 portant sur un entretien du 9 novembre précédent avec le Service de réadaptation de l'Office AI, l'assuré avait soumis le projet de reprendre l'exploitation d'un hôtel à F _____ qui appartenait à ses beaux-parents, proches de la retraite. Du point de vue du service précité, les activités liées à la gérance d'un tel établissement respectaient les limitations fonctionnelles retenues lors de l'instruction de la première demande de prestations (pièce 97).

Par communication du 12 décembre suivant, l'Office AI a informé l'assuré de la prise en charge de mesures d'intervention précoce, soit des cours préparatoires et de l'examen cantonal obligatoire selon la LHR (loi cantonale sur l'hébergement, la restauration et le commerce de détail de boissons alcoolisées), pour la période du 1^{er} janvier au 28 février 2017 (pièce 101).

Dans un courriel du 3 janvier 2017, le Service de réadaptation a pris note de l'information de l'assuré, selon laquelle celui-ci ne pourrait suivre la formation en question lors de la session proposée, en raison d'une opération récemment prévue pour janvier ou février 2017 (pièce 102).

En date du 13 janvier 2017, le Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rédigé un rapport d'expertise à l'attention de la C _____, lequel portait notamment sur son examen du 20 décembre précédent. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de surcharge épicondylienne droite, de légère surcharge médio-carpienne susceptible de générer de brèves interruptions de travail et de cervicalgies communes, sans lésion organique significative, ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de dégénérescence du ligament triangulaire du carpe (TFCC ou complexe fibro-cartilagineux triangulaire) au poignet droit, paucisymptomatique, et de talalgies bilatérales, en voie de résolution après traitement optimal. De l'avis de ce spécialiste, il n'y avait *a priori* pas d'incapacité de travail durable, totale ou partielle, dans l'activité habituelle. La capacité de travail actuelle était au moins de 50%. Une augmentation par paliers de 25%, chaque mois ou chaque deux mois, était escomptée. Dans un activité plus légère où la manutention était moindre, la capacité de travail était entière probablement depuis plusieurs mois. Il avait constaté une certaine discordance entre les éléments objectifs, plutôt rassurants, et les éléments subjectifs,

tout particulièrement pour le membre supérieur droit et la nuque, présents de manière floride, ce qui laissait craindre une participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas (pièce 292, pages 919 à 929).

L'entreprise A _____ SA a informé l'Office AI, le 9 mai 2017, que l'assuré travaillait toujours comme manœuvre en sanitaires et chauffage à plein temps, à raison de quarante-cinq heures hebdomadaires environ et pour un salaire horaire de base de 26 fr. 65, augmenté d'un treizième salaire de 2 fr. 53 de l'heure, à compter du 1^{er} mai 2016 (pièce 115).

Dans son rapport final du 9 juin 2017, le Service de réadaptation a résumé la phase d'intervention précoce. Etant donné le refus probable d'un reclassement professionnel en fin de procédure, la prise en charge de la formation selon la LHR avait été acceptée dans le cadre de l'intervention précoce pour permettre à l'assuré de se réinsérer durant cette période. Pour des raisons médicales, l'assuré n'avait pas pu commencer la formation précitée. Il avait tout d'abord été décidé de la reporter à la session suivante. L'état de santé de l'assuré s'était toutefois dégradé dans l'intervalle, notamment au niveau psychique, et la formation en question n'avait finalement pas pu être mise en œuvre. Il était ainsi procédé à la clôture du mandat d'intervention précoce (pièce 119).

Le 14 juin 2017, le Dr H _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait parvenir un rapport à l'Office AI. Il a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2012. D'après les informations données par ce spécialiste, le traitement, dispensé auparavant par le Dr E _____, avait débuté chez lui le 22 mars 2017. Il consistait en des entretiens individuels et de couple, une médication antidépressive et un travail en réseau. L'assuré venait régulièrement aux entretiens. Les deux derniers avaient eu lieu les 23 mai et 7 juin 2017. Le traitement médicamenteux prescrit antérieurement par le médecin traitant n'avait pas été toléré par le patient. La réponse au traitement était insuffisante. La persistance de la symptomatologie douloureuse, notamment au poignet droit, ainsi que ses conséquences sur le plan professionnel, familial et financier n'avait pas permis une amélioration rapide de l'état psychique ni une reprise effective du travail. Les symptômes dépressifs étaient toujours présents, avec un trouble de l'attention, de la mémoire et de la concentration, une fatigabilité importante, des troubles du sommeil avec des cauchemars, de la tristesse sans anxiété éprouvée ni observée, de l'irritabilité, de la nervosité, un sentiment d'injustice, des idées noires mais non suicidaires, une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital ainsi qu'une perte de l'appétit et de poids de cinq kilos en six mois. Il y avait une perte d'intégration sociale et une crise

conjugale en lien avec la symptomatologie douloureuse et dépressive. Il convenait de s'adresser au médecin traitant pour les incapacités de travail. L'activité exercée n'était plus exigible. Une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité adaptée, à 50% dès le 1^{er} juillet 2017, en vue d'améliorer l'état psychique (pièces 120 et 121).

Dans un complément d'expertise daté du 11 juin 2017, le Dr G _____ a encore précisé et confirmé ses conclusions du 13 janvier 2017 (pièce 296).

Par décision du 27 juin 2017, la C _____ a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 juin 2017, en se référant à l'appréciation du Dr G _____ (pièce 293, pages 935 et 936).

Dans son rapport du 20 juillet 2017, le Dr E _____, médecin traitant depuis plus de quinze ans, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs persistantes et de faiblesse du membre supérieur droit sur status après neurolyse de la branche profonde du nerf radial droit et ablation d'un kyste en 2012, d'aponévrosite plantaire au décours, de status après perforation centrale du TFCC avec synovite cubito-carpienne droite, d'épicondylite droite, de cervicalgies chroniques aspécifiques peu importantes et d'état dépressif réactionnel. A la connaissance de ce médecin, il n'y avait plus d'incapacité de travail. Pour des raisons asséculogiques, professionnelles, financières et familiales, le patient était contraint de travailler, malgré des restrictions physiques en lien avec son problème au membre supérieur droit. L'activité exercée, en grande partie manuelle, était encore exigible entre 75% et 100%. Il existait aussi temporairement des limitations psychiques dues à un état dépressif réactionnel à une situation difficile. Le patient avait une possibilité d'envisager une réadaptation dans l'hôtellerie, métier certainement beaucoup moins contraignant pour son membre supérieur droit (pièces 122 et 123).

Le Dr I _____, psychiatre et psychothérapeute, a procédé en date du 25 septembre 2017, durant une heure, à une évaluation de l'état de santé de l'assuré pour le compte de la C _____. Dans son rapport correspondant du 5 octobre suivant, ce spécialiste a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11). A suivre ses explications, il n'avait pas d'indice pour retenir un trouble dépressif récurrent, à savoir au moins deux épisodes avec une rémission complète entre les épisodes. Il existait plutôt un seul et long épisode dépressif. L'assuré présentait une symptomatologie dépressive classique, sous forme d'une humeur triste permanente, d'une perte d'élan vital, d'une expression à voix basse et

monocorde, d'une mimique pauvre et d'une ralentissement psychomoteur. Ces aspects objectivables étaient corrélés à des plaintes liées à un sentiment de culpabilité, de honte et d'insuffisance, à une perte de la libido, d'envies et de plaisir pour les choses agréables, à des troubles du sommeil et à de la fatigabilité. Le maintien d'une activité professionnelle à temps partiel permettait de conclure à un épisode d'intensité moyenne plutôt que sévère. L'assuré prenait un antidépresseur et suivait une psychothérapie de soutien toutes les deux semaines. Ce traitement n'était pas susceptible de changer la donne. Il n'était pas pertinent d'augmenter la fréquence des consultations. L'état dépressif était dû aux troubles physiques ainsi qu'aux conséquences socio-professionnelles et financières y relatives. De plus, le patient avait un fonctionnement psychologique fixé sur le concret, de même qu'une faible capacité d'abstraction et d'introspection. Il présentait une sensibilité paranoïde. La réalité précaire de la situation familiale, affective et socio-professionnelle entraînait une charge émotionnelle que celui-ci n'était pas en mesure de gérer. Il y avait une incapacité de travail durable de 50% dans l'activité habituelle. Aucune autre activité ne semblait possible dans l'état psychique actuel de l'expertisé. Un épisode dépressif moyen s'accompagnait habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères, ce qui était le cas de l'assuré. Il avait été fait mention à l'assurance-invalidité d'une possibilité de reconversion dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, par la reprise de l'établissement actuellement géré par les beaux-parents de l'intéressé. Une telle perspective était à encourager, même si des aspects familiaux pouvaient interagir (pièce 294, pages 938 à 946).

Sur la base de l'évaluation du Dr I _____, la C _____ a, par décision du 25 octobre 2017, admis la prise en charge de l'incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} juillet 2017 (pièce 295, pages 948 à 949).

Selon l'avis émis le 24 octobre 2017 par le Dr J _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'assuré semblait souffrir d'un état dépressif, confirmé tant par le psychiatre traitant que par le psychiatre mandaté par l'assurance pour la perte de gain. C'était au fond cette atteinte à la santé psychique qui était susceptible de limiter à 50% la capacité de travail de l'assuré. Les psychiatres n'étaient cependant pas d'accord sur la sévérité de l'épisode dépressif (moyen *versus* sévère). Le médecin du SMR a donc préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique (pièce 131).

Cette expertise a été confiée au K _____ en date du 1^{er} décembre 2017 (pièces 133 à 135), avec un changement annoncé le 10 janvier suivant concernant l'expert-psychiatre (pièces 137 et 138).

Il ressort d'une communication du 19 février 2018 entre l'Office AI et le K _____ que l'expertise psychiatrique de l'assuré était annulée (pièce 139).

Dans un courriel envoyé le 20 février 2018 à la C _____, l'Office AI a confirmé sa participation financière à l'expertise psychiatrique effectuée le 16 février précédent.

Une expertise monodisciplinaire a été confiée le 20 février 2018 à la Dresse L _____, spécialiste en rhumatologie au K _____ (pièce 140).

Le 25 février 2018, la Dresse M _____ a établi un rapport d'expertise psychiatrique à l'attention de la C _____, sur la base notamment d'un examen réalisé le 16 février précédent durant deux heures et dix minutes (pièce 299). Cette spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après traitement chirurgical du membre supérieur droit en 2012, avec des douleurs, parésies et paresthésies locorégionales séquellaires, et d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'intensité largement moyenne, et syndrome somatique (F43.21 et F32.11), ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de personnalité fragile, aux défenses rigides (F60.8), et de difficultés d'ordre psychosocial (Z60.8). Concernant le status psychiatrique, la recherche des signes de la lignée anxieuse avait rapidement dévoilé des préoccupations d'ordre matériel et psychosocial conduisant à un sentiment d'impuissance. Ceux de la lignée dépressive correspondaient à un ralentissement psychomoteur, à une perturbation claire de l'attention et de la concentration, à un effondrement de la thymie, à une perte de l'appétit et de poids, à des troubles du sommeil en dépit du traitement, à du découragement assombrissant la perception de l'avenir, à une anhédonie relative accompagnée d'une aboulie ainsi qu'à un sentiment de culpabilité lié au manque de moyens financiers pour entretenir la famille. Il n'y avait pas d'élément évocateur d'une atteinte psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité.

Aux dires de l'expertisé, le dernier antidépresseur prescrit avait été relativement bien supporté mais n'était que peu efficace. Le psychiatre traitant était consulté toutes les deux à trois semaines et le médecin traitant en cas de nécessité. L'atteinte à la santé avait conduit à des difficultés financières. En raison d'une importante fatigabilité, l'assuré, marié depuis 2008, ne parvenait plus à assumer son rôle de père de famille. Les relations avec son épouse s'étaient dégradées, celle-ci ayant évoqué l'éventualité

d'un divorce. Le patient disait bien s'entendre avec ses quatre enfants, nés respectivement en 2009, 2011, 2012 et 2015. A cause de son irritabilité, ses trois premiers enfants s'étaient toutefois éloignés de lui. L'arrêt de travail avait conduit à une restriction des crédits bancaires obtenus pour la construction récente de la maison familiale à F _____ et à la survenance de conflits avec les créanciers. Dans le cadre de son activité à 50%, l'assuré se rendait au travail tous les matins et avait des contacts avec son employeur, ses collègues et des clients. Il rentrait chez lui lorsqu'il avait terminé. Il s'étendait ensuite sur le canapé et restait immobile, dans le silence et l'inactivité. La famille prenait ensemble le repas du soir cuisiné par l'épouse. Durant la soirée, l'expertisé gardait les enfants et supervisait leurs devoirs. Il se couchait entre minuit et une heure du matin, se réveillait souvent vers quatre heures du matin et sortait du lit à cinq heures et demi. Il aidait parfois son épouse aux tâches de ménage, de lessive et de repassage. Le samedi, la famille se rendait en voiture à N _____ pour les achats et faisait de brèves promenades le dimanche. Ses nombreuses connaissances habituelles ne le contactaient même plus. Il ne téléphonait à personne. Il ne pouvait pas se permettre de sortir, réservant ses modestes moyens pour divertir ses enfants. Il était membre d'une association de sauvegarde des ouvrages de forteresse dans la région. L'assuré appréciait la musique. Il avait été percussionniste dans une fanfare jusqu'à l'apparition des troubles au coude en 2012. Il regardait occasionnellement la télévision, surtout des reportages. Il ne lisait pas. Il s'informait sur internet, n'échangeait que des courriels professionnels et n'était pas sur les réseaux sociaux. Il avait renoncé aux longues marches et à la pratique du ski. Il avait voyagé pour la dernière fois en 2010 en Italie, avec son épouse.

Au chapitre de l'exigibilité professionnelle, l'intensité actuelle des symptômes dépressifs justifiait une incapacité de travail de 50%. Les douleurs séquellaires des opérations, qui pouvaient aussi être l'expression somatique de la symptomatologie dépressive, empêchaient l'expertisé d'être rentable dans son activité habituelle. La capacité de travail était totale dans le cadre d'une reconversion à un poste comportant des charges physiques moins importantes, par exemple dans l'hôtellerie et la restauration. L'exigibilité serait durablement complète dans tout métier adapté. Médicalement parlant, le pronostic était bon. Un défaut de cohérence ou de plausibilité n'avait pas été décelé (pièce 299).

La Dresse L _____ a pratiqué son examen rhumatologique en date du 28 mars 2018 et adressé son rapport d'expertise à l'Office AI le 11 avril suivant. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : « Tendinomyogéloses

en cascade cervico-brachiales droites (M77.9), dans le contexte d'un état cicatriciel six ans après excision d'un kyste radio-palmaire droit sans récurrence et après libération de la branche motrice du nerf radial en regard de l'arcade de Frohse. Cyphoscoliose dorsale (Q67.5) et discopathies débutantes (M50.3 et M51.3) ». Dans l'activité exercée jusqu'alors, la capacité de travail théorique sur le plan somatique était de 50% depuis janvier 2017, date des conclusions du Dr G _____. Le travail actuel n'était pas adapté. A compter de cette même date, la capacité de travail était totale dans toute activité sollicitant moins lourdement le membre supérieur droit et le dos (limitations fonctionnelles pour le membre supérieur droit : pas de port répété de charges de plus de huit kilos, pas de port occasionnel de charges de plus de seize kilos, pas d'utilisation d'engins vibrants, pas d'activité répétitive et en contre-résistance ; limitations fonctionnelles pour le dos : pas de port répété global de charges de plus de seize kilos, pas de mouvements en porte à faux, pas de positions extrêmes prolongées, positions variées au cours de la journée), telle que celle d'un patron d'une petite auberge actuellement tenue par les beaux-parents de l'assuré, qui avaient dépassé l'âge de la retraite (pièce 147).

Dans son rapport final du 24 avril 2018, le Dr J _____ a notamment résumé la teneur des expertises des Dresses M _____ et L _____, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter. Il a entériné les diagnostics incapacitants de tendinomyogéloses en cascade cervico-brachiales droites (M77.9) sur status après ablation d'un kyste radio-palmaire le 16 février 2012, perforation centrale asymptomatique du TFCC et status après libération de la branche motrice du nerf radial au coude droit en 2012, de cyphoscoliose dorsale (Q67.5) et de discopathies débutantes (M50.3 et M51.3) ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'intensité moyenne (F43.21). Parmi les diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il a cité une personnalité fragile (F60.8) ainsi que d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8). Il a estimé que dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était de 100% du 20 janvier au 19 décembre 2016 et de 50% dès le 20 décembre 2016, date de l'examen d'expertise du Dr G _____ et que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par la Dressse L _____ et reprises dans le rapport final, l'incapacité de travail était de 100% du 20 janvier au 19 décembre 2016, de 50% du 20 décembre 2016 au 15 février 2018 et de 0% dès le 16 février 2018, date de l'examen d'expertise psychiatrique (pièce 148).

Dans sa décision du 18 juin 2018, O _____ SA a tout d'abord informé l'assuré qu'elle intervenait depuis le 1^{er} janvier précédent en relation avec l'incapacité de travail

annoncée par celui-ci. Elle a indiqué ensuite que son médecin-conseil était parvenu aux mêmes conclusions que celles émises dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité, à savoir que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée. Une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation était donc allouée à celui-ci jusqu'au 30 septembre 2018 (pièce 301, pages 1048 à 1050).

C. Confirmant son projet d'acceptation de rente du 30 avril 2018 (pièce 150), l'Office AI a, par décision du 13 décembre suivant, alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2018. Selon les explications figurant dans cette décision, il y avait lieu de comparer l'état de fait actuel avec celui de la décision de refus d'une rente d'invalidité du 3 avril 2014, basée sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré avait été en incapacité de travail dans toute activité professionnelle, à 100% du 20 janvier au 19 décembre 2016 et à 50% dès le 20 décembre 2016. Au 20 janvier 2017, soit au terme du délai légal d'attente d'une année, l'incapacité de travail et de gain de 50% ouvrait le droit à une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2017. Depuis le 16 février 2018, l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps et avec un rendement normal une activité légère et adaptée à son état de santé. Le revenu sans invalidité correspondant à une activité à plein temps en tant qu'aide sanitaire, de 65'767 fr. en 2011, s'élevait après adaptation à l'évolution nominale des salaires à 68'585 fr. 05 en 2018. Quant au revenu d'invalidé pour cette même année, il pouvait être fixé à 57'507 fr. 85, en référence au salaire mensuel total de 5312 fr. ressortant de la table TA1_tirage_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'année 2014 publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS), pour des tâches physiques ou manuelles simples de niveau 1 accomplies par des hommes, après adaptation à l'évolution nominale des salaires et à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures, puis déduction de 15% tout au plus, justifiée uniquement par les limitations fonctionnelles de l'assuré. La comparaison entre ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 16.15%, insuffisant pour donner droit à une rente (pièce 173).

Par décision du 18 décembre 2018, l'Office AI a également confirmé son projet de refus de mesures d'ordre professionnel du 30 avril 2018 (pièce 151). Il a considéré que le taux d'invalidité de 16%, inférieur au seuil minimal de 20% exigé pour l'octroi d'un reclassement professionnel au sens de l'article 17 LAI, ne permettait pas d'allouer une telle mesure à l'assuré. Celui-ci disposait en outre d'une capacité totale de travail à un poste léger et adapté qui pouvait relever d'une autre profession ou branche économique que celles dans lesquelles il avait œuvré précédemment. L'assuré ne présentait donc pas d'incapacité de travail au sens de la seconde phrase de l'article 6 LPGA et n'avait

pas droit à une aide au placement selon l'article 18 LAI. Il était invité à s'adresser aux services d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage (pièce 174).

Les décisions des 13 et 18 décembre 2018 n'ont pas fait l'objet d'un recours.

Par déclaration de sinistre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) complétée le 14 janvier 2019, l'entreprise A _____ SA a annoncé à la P _____ que le 22 décembre précédent, X _____ avait chuté sur une plaque de glace et s'était blessé au bras gauche (pièce 303, page 1189).

Par décision du 5 juin 2019, confirmée par décision sur opposition du 18 juillet suivant, la P _____ a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 15 mai 2019. Elle a indiqué que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident du 22 décembre 2018 et que la prise en charge du cas ne relevait plus de la compétence de l'assurance-accidents mais de celle de l'assurance-maladie (pièce 304, pages 1209 à 1214, 1257 à 1259 et 1275 et 1276).

L'assuré n'a pas interjeté recours contre la décision sur opposition rendue le 18 juillet 2019 par la P _____.

D. Le 27 octobre 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, reçue le 11 novembre suivant par l'Office AI. Selon les renseignements fournis, il était en incapacité de travail à 100% du 22 décembre 2018 au 20 mai 2019 et à 80% à partir du lendemain. Il travaillait à 20% depuis le 20 mai 2019 en tant qu'homme de ménage auprès de Q _____ à R _____, pour un salaire horaire de 25 francs. Il souffrait d'une épicondylite au bras droit depuis 2012, d'un état dépressif et d'une épicondylite au bras gauche à la suite d'une chute en fin d'année 2018. Il ressentait une perte de force dans les deux bras empêchant le port de charges de plus de cinq kilos, des douleurs la nuit et des maux de tête (pièce 182).

En date du 8 novembre 2019, O _____ a informé l'Office AI qu'en sa qualité d'assurance pour la perte de gain en cas de maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), elle avait versé des indemnités journalières à l'assuré pour une incapacité de travail de 100% du 16 au 19 mai 2019 et de 80% à compter du 20 mai 2019 puisqu'auparavant, le cas avait été pris en charge en application de la LAA du 22 décembre 2018 au 15 mai 2019 (pièce 303, pages 1061 et 1062).

L'entreprise A _____ SA a complété le questionnaire pour l'employeur en date du 19 novembre 2019. D'après les indications y figurant, l'assuré était toujours employé

auprès d'elle comme manœuvre en sanitaires et chauffage, à raison de quarante-cinq heures par semaine environ avant l'atteinte à la santé et de 41.25 heures hebdomadaires après celle-ci. Le salaire horaire de base était de 28 fr., augmenté d'un treizième salaire de 2 fr. 65 de l'heure, dès le 1^{er} août 2018. L'employé avait perçu des indemnités journalières pour cause de maladie de O _____ et en raison d'accident de la part de la P _____ (pièce 190).

En date du 22 novembre 2019, le S _____ à F _____, tenu par la famille T _____, a adressé à U _____ un avis de maladie et une attestation de perte de gain. Cet employeur a mentionné avoir engagé l'assuré depuis le 20 mai 2019, à raison de vingt heures par semaine et au salaire horaire de 28 fr., plus un treizième salaire de 8.33%. L'employé était en incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} octobre 2019 et en traitement auprès du Dr H _____ (pièce 306, page 1393).

Le 12 décembre 2019, le Dr V _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré et, le 18 décembre suivant, rédigé un rapport d'expertise à l'attention de O _____. Ce spécialiste s'est déclaré frappé par un nombre élevé d'incohérences entre les plaintes de l'assuré et un status clinique somme toute dans les limites de la norme. L'expertisé présentait une poigne énergique, se mobilisait parfaitement bien et avait une excellente musculature thénarienne et hypothénarienne des membres supérieurs. Les résultats des tests fonctionnels, extrêmement faibles, témoignaient clairement d'une incohérence et d'une autolimitation. Il n'y avait aucun diagnostic incapacitant sur le plan orthopédique. L'épicondylite gauche modérée n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. A tout le moins, la capacité de travail était totale sur le plan orthopédique, à la date de l'expertise, dans une activité professionnelle tenant compte des limitations fonctionnelles déjà énoncées par le Dr G _____ lors de son expertise de décembre 2016, puis à l'occasion de l'expertise rhumatologique du 28 mars 2018 (pièce 305, pages 1360 à 1380).

Dans son rapport du 17 janvier 2020, le Dr H _____ a fait état des diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de personnalité fragile (F60.9). L'état dépressif, au début réactionnel, avait évolué vers un épisode dépressif caractérisé, entretenu par les douleurs chroniques, un combat sans fin sur le plan assécurologique et une personnalité fragile. Le tableau actuel correspondait à un épisode dépressif chronique d'une intensité fluctuant de moyenne à sévère et à une accentuation des traits de personnalité. Plusieurs antidépresseurs avaient été prescrits ainsi qu'une psychothérapie de soutien, sans amélioration significative de l'état de santé, actuellement cristallisé. L'assuré se présentait

régulièrement aux entretiens. Etaient constatés un faciès dépressif, des perturbations au niveau de l'attention et de la concentration, de discrets troubles de la mémoire, de l'irritabilité et de l'agressivité rendant les relations sociales délicates, un sentiment focalisé d'injustice, de préjudice voire de persécution faisant craindre des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs, de la tristesse, de l'anxiété liée à la situation socio-financière, avec des revenus en baisse alors que la famille s'était agrandie, une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital, une baisse de la libido, des idées noires avec des idées suicidaires sporadiques, une perception de l'avenir assombrie par le découragement ainsi qu'une altération du sommeil, à cause des ruminations et malgré le traitement. Sur le plan de la personnalité, le patient avait un fonctionnement psychologique caractérisé par une faible capacité d'introspection, de la rigidité et des difficultés à adapter son attitude aux changements, ce qui compliquait les rapports avec les autres. La vie sociale de l'assuré était réduite à sa famille qui était sa seule raison de vivre et en même temps une source de charge émotionnelle. Sur le plan psychique, l'incapacité de travail était de 50%, dans toute activité (pièce 198).

En se référant à différents examens spécialisés effectués entre le 27 août et le 5 novembre 2019 au niveau du coude gauche, qui constituait le problème actuel principal, le Dr E _____ a rapporté à l'Office AI, en date du 17 janvier suivant, les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de douleurs chroniques des membres supérieurs, d'épicondylite gauche, de status après perforation centrale du TFCC avec synovite cubito-carpienne droite, de cervicalgies chroniques aspécifiques et d'état anxio-dépressif évident qui compliquait le tableau. A sa connaissance, le patient, qui le consultait trois à quatre fois par année et ne bénéficiait pas de traitement particulier en dehors d'une antalgie simple, n'avait pas pu reprendre son activité antérieure à cause des troubles aux membres supérieurs et ne travaillait qu'à 20% dans l'hôtellerie (pièce 199).

Dans sa décision du 22 janvier 2020, O _____ a pris position comme suit. L'incapacité de travail en raison de maladie dans la profession habituelle de l'assuré, qui remontait au 16 mai 2019, était médicalement justifiée. Une reprise totale de travail dans cette profession n'était plus envisageable. En revanche, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation était octroyée jusqu'au 30 avril 2020 (pièce 305, pages 1357 à 1359).

Dans ses réponses du 28 février 2020 aux questions posées par Daniel Strub de Swiss Claims Network SA, mandataire de l'assuré, le Dr H _____ a repris les éléments de son rapport du 17 janvier 2020, tant concernant les diagnostics que leurs répercussions

sur la capacité de travail, qui demeurait de 50% dans toute activité, même adaptée (pièce 309, pages 1554 et 1555).

Sur mandat de U _____, le Dr W _____, psychiatre et psychothérapeute, a procédé le 2 mars 2020 à une évaluation de la situation de l'assuré. Dans son rapport du 6 mars suivant, ce spécialiste a relevé ce qui suit. L'intéressé prenait un traitement antidépresseur et consultait son psychiatre traitant toutes les trois ou quatre semaines. Dans leur ensemble, les constatations objectives n'avaient pas montré de symptômes patents d'émotivité dépressive ou anxieuse ni de troubles manifestes du cours ou du contenu de la pensée, de dyschronie patente, de confusion ou autre. Seulement sur sollicitation, l'assuré avait fait état de faiblesses musculaires, de lâchages et d'inconforts douloureux. Il avait déclaré ne plus avoir envie de voir des gens et, avec un peu d'amertume, en fin d'entretien, n'avoir pas pu compter sur ses amis de la fanfare dont il avait fait partie durant trente ans environ. Il n'avait pas pratiqué d'activités portées sur l'extérieur auparavant et maintenait tout au plus quelques promenades. Il y avait une perte d'intégration sociale mais l'assuré entretenait néanmoins des liens avec son épouse et ses enfants. Le Dr W _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), en cours de rémission. Une confrontation pérenne à un facteur de stress psychosocial, soit à une pathologie somatique, avait eu au fil du temps un effet sur le moral de l'intéressé. La situation avait été aggravée par des difficultés sociales apparemment importantes et surtout par des problèmes asséurologiques. L'intéressé présentait une affection corporelle chronique localisée au(x) membre(s) supérieur(s). Des plaintes somatiques douloureuses multiples et variables depuis plus de six mois voire de deux ans, caractéristiques d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, n'étaient pas présentes. Un risque de cristallisation de l'état psychique vers des affections, antérieurement appelées névroses d'assurance ou sinistroses et qui portaient désormais le code diagnostique de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ou de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacité soit physique soit psychologique (trouble factice) (F68.1), n'était pas formellement exclu et relevait d'une expertise *lege artis*. A la question de la capacité de travail dans l'emploi actuel d'auxiliaire dans l'hôtellerie à 50%, ce spécialiste a répondu que les limitations fonctionnelles signalées étaient surtout d'ordre somatique, dans une activité qui ne semblait pas adaptée aux restrictions physiques. D'un point de vue strictement psychiatrique, le trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, était une pathologie mineure qui ne justifiait pas une longue incapacité totale de travail. En principe, un retour

à l'emploi était raisonnablement exigible dans un bref délai, soit à compter du 1^{er} avril 2020 (pièce 307, pages 1436 à 1441).

Dans sa lettre du 23 mars 2020, U _____ s'est référée au rapport du Dr W _____, aux termes duquel une capacité totale de travail était exigible dans l'activité habituelle de l'assuré dès le 1^{er} avril suivant. Cette assurance a informé celui-ci que sa participation financière prendrait fin le 31 mars 2020 (pièce 307, page 1435).

Il ressort d'un courrier de O _____ du 7 avril 2020 que l'assuré ayant retiré son opposition formée contre la décision du 22 janvier 2020, les prestations seraient versées jusqu'au 30 avril 2020, conformément à cette décision (pièce 308, page 1443).

Le 7 avril 2020, l'assuré s'est inscrit auprès de l'Office régional de placement de sa région (ci-après : ORP) en tant que demandeur d'emploi à plein temps (pièce 309, page 1546).

L'assuré a déposé, le 13 avril suivant, une demande d'indemnité de chômage à partir du 25 mars 2020, pour une activité à 50% (pièce 309, pages 1556 à 1559).

L'entreprise A _____ SA a transmis à l'assurance-chômage une attestation datée du 14 avril 2020. D'après les informations figurant dans le formulaire correspondant, les rapports de travail avaient duré du 16 novembre 2009 au 31 mars 2020. Les parties y avaient mis fin d'un commun accord le 25 mars 2020 pour le 31 mars suivant, en raison d'un handicap empêchant l'employé de reprendre son activité et de l'absence de couverture en cas d'accident ou de maladie. L'horaire normal de travail de celui-ci était de 41.25 heures par semaine et son salaire horaire de base de 28 fr., plus un treizième salaire de 8.33% (pièce 309, pages 1539, 1540 et 1562).

Le Dr J _____ du SMR a établi un rapport final en date du 7 mai 2020. Il a repris les mêmes diagnostics incapacitants que ceux énumérés dans son précédent rapport final du 24 avril 2018. Il a notamment fait état de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), d'épicondylite gauche modérée, de possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) *versus* trouble factice (F68.1) ainsi que d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8). Aux termes de l'appréciation du médecin du SMR, sur le plan psychiatrique, en présence d'un descriptif clinique quasiment identique, le Dr H _____ avait retenu en 2017 déjà une dépression sévère. Il s'agissait en fait d'un simple trouble de l'adaptation. Une majoration des symptômes voire un trouble factice n'étaient pas exclus. Il n'y avait donc pas de

modification objective et significative de l'état de santé, si bien qu'il ne se justifiait pas de retenir une incapacité de travail durable. Sous l'angle somatique, il existait tout au plus une épicondylite gauche modérée sans la moindre répercussion sur la capacité de travail, chez un assuré par ailleurs en excellent état général et musclé. Une incapacité totale de travail pouvait être admise depuis l'accident du 22 décembre 2018 jusqu'au 6 novembre 2019. A partir du 7 novembre 2019, date à laquelle les différents examens spécialisés avaient abouti aux mêmes résultats que ceux constatés par le Dr V _____, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée telle que décrite antérieurement. Le pronostic était médicalement favorable. Il était très mauvais sur le plan professionnel mais pour des raisons non médicales, soit l'installation dans un statut d'invalidé et la persistance de conflits avec les assurances (pièce 210).

Dans une attestation de l'employeur remplie le 3 juin 2020 dans le cadre de l'assurance-chômage, S _____ à F _____ a indiqué que l'assuré avait été engagé en tant qu'homme de maison à temps partiel depuis le 15 mai 2019, que les rapports de travail étaient toujours en cours et que le dernier salaire mensuel brut était de 947 fr. 20 (pièce 309, pages 1492 et 1493).

E. Le 23 juillet 2020, l'Office AI a rédigé un projet de décision tendant au refus d'une rente d'invalidité. Il a constaté que dès le 7 novembre 2019, mais au plus tard à partir du 22 décembre 2019, soit au terme du délai d'attente d'une année, il était exigible de l'assuré l'exercice à pleins temps et rendement d'une activité légère et adaptée respectant des limitations fonctionnelles superposables à celles énumérées dans la décision du 13 décembre 2018. Le revenu sans invalidité correspondant à une activité à plein temps en tant qu'aide-sanitaire, de 65'767 fr. en 2011, s'élevait à 68'971 fr. 60 en 2019. Quant au revenu d'invalidé pour cette même année, il pouvait être fixé à 57'889 fr. 70 en référence au salaire mensuel total de 5417 fr. ressortant de la table TA1_tirage_skill_level de l'ESS de l'année 2018, pour des tâches physiques ou manuelles simples de niveau 1 accomplies par des hommes, après adaptation à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2019 et à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures, puis déduction de 15% tout au plus. La comparaison entre ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 16.07%, insuffisant pour donner droit à une rente (pièce 217).

Dans un autre projet de décision daté du 23 juillet 2020, l'Office AI a envisagé de refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel telles qu'un reclassement selon l'article 17 LAI et une aide au placement au sens de l'article 18 LAI. Le taux d'invalidité de 16% était en

effet inférieur au seuil minimal de 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel. De plus, l'assuré ne pouvait prétendre à une aide au placement, alors qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans tout emploi léger et adapté (pièce 216).

Le 29 juillet 2020, l'assuré, toujours représenté par Daniel Strub de Swiss Claims Network SA, a contesté le projet de refus de décision de rente du 23 juillet 2020 (pièce 220).

En date du 21 septembre 2020, l'assuré a motivé sa contestation, en se référant au rapport établi le 31 août précédent par le Dr H _____ à l'attention de son mandataire (pièce 224). Il a reproché à l'Office AI d'avoir examiné son droit aux prestations sous le seul angle somatique et, d'un point de vue psychique, de s'être contenté du rapport superficiel du Dr W _____, lequel n'étant pas probant dans le cadre de l'assurance-invalidité. Selon le psychiatre traitant, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, incluant des entretiens médicaux une à deux fois par mois, un traitement médicamenteux dont les dosages étaient en cours d'adaptation et une psychothérapie centrée sur les traits de personnalité et les schémas d'inadaptation précoce. Sa capacité de travail actuelle était de 50% au maximum, dans toute activité lucrative. Cette capacité diminuée s'expliquait par les répercussions des symptômes dépressifs et du trouble de la personnalité sur la vie quotidienne, soit de la nervosité et de l'irritabilité, des troubles cognitifs, une fatigue diurne due à un sommeil non réparateur, une perte d'autonomie, notamment dans l'accomplissement des tâches ménagères laissées à l'épouse, ce qui rendait la dynamique de couple tendue et conflictuelle, et des problèmes relationnels en cas de contrariétés. Lors de l'expertise psychiatrique réalisée en février 2018, une capacité de travail durable de 50% avait été retenue, laquelle ne pouvait être améliorée qu'en cas de réussite de mesures d'ordre professionnel. Depuis lors, les divers échecs des mesures de reclassement professionnel et l'aggravation des troubles dépressifs désormais cristallisés avaient conduit au cercle vicieux tant craint par l'experte-psychiatre en 2018 et dont l'assuré ne parvenait plus à sortir, même avec un suivi adéquat. Il y avait lieu d'admettre une invalidité de 50% et d'octroyer une demi-rente ou, subsidiairement, de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique incluant l'examen des indicateurs jurisprudentiels instaurés par l'ATF 141 V 281 (pièce 223).

En date du 30 septembre 2020, le médecin du SMR a préconisé l'organisation d'une expertise psychiatrique (pièce 226), confiée le 27 octobre suivant à la Dresse Y _____ du Z _____ (pièce 229).

Cette spécialiste a examiné l'assuré le 3 décembre 2020 durant deux heures et rendu son rapport d'expertise le 23 décembre suivant (pièce 236). Spontanément, l'assuré avait évoqué des difficultés conjugales et des problèmes avec les assurances, ce qui provoquait un sentiment de stress permanent à l'origine de troubles épigastriques et de céphalées, de l'énervement et de l'irritabilité. Il avait également fait mention d'un sentiment de culpabilité et de honte, de troubles du sommeil avec des cauchemars, des oublis et des pertes d'objets du quotidien. Toujours selon les explications de l'assuré, il consultait son psychiatre une à deux fois par mois, sans psychothérapie associée. L'augmentation du dosage du traitement antidépresseur depuis août 2020 n'avait apporté aucune amélioration. Le projet de reconversion professionnelle dans l'hôtellerie avait échoué parce qu'il n'avait pas obtenu de prise en charge financière et qu'il ne pouvait pas se permettre de ne plus travailler pendant la formation en question. Il était employé comme chauffagiste sanitaire depuis une dizaine d'années, toujours dans la même entreprise dont le patron était très soutenant et compréhensif. Deux mois auparavant, il avait été affecté au poste de responsable du dépôt et s'occupait du rangement, du nettoyage du matériel ainsi que de la réception et de la livraison des marchandises. Il était occupé à 50%, par demi-journées, et ne se sentait pas en mesure d'augmenter son taux d'activité pour des raisons psychiques, notamment à cause de la fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'irritabilité. L'été précédent, il avait cessé son activité dans cette entreprise pour travailler avec ses beaux-parents dans l'entretien de l'hôtel-restaurant dont ils étaient propriétaires et comme aide en cuisine. Il y avait toutefois des difficultés relationnelles avec eux qui, selon lui, l'exploitaient parce qu'il était leur gendre et qu'ils lui prêtaient régulièrement de l'argent. Son épouse ne travaillait pas à l'heure actuelle. Le couple avait cinq enfants, nés en 2009, 2011, 2012, 2015 et 2019. C'était leur souhait d'avoir une grande famille, en dépit des critiques entendues à ce sujet. La famille vivait dans une maison qu'ils avaient fait construire en 2017. Ils avaient des difficultés financières et des dettes, bénéficiaient d'une aide des parents ainsi que des beaux-parents et percevaient des allocations familiales. L'assuré se levait entre cinq heures et cinq heures trente, parfois plus tôt, buvait un thé, se préparait, faisait des rapports de travail, réveillait ses enfants et partait travailler. S'il ne travaillait pas le matin, il les emmenait à pied jusqu'à l'arrêt de bus. Quand il travaillait le matin, il rentrait à midi. Sinon, l'après-midi, il travaillait de treize heures à dix-sept heures. Il prenait donc tous les jours le repas de midi avec sa femme, parfois avec les enfants. La demi-journée où il ne travaillait pas, il s'occupait un peu de la maison, sortait parfois marcher avec son épouse ou restait sur le canapé et écoutait de la musique. Il mangeait le soir avec sa famille puis s'installait sur le canapé et regardait la télévision. Il parlait avec ses enfants, s'occupait de sa dernière fille mais ne partageait plus d'activités avec

eux alors qu'auparavant, il faisait du sport. Il gérait les tâches administratives mais c'était sa femme qui réglait les factures. Il ne cuisinait plus, n'accomplissait pas de tâches ménagères, accompagnait son épouse en voiture pour faire les courses mais ne rentrait pas dans les magasins car il ne voulait pas voir les gens. Il ne lisait pas, sauf le journal, et n'utilisait pas les outils informatiques. Il bricolait un peu quand c'était nécessaire. Il ne sortait quasiment que pour travailler ou parfois pour marcher. Il n'avait plus de relations sociales ni d'investissement amical ou associatif. Il avait arrêté toutes les activités de loisirs telles que la musique et le sport. Il faisait uniquement des balades en montagne avec ses enfants. Les dernières vacances dataient d'il y a trois ans, en Allemagne, avec son épouse et ses enfants, pour rendre visite à de la famille. Il ne conduisait que sur de courtes distances, au maximum durant trente minutes, à cause des troubles de la concentration.

Les constatations lors de l'examen étaient les suivantes : mimique plutôt triste, ralentissement psychomoteur modéré sans troubles de la concentration et de la mémoire cliniquement observables, idées noires sans intention suicidaire vraie, trouble de l'estime de soi avec difficultés de projection dans l'avenir, troubles du sommeil, pas de trouble anxieux aigu ni d'anxiété généralisée, traits de personnalité passive, dépendante, évitante et impulsive sans trouble de la personnalité au sens des classifications internationales. Le comportement de l'assuré lors de l'examen avait été adéquat, collaborant, dans les normes relativement au côté démonstratif et pas volontairement majorant. Sur le plan physique, l'expertisé avait indiqué ne pas avoir récupéré la force du membre supérieur droit et souffrir régulièrement d'épicondylites du bras gauche. Interrogé au sujet de l'importance des troubles psychiques secondaires aux problèmes somatiques, celui-ci avait répondu ne pas pouvoir l'expliquer et déplorer de ne pas être compris ou entendu. L'experte a posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2012, d'aggravation progressive, fixé depuis 2017 et sans rémission, en présence de plaintes douloureuses persistantes, intenses, pas complètement expliquées par un processus identifiable et accompagnées d'un sentiment de détresse envahissant, ainsi que de dysthymie (F34.1), apparue dans les suites des épisodes dépressifs de 2018 et sans rémission, au vu d'une dépression constamment récurrente depuis plus de deux ans, caractérisée par une perte d'énergie, un trouble de l'estime de soi, une perte de plaisir et d'intérêt pour les activités habituellement attrayantes, des difficultés de projection dans l'avenir, un pessimisme et un retrait social. L'examen sanguin avait montré la compliance de l'assuré à l'antidépresseur prescrit. Ce traitement était théoriquement adapté mais pas suffisamment efficace. Un changement et un ajout médicamenteux étaient préconisés,

de même qu'un suivi psychothérapeutique structuré de type thérapie cognitivo-comportementale. Aux dires de l'assuré, aucune mesure de réadaptation professionnelle ne lui avait été proposée en raison de son âge. Il s'était déclaré prêt à accepter une telle mesure, si elle lui était proposée, et favorable à une orientation dans le commerce et l'hôtellerie afin de travailler chez ses beaux-parents.

Aucun élément évocateur d'une majoration de symptômes, voire d'une production volontaire de symptômes, n'avait été retrouvé. Il n'y avait pas d'incohérence notable sur le plan diagnostique avec les évaluations et expertises précédentes. Il existait une divergence entre les conséquences psychiques et la gravité des problèmes somatiques, divergence expliquée par l'apparition d'un trouble somatoforme, la chronicisation des épisodes dépressifs et la présence des traits de personnalité susmentionnés. Les limitations étaient uniformes dans tous les domaines de la vie, professionnelle, personnelle, relationnelle et de loisirs, avec une diminution marquée de la motivation et de l'intérêt pour ces domaines d'activité. Les ressources de l'assuré étaient globalement et partiellement altérées en ce qui concernait les capacités relationnelles, d'adaptation, d'endurance, d'organisation, de prise de décisions et d'autonomie dans les tâches quotidiennes, dont il délégait une partie à son épouse. Il bénéficiait de l'aide de celle-ci à la maison, du soutien, principalement financier, de ses parents et beaux-parents ainsi que de la compréhension et de la tolérance de son patron, en reconnaissant que tel ne serait pas le cas avec un autre employeur. Il ne fréquentait plus les amis et connaissances du milieu associatif qu'il côtoyait auparavant. Selon les rapports médicaux à disposition, la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui paraissait adaptée, était de 0% en janvier 2017 puis de 50% à partir d'octobre 2017. Elle était inchangée depuis lors et ne pouvait être augmentée, en raison des limitations fonctionnelles chronicisées précédemment décrites. Grâce à la bienveillance de son employeur, l'expertisé bénéficiait déjà d'adaptations à son poste, en termes d'horaires, d'organisation du travail et de rendement. Avec des caractéristiques comparables, une activité dans l'hôtellerie serait également adaptée, avec une capacité de travail de 0% en janvier 2017 puis de 50% depuis la fin de cette même année, à raison de quatre heures par jour, sans baisse de performance durant ce temps de présence (pièce 236).

Dans son avis du 13 janvier 2021, le médecin du SMR a constaté que dans le rapport d'expertise, la documentation médicale disponible et l'anamnèse étaient minutieusement exposées, que les plaintes de l'assuré étaient prises en compte et qu'une journée-type était décrite. Il a cependant formulé des questions complémentaires à l'attention de l'experte-psychiatre. En présence d'une demande ultérieure de prestations, il convenait

de comparer la situation actuelle avec celle existant au moment de la précédente décision, soit celle du 13 décembre 2018. Seule une modification significative de l'état de santé depuis cette date était susceptible d'influencer le droit aux prestations. Or, la Dresse Y _____ avait conclu sur le plan psychique à une capacité de travail de 50% dès 2017, sans nouvelle altération depuis lors (pièce 238).

Le 18 janvier 2021, l'assuré a informé l'Office AI qu'il n'avait pas de questions complémentaires à poser à cette spécialiste (pièce 240).

En date du 18 février 2021, celle-ci a répondu comme suit. Tel qu'indiqué dans son rapport, le diagnostic de dysthymie était apparu dans les suites des épisodes dépressifs de 2018, et non pas courant 2018. Pouvait donc raisonnablement être émise l'hypothèse d'une apparition au début de l'année 2019, soit après la précédente décision de l'Office AI. Quant au diagnostic de trouble somatoforme, il n'avait pas été envisagé dans les rapports respectifs d'évaluation et d'expertise psychiatriques d'octobre 2017 et de février 2018, en dépit de la persistance d'une symptomatologie douloureuse non entièrement expliquée par des processus somatiques, et n'avait donc probablement pas été retenu dans la décision de décembre 2018 (pièce 243).

Le médecin du SMR a estimé, le 24 février 2021, que ces réponses n'étaient pas satisfaisantes car trop évasives. De son point de vue, si une dysthymie qui, par définition, était moins grave qu'une dépression, était apparue courant 2019, il s'agissait alors d'une amélioration par rapport aux épisodes dépressifs allégués en 2018. L'hypothèse d'un trouble somatoforme non retenu dans la décision du 13 décembre 2018 n'avait de surcroît pas de sens du point de vue médical, car une décision administrative n'avait pas vocation à retenir ou non des diagnostics médicaux. Enfin et surtout, l'experte-psychiatre n'expliquait pas en quoi l'état clinique se serait altéré, notamment par des éléments objectifs nouveaux. En l'état, une nouvelle expertise psychiatrique devait être sollicitée (pièce 244).

Le 5 mai 2021, celle-ci a été confiée au Dr AA _____, psychiatre. Un délai échéant le 17 mai suivant a été imparti à l'assuré pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert mandaté et poser d'éventuelles questions supplémentaires (pièces 248 et 249).

Dans sa lettre du 18 mai 2021, l'assuré a pris note des motifs justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique mais sollicité un autre expert que le Dr AA _____, dont les positions trop proches des assureurs sociaux ne permettaient pas une appréciation impartiale de ses troubles (pièce 252).

Par décision incidente du 21 mai 2021, l'Office AI a rejeté cette demande de récusation et maintenu le mandat d'expertise psychiatrique confié au Dr AA _____. Il a considéré que la demande de récusation était tardive et que selon la jurisprudence topique, elle comportait un motif insuffisant pour conclure à la partialité de l'expert choisi, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'entreprendre une tentative de conciliation avant de rendre une décision incidente (pièce 253).

Le 5 juillet 2021, l'Office AI a informé le Dr AA _____ que la décision précitée était entrée en force et que le mandat d'expertise était maintenu (pièce 255).

En date du 2 septembre 2021, le Dr AA _____ a sollicité des renseignements supplémentaires de la part du Dr H _____ (pièce 258).

Le Dr AA _____ a établi son rapport d'expertise psychiatrique le 17 février 2022 (pièce 269). L'entretien d'expertise avait eu lieu le 17 août 2021, durant deux heures. Des tests psychométriques avaient été réalisés. La possibilité avait été donnée à l'expertisé de compléter l'entretien par un courriel ultérieur, ce qui avait été fait le 5 septembre 2021. Le Dr H _____ n'avait pas répondu à la demande d'informations. L'expert a tout d'abord exposé les motifs et circonstances de l'expertise, en rappelant en détail le contexte médical dans lequel le mandat correspondant lui avait été confié. Dans la synthèse du dossier, il a résumé les pièces médicales et administratives topiques.

Les éléments suivants ressortaient notamment de l'entretien avec l'assuré. Celui-ci estimait aller un peu moins bien depuis 2017, sans pouvoir vraiment préciser cette péjoration. A l'heure actuelle, il aidait ses beaux-parents dans l'exploitation de leur hôtel au taux d'occupation de 20%, pour le nettoyage des chambres et le service. Il s'estimait cependant mal payé et n'entretenait plus de bonnes relations avec eux. Ceux-ci n'avaient pas tenu leur promesse de remettre leur commerce à leur fille unique et leur beau-fils. Depuis octobre 2020, il travaillait à 50% auprès de l'entreprise A _____ SA pour un salaire horaire de 28 fr. 30. Il s'occupait de la gestion du dépôt, de la réception de matériel et du rangement. L'épouse s'occupait de leurs cinq enfants mais donnait aussi un coup de main dans l'établissement de ses parents. Il y avait eu beaucoup de tensions conjugales deux ou trois auparavant mais depuis une année, grâce aux entretiens de couple avec le psychiatre traitant, la situation s'était améliorée, le couple s'entendait bien et selon l'expertisé, son épouse faisait preuve de compréhension à son égard. Leurs revenus mensuels correspondaient à 1500 fr. pour l'activité de l'épouse chez ses parents, à 2000 fr. pour l'emploi de l'assuré à 50% et à 2500 fr. d'allocations familiales. Outre une hypothèque, ils avaient du retard dans les

paiements relatifs aux travaux dans leur maison. Les parents et beaux-parents les avaient soutenus quelque peu financièrement. L'entente avec les parents de l'assuré était décrite comme bonne, de même qu'avec ses frère et sœur aînés. L'assuré voyait peu sa sœur et une fois par mois ses parents. Le couple n'avait pas de hobby particulier, hormis des promenades dans la nature avec leurs enfants. L'expertisé avait beaucoup moins de relations sociales qu'auparavant et semblait assez isolé. Il était très attaché à ses enfants et avait finalement reconnu s'en occuper. Il n'appréciait guère de jouer avec eux mais les assistait pour les devoirs, la douche et le coucher si nécessaire. Il consultait le Dr E _____ à la demande, ce qui n'était pas fréquent. Il était suivi par le Dr H _____ à raison d'une à deux fois par mois. Il n'avait constaté aucun bénéfice du traitement prescrit par ce spécialiste.

Il se levait entre cinq heures et cinq heures et trente, déjeunait et se rendait à son travail à pied ou en voiture. Il s'occupait de la gestion de l'entrepôt entre sept heures et midi. Il prenait son repas préparé par son épouse. Après avoir affirmé ne pas faire grand-chose l'après-midi, il avait déclaré qu'il s'amuse un peu avec ses enfants et qu'il les emmenait parfois en promenade ou à la piscine. Il participait à certaines tâches ménagères, notamment pour mettre la table et faire du rangement. Il désherbaient parfois le jardin et bricolait un peu. Il regardait peu la télévision, si ce n'était les informations ou les compétitions de football, et n'utilisait guère l'ordinateur. Il s'occupait surtout de ses enfants, c'était ce qui le réjouissait le plus. Il conduisait et le couple allait parfois faire des achats à N _____. L'assuré avait estimé ne pas pouvoir travailler à plus de 50%, en raison de sa nervosité, de troubles de la mémoire et d'une importante fatigue nécessitant des micros-siestes l'après-midi. Il souhaitait une aide pour réaliser une reconversion mais n'avait ni demande ni projet à ce sujet. Celui de reprendre avec son épouse l'hôtel-restaurant de ses beaux-parents ne s'était pas réalisé, car ceux-ci n'avaient pas tenu leur promesse.

L'expert a rapporté les constatations suivantes. Il n'y avait pas de difficultés attentionnelles lors de l'entretien, ni de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation et de la fixation, ni d'argument pour une anxiété généralisée, un trouble panique ou un trouble phobique. L'assuré avait fait état de préoccupations liées à des problèmes financiers, d'irritabilité, d'un manque de motivation, d'une certaine fatigue en raison d'importants troubles du sommeil et d'un appétit variable. Il avait récusé toute idée suicidaire. Au niveau somatique et sur demande seulement, l'expertisé avait mentionné des douleurs dans le bras droit puis le bras gauche, qui compensait le côté droit, des gastralgies et des migraines tensionnelles. Du point de vue de la personnalité,

l'assuré était peu expressif, ne disposait que de peu de capacités introspectives, était très centré sur les symptômes physiques, adoptait une attitude passive/agressive, se positionnait implicitement dans un rôle assez victimaire, notamment vis-à-vis des assurances, et revenait de manière récurrente sur ses potentiels problèmes financiers. Le test correspondant ne mettait pas en évidence de trouble de la personnalité. Il existait une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et d'auto-évaluation, ces derniers étant fortement majorés. Cela suggérait en général une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes et pouvait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin-expert et le médecin traitant, le second émettant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. Il n'y avait pas eu de discussion concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert.

Celui-ci a ensuite analysé successivement les diagnostics psychopathologiques mentionnés dans le dossier, à savoir ceux de trouble dépressif, de dysthymie, d'éventuelle majoration des symptômes, de trouble somatoforme douloureux et de trouble de la personnalité, à la lumière des classifications diagnostiques internationales. Pouvait surtout être évoquée une « sursimulation » qui désignait l'existence d'un fond pathologique réel, exagéré par des facteurs extra-médicaux, notamment un litige asséculo-logique existant depuis 2012. L'assuré faisait beaucoup plus qu'il ne prétendait. Dans ce contexte, il ne pouvait être question d'une anhédonie, d'une aboulie ou d'un apragmatisme marqué. Compte tenu de la durée de l'entretien, de la précision des éléments anamnestiques rapportés et de l'absence de difficultés dans la réalisation des tests, il n'y avait aucune évidence en faveur de troubles cognitifs, attentionnels ou mnésiques. La qualité du sommeil paraissait variable, en fonction des soucis et de la prise de l'antidépresseur utilisé en réserve à cet effet, ce qui n'allait pas dans le sens d'un grave trouble du sommeil. Il n'existait pas de trouble majeur de l'appétit. Une certaine morosité fluctuante et des préoccupations relatives notamment à la procédure asséculo-logique en cours étaient présentes. Les diagnostics de dysthymie voire de trouble dépressif subclinique ou en rémission paraissaient relativement opportuns. La douleur ne paraissait pas jouer un rôle majeur dans le quotidien de l'expertisé. Un hiatus important entre les plaintes douloureuses de l'assuré et les éléments objectifs ressortait du dossier. Il était difficile d'évoquer un trouble somatoforme douloureux qui n'était pas retrouvé antérieurement. Il pouvait être fait référence à une évolution de type sinistrose, suggérée dans le rapport du Dr W _____ du 6 mars 2020. L'assuré n'avait pas connu et ne connaissait pas de situation professionnelle très conflictuelle. Au terme d'une thérapie, les tensions conjugales, probablement aussi relatives à l'échec de la

reprise de l'établissement des beaux-parents de l'expertisé, s'étaient apaisées. Malgré tout, celui-ci ne voulait reconnaître aucune amélioration de sa situation qui finalement, mis à part quelques difficultés financières, était tout à fait satisfaisante. Un trouble majeur de la personnalité ne pouvait être retenu chez l'assuré. Celui-ci apparaissait rigide et désormais passif/agressif. Malgré la recommandation d'envisager une autre activité, il avait poursuivi son travail auprès du même employeur qui lui avait apparemment confié des tâches adaptées. La fragilité de l'expertisé représentait plutôt des traits de personnalité du registre passif/agressif.

L'expert n'a pas posé de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et a énuméré les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de trouble dépressif en rémission (F32.4), avec le diagnostic différentiel de trouble dépressif léger (F32.0), de dysthymie (F34.1), de tendance à la sursimulation (F68.0) et de personnalité avec des traits passifs/agressifs (Z73.1). De son point de vue, son appréciation d'une pleine capacité de travail sous l'angle psychique concordait avec celles de la Dresse M _____ du 25 février 2018 et du Dr W _____ du 6 mars 2020. Le diagnostic de dysthymie posé le 23 décembre 2020 par la Dresse Y _____ était une pathologie mineure et non incapacitante, laquelle consistait en des fluctuations entre une humeur normale et un état subdépressif d'intensité insuffisante pour remplir les critères d'un trouble dépressif clairement constitué. Quant à celui de trouble somatoforme douloureux retenu par cette dernière spécialiste, il ne l'avait pas été par les précédents intervenants et reposait sur une analyse subjective. La thérapie comportait des entretiens psychothérapeutiques une à deux fois par mois et une médication par deux antidépresseurs, dont l'un en réserve pour les troubles du sommeil. L'expertisé coopérait à son suivi médical mais avait peu de choses à en dire. Il n'y avait pas lieu d'envisager d'autres options thérapeutiques. En l'absence de demande motivée en ce sens, il n'y avait pas d'indication à une réadaptation professionnelle. L'activité confiée par l'employeur paraissait adaptée. Les symptômes et les pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assuré manquaient de cohérence et n'étaient pas plausibles. L'environnement de l'expertisé était très favorable, tant au niveau conjugal que familial. Celui-ci n'était pas sans ressources personnelles, au vu de sa mobilisation dans la contestation des décisions assécurologiques qui contrastait avec sa démotivation face à une reconversion professionnelle. L'évolution était largement favorable depuis 2017 et le niveau fonctionnel d'avant l'atteinte à la santé avait été partiellement retrouvé. Une pleine capacité de travail dès le 25 février 2018 dans toute activité adaptée, sans diminution de performance, pouvait être confirmée. L'expertisé travaillait déjà à 50% au dépôt de l'entreprise de son employeur. La reprise avec son

épouse d'un petit hôtel-restaurant de huit chambres exploité par ses beaux-parents correspondait à une activité pleinement adaptée. L'évolution de la capacité de travail était favorable d'un point de vue objectif mais subjectivement, de nombreux facteurs extra-médicaux étaient présents (pièce 269).

Dans son rapport final du 7 mars 2022, le Dr J _____ a estimé que l'expertise du Dr AA _____ remplissait les exigences posées pour la pleine valeur probante d'un rapport médical. De l'avis du médecin du SMR, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels standards confirmait l'absence de gravité du tableau psychique. Les diagnostics incapacitants et les développements relatifs à la capacité de travail qui figuraient dans le rapport final du 7 mai 2020 ont été repris dans celui du 7 mars 2022. Le Dr J _____ a notamment fait état de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'accentuation de traits de personnalité passifs/agressifs (Z73.1) et d'épicondylite gauche modérée (pièce 270).

Dans son courrier du 13 avril 2022, l'assuré a contesté l'expertise du Dr AA _____, tant dans sa réalisation formelle qu'au niveau des conclusions matérielles. Les auto-évaluations inutiles que ce médecin lui avait fait réaliser avaient duré plus de deux heures, alors que l'entretien s'était déroulé durant une heure au maximum et que l'expert avait accordé plus d'importance à son chien, présent lors de la discussion, qu'à l'assuré. Les déclarations du Dr AA _____ à l'issue de l'entretien étaient contraires à la teneur de son rapport. Contrairement aux dires de celui-ci, le médecin traitant n'avait pas été contacté. Au sujet des faiblesses matérielles, l'assuré a renvoyé au compte-rendu annexé du Dr H _____, daté du 8 avril 2022. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière fondée sur les éléments du dossier émanant des médecins traitants ou, au besoin, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un spécialiste indépendant du réseau d'experts sollicités par l'assurance-invalidité (pièces 274 et 275).

Dans son avis du 19 avril 2022, le médecin du SMR a relevé ce qui suit. Dans une grande partie de son courrier du 8 avril 2022, le Dr H _____ avait commenté l'expertise psychiatrique pratiquée en 2018 par la Dresse M _____, laquelle n'avait rien à voir avec la demande de prestations en cours. Concernant l'expertise du Dr AA _____, le Dr H _____ avait indiqué maintenir ses diagnostics, sans toutefois apporter d'élément clinique et objectif de nature à contredire les conclusions de l'expert. Il avait déploré le refus de mesures d'ordre professionnel qui résultait d'une décision administrative et non médicale. L'assuré n'avait fondé ses critiques matérielles de l'expertise menée par le Dr AA _____ que sur le simple renvoi au rapport de son

psychiatre, sans autre détail, et ses allégations relatives aux conditions de l'expertise étaient purement déclaratives (pièce 276).

En date du 1^{er} septembre 2022, l'Office AI a formellement confirmé son projet de décision du 23 juillet 2020 et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a rappelé la jurisprudence applicable en matière de révision du taux d'invalidité et de valeur probante d'un rapport médical. A cet égard, il a souligné que, toujours selon la jurisprudence topique, le temps consacré pour l'entretien d'expertise ne constituait pas en soi un critère d'évaluation de la valeur probante du rapport correspondant. Reprenant l'avis précité du Dr J _____, l'Office AI a estimé que les critiques émises par l'assuré et son psychiatre traitant n'étaient pas propres à remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du 17 février 2022. Les conclusions de ce rapport avaient été corroborées par le médecin du SMR, dans le sens d'une reprise à 100% d'un emploi léger et adapté aux limitations fonctionnelles retenues à compter du 7 novembre 2019 au plus tard. D'un point de vue strictement médical, l'incapacité de travail attestée par le psychiatre traitant dans toute activité lucrative, même légère et adaptée, ne s'expliquait pas par des éléments objectifs mais reposait sur des plaintes subjectives. Il n'y avait donc pas lieu de mener des investigations médicales supplémentaires (pièce 279).

Par décision du 1^{er} septembre 2022, l'Office AI a confirmé son autre projet de décision du 23 juillet 2020 et nié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel. Il a renvoyé aux explications figurant dans la décision de refus de rente du même jour (pièce 280).

Sur demande correspondante de l'assuré en date du 29 septembre 2022 (pièce 281), l'Office AI a répondu, le 5 octobre suivant, que les dispositions relatives à l'enregistrement sonore des entretiens d'expertise, soit l'article 44 alinéa 6 LPGA en lien avec les articles 7k et 7l OPGA, ne s'appliquaient qu'à partir du 1^{er} janvier 2022, si bien que l'entretien mené le 17 août 2021 par le Dr AA _____ n'avait pas fait l'objet d'un tel enregistrement (pièce 283).

F. Le 3 octobre 2022, X _____ a interjeté recours céans contre la décision de refus de rente du 1^{er} septembre précédent en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur une incapacité de travail de 50% et, subsidiairement, à la mise en œuvre par l'intimé d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il s'est référé aux rapports du Dr H _____ des 28 février et 31 août 2020, ainsi qu'à un courriel transmis le 21 mars 2022 à son mandataire au sujet de la manière dont s'était déroulée l'expertise du 17 août précédent, de dix heures à

treize heures, auprès du Dr AA _____. Il en a déduit une nouvelle fois que toute valeur probante devait être déniée au rapport correspondant de cet expert et que le rapport en question devait être écarté du dossier. Aux termes des allégations du recourant, il avait d'abord dû répondre à un questionnaire durant une heure environ. Le Dr AA _____ n'avait pas consulté l'entier du dossier médical. Cet expert avait conclu, sans explication ni commentaire clinique, à une capacité de travail supérieure à celle retenue par les experts précédents. Le recourant s'est également appuyé sur une évaluation de son état de santé psychique demandée par son mandataire au Dr BB _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, effectuée le 26 septembre 2022 et rapportée le 29 septembre suivant. A l'issue de cette évaluation, ce spécialiste a confirmé les éléments mis en évidence chez son patient par le Dr H _____, à savoir une fatigabilité très importante, des troubles de la concentration et de la mémoire, de la tristesse, une péjoration de l'actualité, une perte de l'estime de soi et des troubles du sommeil, en dépit d'une prise en charge optimale. Le Dr BB _____ a fait état d'un épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F33.1), compte tenu d'un abaissement stable de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt, d'une baisse sévère de l'estime de soi, d'une dévalorisation modérée, d'une attitude morose face à l'avenir, de perturbations du sommeil et d'un trouble de l'appétit. Une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité, qui s'inscrivaient davantage dans les répercussions du trouble somatique et non dans le registre psychique, ne pouvaient en revanche être prises en considération. De la fatigabilité n'avait d'ailleurs pas été objectivée au cours de l'évaluation, pas plus qu'une perte de la mémoire ou des fluctuations de l'attention. Le Dr BB _____ a conclu à une capacité de travail limitée à 50% sur le plan psychiatrique. Il a souligné des incohérences, des interprétations partielles et des contradictions dans le rapport d'expertise du Dr AA _____, concernant l'absence d'amélioration clinique significative de la santé psychique de l'assuré malgré les différents traitements pharmacologiques introduits depuis 2012, l'explication du décalage entre les auto- et hétéro-tests par la seule majoration volontaire de la symptomatologie par celui-ci et l'utilisation du concept de sinistrose qui ne correspondait pas à la situation clinique du patient.

Après avoir transmis, pour avis, le mémoire de recours et l'appréciation du Dr BB _____ au médecin du SMR et sur conseil donné le 25 octobre 2022 par celui-ci, l'Office AI a suggéré à la Cour de céans, dans son écriture du 2 novembre suivant, d'interroger directement le Dr AA _____ sur les objections soulevées dans ces

documents et leur éventuelle influence sur les conclusions du rapport d'expertise du 17 février 2022.

La Cour a suivi cette proposition et interpellé le Dr AA _____ par communication du 3 novembre 2022.

Le 15 décembre 2022, celui-ci y a répondu comme suit. Le Dr BB _____ avait rencontré l'assuré le 26 septembre 2022 lors d'un unique entretien dont la durée n'était pas connue. Lui-même avait examiné l'assuré le 17 août 2021, soit environ une année auparavant. Une expertise était une « photographie » d'une situation à un moment donné. L'évolution de l'état de santé de la personne expertisée ne pouvait y être anticipée avec certitude, en fonction de la survenance de nouveaux éléments. En l'occurrence, le facteur de stress important pour l'assuré avait été le dépôt du rapport d'expertise du 17 février 2022, dont les conclusions n'allaient pas dans le sens des espérances de celui-ci et qui avait pu dans un premier temps influencer défavorablement son psychisme. Les soucis actuels de l'assuré ne permettaient pas non plus d'établir automatiquement une dépression. La valeur probante d'un rapport d'expertise privée était sujette à caution, du fait que la partie recourante pouvait ne pas le produire s'il ne lui était pas favorable. Le Dr BB _____ avait pratiqué un examen clinique incomplet et n'avait pas eu à disposition le volumineux dossier médical. Son bref rapport du 29 septembre 2022 n'était pas exhaustivement documenté, ce qui semait le doute sur la valeur probante de ce compte-rendu et ne permettait pas de le qualifier de contre-expertise privée. L'atteinte à la santé n'était pas suffisamment objectivée et ses conséquences sur la capacité de travail n'étaient pas motivées ni cohérentes. Les ressources de l'assuré n'avaient pas été évaluées. Une dépression moyenne ne conduisait pas forcément à une incapacité de travail. Le caractère incapacitant des troubles dépressifs devait aussi être mis en lien avec le champ d'activité professionnelle de l'expertisé. L'échec des différents traitements pharmacologiques depuis 2012 évoqué par le Dr BB _____ paraissait être fondé sur les seuls dires de l'assuré, alors qu'une réponse au traitement au moins depuis mars 2020 ressortait du dossier médical. Ce médecin avait constaté des éléments évocateurs d'un épisode dépressif, en se contentant d'explorer exclusivement les symptômes dépressifs et sans procéder à une discussion contradictoire de l'examen clinique exhaustif présenté dans le rapport d'expertise du 17 février 2022. Les conclusions de ce rapport concernant la sévérité des symptômes anxio-dépressifs ne s'opposaient pas à celles tirées par les précédents spécialistes lors de leurs évaluations respectives des 2 mars 2020 et 3 décembre suivant.

Dans sa communication du 10 janvier 2023, l'intimé a jugé que les explications complémentaires du Dr AA _____ étaient pertinentes et conclu au rejet du recours, ainsi qu'au maintien de sa décision de refus de rente du 1^{er} septembre 2022.

En date du 2 février 2023, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. Au sujet de la durée, non connue, de l'évaluation par le Dr BB _____, il a fait valoir que les experts dont la durée de leurs examens était critiquée ne manquaient pas de relever le caractère non déterminant de la durée d'un entretien d'expertise sur la qualité de celle-ci. Il a ajouté que les remarques du Dr AA _____ au sujet du contenu de l'appréciation du Dr BB _____ correspondaient à une réaction attendue, venant d'un expert qui entretenait des liens de dépendance économique importants avec l'assurance-invalidité et qui critiquait sans retenue tout médecin retenant un diagnostic (invalidant) différent du sien.

Interpellés à cet effet, l'intimé et le recourant ont respectivement indiqué, les 14 et 17 février 2023, ne pas avoir d'observations à formuler sur la dernière écriture de l'autre partie.

La caisse de pension compétente ne s'étant pas déterminée dans le cadre de la présente procédure, l'échange d'écritures a été clos le 30 mars 2023.

Considérant en droit

1.1 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 26*bis* et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le lundi 3 octobre 2022, le recours contre la décision du 1^{er} septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 1 et 3 et art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 38 al. 3 et art. 56 à 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI et 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.

1.2 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, si la décision entreprise est, certes, postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente est antérieur à cette date. En effet, un éventuel droit à la rente débiterait au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations, tardive, reçue le 11 novembre 2019 par l'Office AI (pièce 182), soit dès le 1^{er} mai 2020, si bien qu'il doit être examiné d'après les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.

2.1 Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en estimant qu'à l'instar de ce qui avait été retenu dans la décision du 13 décembre 2018 octroyant à celui-ci une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2018 (pièce 173), l'assuré était toujours en mesure d'exercer à pleins temps et rendement une activité adaptée à son état de santé et qu'en conséquence, le taux d'invalidité de 16% n'avait pas subi de modification notable.

Selon l'article 16 LPGA, 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.

Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, l'article 17 alinéa 1 LPGA prévoyait que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

A cet égard, il a déjà été fait référence, dans la décision attaquée, à l'arrêt paru aux ATF 133 V 108, selon lequel l'examen d'une modification déterminante du taux d'invalidité, au sens de cette dernière disposition, s'opère par comparaison des circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force et fondée sur un examen matériel du droit à la rente.

2.2 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA).

Jusqu'au 31 décembre 2021, l'article 44 LPGA avait la teneur suivante : « Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions ».

La décision entreprise expose déjà la jurisprudence de principe relative à la valeur probante d'un rapport médical (ATF 125 V 351 consid. 3a) et celle retenant que le temps consacré à un entretien d'expertise ne constitue pas en soi un critère d'évaluation de la force probante d'une appréciation médicale (cf. entre autres : arrêts du Tribunal fédéral 8C_130/2023 du 8 août 2023 consid. 4.4.4 et les références, paru *in* SVR 2023 IV Nr. 55 et qui mentionne d'éventuels tests standardisés dans le cadre d'un entretien d'expertise psychiatrique, 8C_771/2019 du 19 mai 2020 consid. 4.4, paru *in* SVR 2021 UV Nr. 2, 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 6, paru *in* SVR 2019 IV Nr. 85, 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références, 8C_47/2016 du 15 mars 2016 consid. 3.2.2, 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1, 9C_747/2011 du 10 février 2012 consid. 2.2.2, 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2, 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et l'arrêt cité, I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 954/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2.1). Il peut donc être renvoyé à ces développements jurisprudentiels.

Il s'impose toutefois de rappeler les termes du considérant 4.5 de l'arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465, selon lesquels les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical. Leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience 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. D'autre part, selon les développements exposés au considérant 4.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007, 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 pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en

requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. 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.

D'autre part, dans l'arrêt paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a fixé de nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques. La présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Tel que jugé dans les arrêts ultérieurs parus aux ATF 143 V 409 et 418, l'application de cette procédure probatoire structurée a été étendue aux cas de troubles dépressifs de degré léger à moyen, respectivement à toutes les affections psychiques.

3.

3.1 Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations qu'il a déposée en novembre 2019 en invoquant une aggravation de son état de santé (pièce 182). Conformément à l'article 17 alinéa 1 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 et applicable par analogie au cas d'une nouvelle demande de prestations, il convient ainsi de comparer les faits déterminants ayant conduit à la décision du 13 décembre 2018 (pièce 173) avec ceux existant au moment de la décision querellée du 1^{er} septembre 2022 (pièce 279) (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et 133 V 108 consid. 5).

La décision du 13 décembre 2018 allouant à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2018 (pièce 173) est fondée sur le rapport final du 24 avril 2018 (pièce 148), dans lequel le médecin du SMR s'est appuyé sur les expertises des Dresses M _____ pour le volet psychiatrique (pièce 299) et L _____ concernant les troubles somatiques (pièce 147). Il a entériné les affections incapacitantes et les limitations fonctionnelles retenues par cette rhumatologue. Il a également repris le diagnostic psychique avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'intensité moyenne

(F43.21), de même que ceux n'influençant pas la capacité de travail, à savoir une personnalité fragile (F60.8) ainsi que d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8), que la Dresse M _____ avait motivés dans son rapport du 25 février 2018 (pièce 299). Toujours aux termes du rapport final précité du SMR, l'experte-psychiatre en avait déduit une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et une capacité de travail totale dans le cadre d'une reconversion à un poste comportant des charges physiques moins importantes, par exemple dans l'hôtellerie et la restauration, en précisant que l'exigibilité serait durablement complète dans tout métier adapté (pièce 299). Opérant une synthèse entre les périodes d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et à un poste adapté que ces deux spécialistes avaient fixées dans leurs rapports d'expertise respectifs des 25 février (pièce 299) et 11 avril 2018 (pièces 147), le médecin du SMR a conclu que dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était de 100% du 20 janvier au 19 décembre 2016 et de 50% dès le 20 décembre 2016 et que dans une activité adaptée, l'incapacité de travail était de 100% du 20 janvier au 19 décembre 2016, de 50% du 20 décembre 2016 au 15 février 2018 et de 0% dès le 16 février 2018, date de l'examen d'expertise psychiatrique pratiqué par la Dresse M _____ (pièce 148).

La décision entreprise du 1^{er} septembre 2022, par laquelle le droit de l'assuré à une rente d'invalidité a été nié (pièce 279), repose sur le rapport final établi le 7 mars 2022 par le Dr J _____ du SMR (pièce 270), dans lequel les diagnostics incapacitants et les développements relatifs à la capacité de travail figurant dans celui du 7 mai 2020 (pièce 210) ont été repris, ainsi que sur l'avis émis par ce médecin le 19 avril 2022 (pièce 276). Les diagnostics incapacitants énumérés dans les rapports des 7 mai 2020 (pièce 210) et 7 mars 2022 (pièce 270) sont d'ailleurs les mêmes que ceux déjà relevés dans l'appréciation finale du 24 avril 2018 (pièce 148) ayant donné lieu à la décision du 13 décembre suivant (pièce 173). Dans son rapport final du 7 mars 2022 (pièce 270), le Dr J _____ a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique établi le 17 février 2022 par le Dr AA _____ (pièce 269). Sur la base des conclusions de cette expertise et contrairement à ce qu'il avait mentionné dans son évaluation du 24 avril 2018 (pièce 148), le médecin du SMR n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique incapacitant. Il a notamment fait état de diagnostics sans effet sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'accentuation de traits de personnalité passifs/agressifs (Z73.1) et d'épicondylite gauche modérée. A l'instar de ce qu'il avait déjà exposé dans son rapport du 7 mai 2020 (pièce 210), le Dr J _____ a conclu, en date du 7 mars 2022, qu'une incapacité totale de travail pouvait être admise depuis l'accident du

22 décembre 2018 jusqu'au 6 novembre 2019 mais qu'à partir du 7 novembre 2019, date à laquelle les différents examens spécialisés avaient abouti aux mêmes résultats que ceux constatés par le Dr V _____, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée telle que décrite antérieurement (pièce 270).

Aucune aggravation déterminante de l'état de santé ni de la capacité de travail ou de gain ne ressort ainsi de la comparaison entre les faits à l'origine de la décision du 13 décembre 2018, d'une part (pièce 173), et ceux du prononcé du 1^{er} septembre 2022, d'autre part (pièce 279). Une amélioration est même intervenue durant cette période. Les diagnostics incapacitants sont demeurés inchangés. Il n'y a même plus d'affections psychiques influant sur la capacité de travail. Le recourant est toujours en mesure d'exercer à pleins temps et rendement une activité adaptée à ses troubles psychiques.

3.2.1 Dans ses différentes écritures, l'assuré a contesté l'évaluation par le médecin du SMR de son état de santé non pas somatique, mais psychiatrique. Il a plus particulièrement invoqué que le rapport d'expertise psychiatrique externe, établi le 17 février 2022 par le Dr AA _____ (pièce 269), n'était pas probant.

Pour rappel, cet expert a été mandaté par l'Office AI en date du 5 mai 2021 (pièces 248 et 249). A la suite des objections formulées le 18 mai suivant par l'assuré concernant le choix de l'expert (pièce 252), l'Office AI a rendu une décision incidente, datée du 21 mai 2021, par laquelle il a confirmé le mandat en question et contre laquelle l'assuré n'a pas recouru (pièce 253). La désignation du Dr AA _____ en tant qu'expert-psychiatre est ainsi intervenue conformément à la procédure en vigueur sous l'égide de l'article 44 LPGa, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021.

Comme le Dr J _____ l'a estimé dans son rapport final du 7 mars 2022 (pièce 270), le rapport d'expertise psychiatrique du 17 février précédent (pièce 269) répond en tous points aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un rapport médical. Après avoir rappelé en détail les motifs et surtout le contexte médical de l'expertise, le Dr AA _____ a procédé à une synthèse des pièces médicales et administratives topiques du dossier. Les informations recueillies au cours de l'entretien du 17 août 2021 ont également été rapportées avec soin (indications spontanées de l'assuré, entretien approfondi concernant les antécédents personnels, l'anamnèse professionnelle, affective et sociale ainsi que socio-économique récente, les antécédents médicaux et psychiatriques, notamment familiaux, le traitement actuel, le déroulement d'une journée-type et, finalement, la perception de l'avenir en général et sur le plan professionnel). L'expert-psychiatre a ensuite exposé ses propres

constatations et les résultats des tests psychométriques. Il a discuté les diagnostics psychiatriques ressortant du dossier avant de définir ses propres diagnostics. Il les a motivés dans le cadre d'une évaluation médicale et médico-assurantielle claire et cohérente, à la lumière des indicateurs jurisprudentiels applicables (résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale de l'assuré, évaluation de l'évolution à ce jour, en particulier des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, évaluation de la cohérence et de la plausibilité, en particulier du niveau d'activité avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé de même que dans les différents domaines de la vie puis appréciation des capacités, des ressources et des difficultés). Il a enfin répondu aux questions du mandat d'expertise relatives à la capacité de travail ainsi qu'au rendement dans l'activité antérieure et dans une activité adaptée.

3.2.2 Dans son courrier du 13 avril 2022 (pièce 274), lequel reprenait bon nombre d'éléments relatés à son mandataire par courriel du 21 mars précédent annexé au recours, ainsi que dans son mémoire du 3 octobre 2022, le recourant a argué que toute valeur probante devait être déniée au rapport d'expertise psychiatrique du Dr AA _____ (pièce 269).

A l'issue de son examen du 17 août 2021, cet expert a pourtant donné la possibilité à l'assuré de compléter l'entretien d'expertise par une communication ultérieure, ce qui a été fait le 5 septembre 2021 (pièce 269, page 794). Dans le message électronique correspondant, l'expertisé s'est borné à préciser quelques points relatifs à l'anamnèse familiale et à sa situation familiale, sociale et personnelle. En revanche, il n'y a émis aucune critique concernant la manière dont s'était déroulé l'examen en question, notamment au sujet de la réalisation des tests psychométriques, de la durée de l'entretien avec l'expert ou de la présence du chien de celui-ci lors de cette discussion.

Les allégations de l'assuré au sujet de la durée de l'expertise psychiatrique du 17 août 2021 sont au demeurant contradictoires. Le 13 avril 2022, il a indiqué avoir effectué des auto-évaluations pendant plus de deux heures, alors que l'entretien avait duré une heure au maximum (pièce 274). Dans son courriel du 21 mars précédent, annexé à son recours du 3 octobre 2022, l'assuré a par contre mentionné que l'expertise s'était déroulée de dix heures à treize heures et qu'il avait d'abord dû répondre à un questionnaire durant une heure environ. Ces précisions tendent à corroborer la durée de deux heures consacrée à l'entretien d'expertise, telle qu'elle figure dans le rapport du Dr AA _____ du 17 février 2022 (pièce 269). A titre de comparaison, le temps des examens d'expertise pratiqués par la Dresse M _____ le 16 février 2018 (pièce 299) et la Dresse Y _____ le 3 décembre 2020 était de deux heures et dix minutes,

respectivement de deux heures. Ces deux entretiens n'ont cependant jamais été jugés trop courts par l'expertisé. De toute manière, la jurisprudence topique rappelée plus haut, de même que dans la décision entreprise (pièce 279), prévoit que le temps consacré à un entretien d'expertise ne constitue pas en soi un critère d'évaluation de la force probante d'une appréciation médicale. L'arrêt précité 8C_130/2023 fait d'ailleurs mention d'éventuels tests standardisés dans le cadre d'un entretien d'expertise psychiatrique. Contrairement à ce que le recourant a estimé dans sa prise de position du 13 avril 2022 (pièce 274), de telles auto-évaluations ne sont donc pas inutiles. Quant aux autres critiques formulées à cette dernière date sur le déroulement de l'expertise effectuée le 17 août 2021 par le Dr AA _____, c'est à juste titre que le médecin du SMR les a qualifiées, dans son avis du 19 avril 2022, de purement déclaratives (pièce 276). Il ressort plus particulièrement d'un courrier daté du 2 septembre 2021 que le Dr AA _____ a bel et bien sollicité des renseignements supplémentaires de la part du psychiatre traitant (pièce 258). Aux termes du rapport d'expertise du 17 février 2022, cette demande est restée lettre morte (pièce 269). D'autre part, au vu de l'exposé détaillé des circonstances médicales de l'expertise, de la synthèse des pièces du dossier, de la discussion des diagnostics psychiatriques posés au fil du cas et de la motivation des diagnostics retenus dans ce rapport, le recourant a prétendu à tort, dans son mémoire du 3 octobre 2022, que le Dr AA _____ n'avait pas consulté l'entier du dossier médical et qu'il avait conclu, sans explication ni commentaire clinique, à une capacité de travail supérieure à celle retenue par les experts précédents. Comme pertinemment souligné par le médecin du SMR dans son avis du 19 avril 2022 (pièce 276) puis repris dans la décision attaquée du 1^{er} septembre suivant (pièce 279), le courrier du 8 avril 2022, dans lequel le Dr H _____ a surtout commenté l'expertise psychiatrique pratiquée en 2018 par la Dresse M _____ (pièce 275), n'était de surcroît pas de nature à contredire les conclusions du Dr AA _____ (pièce 269). Il en va de même des rapports du psychiatre traitant des 28 février et 31 août 2020 (pièce 224), auxquels le recourant s'est référé dans son mémoire du 3 octobre 2022 et qui ont bien été pris en compte dans le rapport d'expertise psychiatrique du 17 février 2022 (pièce 269).

Enfin et à l'instar de l'intimé dans sa communication du 10 janvier 2023, la Cour estime pertinentes les explications données le 15 décembre 2022 par le Dr AA _____, en relation avec l'évaluation du Dr BB _____ adressée le 29 septembre précédent au représentant du recourant. Cette évaluation n'a pas force probante déjà du simple fait que ce dernier spécialiste n'a pas eu à disposition le volumineux dossier médical de l'assuré. Elle ne comporte en outre pas d'analyse des indicateurs jurisprudentiels relatifs à la capacité de travail de l'expertisé. Pareille lacune a d'ailleurs été relevée à bon

escient par le recourant, en date du 21 septembre 2020 (pièce 223), afin de contester la valeur probante du rapport du Dr W _____ du 6 mars 2020 (pièce 307, pages 1436 à 1441). Le Dr BB _____ n'a pas non plus abordé l'aspect central du présent cas, à savoir l'évolution de la situation médicale de l'assuré entre les dates déterminantes des décisions des 13 décembre 2018 (pièce 173) et 1^{er} septembre 2022 (pièce 279). C'est du reste la raison pour laquelle tant le médecin du SMR, dans ses prises de position des 13 janvier (pièce 238) et 24 février 2021 (pièce 244), que l'assuré, dans sa lettre du 18 mai suivant (pièce 252), ont estimé que le rapport d'expertise psychiatrique rédigé le 23 décembre 2020 par la Dresse Y _____ (pièce 236) n'était pas probant et qu'ils ont jugé nécessaire d'organiser une autre expertise psychiatrique. Il convient également de relever des contradictions dans le rapport du Dr BB _____. Celui-ci a indiqué, au début de ce document, qu'il confirmait les éléments mis en évidence chez son patient par le Dr H _____, soit notamment une fatigabilité très importante ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. Plus loin dans son évaluation, aux pages 4 et 5, le Dr BB _____ a néanmoins relevé qu'il n'avait pas constaté de fatigabilité, pas plus qu'une perte de la mémoire ou des fluctuations de l'attention.

3.2.3 Au vu de l'exposé détaillé, dans la partie « faits » du présent jugement, du contenu du rapport d'expertise psychiatrique du 17 février 2022 (pièce 269) et comme le Dr J _____ l'a souligné dans son rapport final du 7 mars 2022 (pièce 270), l'examen des indicateurs jurisprudentiels auquel le Dr AA _____ a procédé, et sur lequel il n'y a pas lieu de revenir, a permis de conclure à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant. Le recourant n'a d'ailleurs jamais prétendu que cette analyse n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. En outre, une comparaison attentive entre des faits déterminants dans le cadre de l'administration structurée des preuves, en particulier ceux relatifs au status psychiatrique, au traitement, à la personnalité, au contexte social ainsi qu'au niveau d'activité dans les différents domaines de la vie, qui ressortent, d'une part, de rapports médicaux antérieurs et même postérieurs à la décision du 13 décembre 2018 (pièce 173), tels que ceux du Dr H _____ des 14 juin 2017 (pièces 120 et 121), 17 janvier 2020 (pièce 198), 28 février 2020 (pièce 309, pages 1554 et 1555) et 31 août 2020 (pièce 224), du Dr I _____ du 25 septembre 2017 (pièce 294, pages 938 à 946), de la Dresse M _____ du 25 février 2018 (pièce 299) et de la Dresse Y _____ du 23 décembre 2020 (pièce 236) et, d'autre part, du rapport du Dr AA _____ du 17 février 2022 (pièce 269), ne montre en tout cas pas de péjoration de ces éléments topiques et fait même apparaître une amélioration de certains d'entre eux.

Cette remarque est particulièrement prégnante en ce qui concerne l'entente conjugale. Le 25 février 2018, la Dresse M _____ a rapporté que les relations entre l'expertisé et sa conjointe s'étaient dégradées, celle-ci ayant évoqué l'éventualité d'un divorce (pièce 299). Dans ses réponses du 31 août 2020 au mandataire de l'assuré, le psychiatre traitant a fait état d'une dynamique de couple tendue et conflictuelle (pièce 224). En date du 23 décembre 2020, la Dresse Y _____ a relevé que l'expertisé avait spontanément évoqué des difficultés conjugales (pièce 236). En revanche, lors de l'entretien d'expertise du 17 août 2021 avec le Dr AA _____, l'assuré a expliqué qu'il y avait eu beaucoup de tensions conjugales deux ou trois ans auparavant, que depuis une année cependant, grâce aux entretiens de couple avec le psychiatre traitant, la situation s'était améliorée, que le couple s'entendait bien et que son épouse faisait preuve de compréhension à son égard. L'expert a précisé dans son rapport correspondant du 17 février 2022 qu'au terme d'une thérapie, les tensions conjugales, probablement aussi relatives à l'échec de la reprise de l'établissement des beaux-parents de l'expertisé, s'étaient apaisées (pièce 269). Dans ce contexte, il convient de souligner également la constatation chez son patient par le Dr H _____, dans son compte-rendu établi le 17 janvier 2020 à l'attention de l'Office AI, d'un sentiment focalisé d'injustice, de préjudice voire de persécution faisant craindre des passages à l'acte auto-ou hétéro-agressifs, ainsi que d'idées noires avec des idées suicidaires sporadiques (pièce 198). Dans son rapport d'expertise du 23 décembre suivant, la Dresse Y _____ a fait état d'idées noires sans intention suicidaire vraie (pièce 236). Il ressort finalement du rapport du Dr AA _____ du 17 février 2022 que l'assuré avait nié toute idée suicidaire (pièce 269).

Dans la décision querellée du 1^{er} septembre 2022, l'Office AI a exposé que d'un point de vue strictement médical, l'incapacité de travail attestée par le psychiatre traitant dans toute activité lucrative, même légère et adaptée, ne s'expliquait pas par des éléments objectifs mais qu'elle reposait sur des plaintes subjectives (pièce 279). Cet argument se vérifie effectivement à la lecture du dossier. Selon les réponses données à la Dresse Y _____ le 3 décembre 2020, l'assuré était occupé à 50% et ne se sentait pas apte à augmenter son taux d'activité pour des motifs psychiques, notamment à cause de la fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'irritabilité. Il n'avait pas été en mesure d'expliquer l'importance des troubles psychiques secondaires aux problèmes somatiques et avait déploré ne pas être compris ou entendu (pièce 236). En date du 17 août 2021, le recourant a déclaré au Dr AA _____ qu'il estimait aller un peu moins bien depuis 2017, sans pouvoir vraiment préciser cette péjoration, et ne pas être à même de travailler à plus de 50%, en raison de sa nervosité, de troubles de la mémoire

et d'une importante fatigue (pièce 269). Le 17 janvier 2020, le Dr H _____ n'a toutefois signalé que de discrets troubles de la mémoire (pièce 198). Dans son rapport d'expertise du 23 décembre 2020, la Dresse Y _____ a constaté chez l'assuré un ralentissement psychomoteur modéré, sans troubles de la concentration et de la mémoire cliniquement observables, ainsi que des traits de personnalité notamment impulsive, mais sans trouble de la personnalité au sens des classifications internationales (pièce 236). D'après les constatations et explications du Dr AA _____ dans son rapport du 17 février 2022, l'entretien d'expertise n'avait pas révélé de difficultés attentionnelles ni de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation et de la fixation. Il n'y avait aucune évidence en faveur de troubles cognitifs, attentionnels ou mnésiques. La qualité du sommeil paraissait variable, en fonction des soucis et de la prise de l'antidépresseur utilisé en réserve à cet effet, ce qui n'allait pas dans le sens d'un grave trouble du sommeil. Un trouble majeur de la personnalité ne pouvait être retenu chez l'assuré. Celui-ci apparaissait rigide et désormais passif/agressif. L'évolution était largement favorable depuis 2017 et le niveau fonctionnel d'avant l'atteinte à la santé avait été partiellement retrouvé (pièce 269). Quant au Dr BB _____, il a indiqué ne pas avoir objectivé de fatigabilité au cours de son évaluation du 26 septembre 2022, pas plus qu'une perte de la mémoire ou des fluctuations de l'attention.

En conséquence, les troubles qui, selon le recourant, l'empêchent de travailler à plus de 50%, à savoir de la fatigabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que de l'irritabilité et de la nervosité, soit n'ont pas été constatés, soit ont été jugés peu importants par les différents spécialistes précités. Il convient de souligner au passage que le 7 avril 2020, l'assuré s'est tout de même inscrit auprès de l'ORP en tant que demandeur d'emploi à plein temps (pièce 309, page 1546). Il a d'autre part déclaré au Dr AA _____, le 17 août 2021, qu'il aidait ses beaux-parents dans l'exploitation de leur hôtel, au taux d'occupation de 20%, pour le nettoyage des chambres ainsi que le service et que depuis octobre 2020, il travaillait à 50% auprès de l'entreprise A _____ SA, en œuvrant dans la gestion du dépôt, la réception de matériel et le rangement (pièce 269). Ce taux d'activité global de 70% est ainsi supérieur à celui de 50% que l'assuré a prétendu ne pas être capable d'augmenter.

3.2.4 Au vu de ce qui précède, des considérants topiques de l'ATF 135 V 465 et de l'arrêt U 571/06 ainsi que du principe de l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, il est notamment renvoyé à l'ATF 145 I 167 consid. 4.1 et aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du

1^{er} septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2.), c'est à juste titre que l'intimé s'est appuyé sur les conclusions probantes émises le 17 février 2022 par le Dr AA _____ (pièce 269) pour se prononcer sur le droit à la rente du recourant. Il est exclu de se fonder à cet effet sur les appréciations des médecins traitants voire de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique, comme requis par l'assuré dans son écriture du 13 avril 2022 (pièce 274) et son mémoire du 3 octobre suivant.

Quant au calcul du taux d'invalidité de 16.07% ressortant de la décision du 1^{er} septembre 2022 (pièce 279), il se révèle correct et n'a à juste titre pas été contesté par le recourant. Le revenu sans invalidité de 68'971 fr. 60, déterminé en référence à une activité d'aide-sanitaire à plein temps pour l'année 2019, résulte des données salariales relatives à l'activité de l'assuré auprès de l'entreprise A _____ SA (pièces 7, 13, 115, 190 et 309, pages 1539, 1540 et 1562). La déduction de 15% du salaire statistique topique ayant servi de base au revenu d'invalidité de 57'889 fr. 70 apparaît du surcroît favorable au recourant, de nationalité suisse, âgé de quarante-neuf ans au moment du calcul du taux d'invalidité et de cinquante-deux ans à la date de la décision querellée (pièces 4 et 279) et disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant quelques limitations physiques peu importantes (pièces 147, 148 et 210), ce qui semble être le cas du poste aménagé depuis octobre 2020 par l'employeur actuel (pièces 236 et 269), auprès duquel l'assuré travaille depuis le 16 novembre 2009 (pièce 7).

Partant, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 1^{er} septembre 2022 confirmée.

4.

4.1 Les frais, arrêtés à 500 fr. compte tenu de l'importance de la procédure, sont donc mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant versée le 7 octobre 2022.

4.2 Etant donné l'issue du litige, il n'est alloué de dépens ni au recourant (art. 61 let. g LPGa *a contrario*) ni à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 1^{er} septembre 2022 est confirmée.
2. Les frais de 500 fr. sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 novembre 2024