

S1 22 1

ARRÊT DU 20 DÉCEMBRE 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Laure Panchard, avocate, 1920 Martigny
1

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 17 LPGA, 43 et 44 aLPGA ; révision, valeur probante d'une expertise
psychiatrique)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1963, ressortissant portugais, divorcé et père de deux filles, sans formation particulière, a exercé différentes activités professionnelles dans le domaine de la construction depuis son arrivée en Suisse en 1982. A partir de 2004, il a travaillé à plein temps en qualité de serrurier-constructeur (pièces OAI 6 et 15).

Le 25 mai 2008, l'assuré a été victime d'un accident de moto lui occasionnant une fracture non déplacée du cotyle droit traitée conservativement, une fracture du radius distal gauche de type compression-flexion avec déplacement important traitée par fixateur externe, ainsi qu'une fracture Galeazzi à droite traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque et embrochage (pièce OAI 242, pp. 817 et 884).

Malgré une évolution lentement favorable permettant une reprise de son emploi de serrurier à 50% à partir du 8 décembre 2008, il a encore présenté de multiples plaintes, notamment des douleurs radio-cubitales distales bilatérales prédominantes à droite, ainsi que des douleurs postérieures à la hanche droite (pièce OAI 242, pp. 817 et 818). En raison de ses atteintes, la mobilité et la force étaient réduites au niveau de ses deux avant-bras (pièce OAI 242, p. 826).

Afin d'obtenir une reconversion professionnelle, l'intéressé s'est annoncé auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), le 27 mai 2009 (pièce OAI 6). Les douleurs présentes dans les deux poignets avec un syndrome d'impaction ulnaire à droit rendaient impossible un taux d'activité supérieur à 50% dans l'activité de soudeur. Dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail était cependant attendue (pièces OAI 41, 53 et 56). Néanmoins, l'intéressé a réussi à reprendre son activité habituelle, puis à l'augmenter jusqu'à un taux de 80% (pièces OAI 83 et 84).

Par décisions du 25 septembre 2012, l'OAI a refusé d'allouer des prestations AI à son assuré, au motif qu'il avait repris son activité professionnelle à un taux de 80% et que son taux d'invalidité de 34% était insuffisant pour lui octroyer une rente (pièces OAI 87 et 88). Dans le cadre de la procédure menée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), l'assuré a en outre été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 20% depuis le 1^{er} juillet 2012 (pièce OAI 262, p. 1113).

B. Le 27 mars 2015, l'assuré a été victime d'une chute de sa hauteur en montant un escalier d'embarquement pour avion, lui causant un choc direct sur son genou droit (pièce OAI 263, pp. 1136 et 1148).

En raison de cette grave entorse, comprenant une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) ainsi qu'une déchirure du ménisque interne, il a subi une méniscectomie (résection de 30% de la corne postérieure du ménisque interne) sous arthroscopie le 14 juillet 2015 (pièce OAI 263, pp. 1119 et 1130). Par ailleurs, en juin 2015, il a été soumis à une exérèse d'une lésion cutanée au niveau de la face palmaire P3-D4 gauche après s'être planté une pointe de soudure brûlante dans son doigt (pièces OAI 263 [p. 1131] et 264 [p. 1196]).

Sur recommandation de la CNA, X _____ s'est annoncé à l'OAI le 11 novembre 2015 (pièce OAI 94).

Le 29 janvier 2016, il a été victime d'une nouvelle chute après avoir glissé sur une plaque de glace (pièce OAI 264, p. 1164). Son incapacité de travail se prolongeant, l'assuré a été licencié pour fin février 2016 (pièce OAI 264, p. 1161). A cette période, il éprouvait toujours des douleurs mal systématisées au genou droit ainsi qu'au niveau du pli de l'aine (pièce OAI 279, p. 1373). En raison d'une récurrence de la lésion méniscale interne du genou droit, l'intéressé a subi, le 18 juillet 2016, une nouvelle arthroscopie avec résection méniscale interne *a minima* (pièce OAI 279, p. 1325). Cette intervention a soulagé les gonalgies internes droites et a permis une reprise d'activité à 50% en octobre 2016 (pièce OAI 279, p. 1323). L'assuré s'est ensuite inscrit auprès de l'assurance-chômage, dans la mesure où il n'était plus au bénéfice d'un arrêt de travail à partir du 21 novembre 2016 (pièce OAI 279, pp. 1288 et 1297).

En mars 2017, il s'est rendu à la consultation du Service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital de Martigny pour des douleurs mécaniques du genou droit. L'examen réalisé a mis en évidence une surcharge du compartiment fémoro-tibial interne (pièce OAI 279, p. 1287). Le 18 août 2017, il a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA afin de faire le point. Ce dernier a estimé qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était nécessaire (pièce OAI 279, p. 1272). Du 29 août 2017 au 26 septembre suivant, l'assuré a ainsi séjourné à la CRR pour y subir des thérapies physiques et fonctionnelles. A sa sortie, un traitement conservateur lui a été proposé et aucun arrêt de travail dans une activité adaptée ne lui a été octroyé. Néanmoins, le consilium psychiatrique réalisé le 30 août 2017 auprès de la Dresse A _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mis en avant un épisode dépressif moyen (F32.1) avec baisse de l'humeur, troubles du sommeil, aboulie, anhédonie et présence d'idées noires sans idéations suicidaires actives, nécessitant l'introduction d'un traitement antidépresseur (pièce OAI 282, pp. 1435 à 1437). Des examens neuropsychologique et neurologique du 7 septembre 2017 ont en outre objectivé une

mémoire verbale très faible, des difficultés attentionnelles, résultant d'un ensemble de facteurs sociaux, contextuels et psychologiques, ainsi que des céphalées de tensions (pièce OAI 282, pp. 1423 à 1427).

Arrivant au terme de son droit à des indemnités de chômage en novembre 2017, l'assuré a repris contact avec le Service de réadaptation de l'OAI pour mettre en place un projet professionnel dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles physiques (pièce OAI 120). En raison de son profil (aucune formation) et du manque de motivation dont il a fait preuve, l'OAI a rapidement mis un terme à son mandat de reclassement professionnel le 12 février 2018 (pièce OAI 123).

Dans le cadre de la procédure menée par la CNA, son médecin d'arrondissement, le Dr B _____, a examiné l'intéressé le 21 février 2018. A son avis, la situation médicale était stabilisée au niveau du genou droit et l'assuré avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant l'utilisation répétée d'escaliers, les positions accroupies ou à genoux, les positions statiques prolongées et la marche prolongée en terrain irrégulier (pièce OAI 288). Reprenant les conclusions du médecin d'arrondissement, la CNA a octroyé un rente d'invalidité de 20% du 1^{er} janvier 2018 au 28 février suivant, puis de 27% à partir du 1^{er} mars 2018, attendant de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle adaptée (pièces OAI 291 et 293). Le recours interjeté contre ce prononcé, relatif au taux d'invalidité et au lien de causalité des troubles psychiques avec l'accident du 27 mars 2015, a été rejeté par arrêt du 4 septembre 2020 de la Cour de céans (S2 18 91).

C. Du 20 mars 2018 au 24 mars suivant, l'intéressé a séjourné à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz en raison d'idées suicidaires scénarisées dans un contexte de difficultés relationnelle (rupture sentimentale avec épisode de violence) et professionnelle (fin de droit du chômage et des indemnités journalières de la CNA). Le traitement introduit a permis de contrôler les angoisses et les idées noires ainsi que suicidaires, de sorte qu'il a pu quitter l'établissement afin de rejoindre au Portugal sa mère qui se trouvait en fin de vie. A sa sortie, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) a été posé, l'assuré étant invité à continuer son traitement médicamenteux et un suivi ambulatoire (pièce OAI 129).

Après être revenu en Suisse, l'assuré a été hospitalisé une seconde fois à Malévoz du 25 avril 2018 au 12 juin suivant, sur requête de la Dresse A _____ pour une recrudescence d'idéations suicidaires. Pour cette dernière, son patient souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1 et F32.2) en raison de multiples facteurs

contextuels, d'un tableau douloureux au membre inférieur gauche et d'une situation personnelle complexe (pièce OAI 133). Les spécialistes de Malévoz ont en outre retenu le diagnostic de trouble de la personnalité (F60.9), au vu de la méfiance dont l'intéressé faisait preuve, de ses interprétations et de ses difficultés relationnelles (pièce OAI 136).

Le 15 juin 2018, la Dresse A _____ a observé que la symptomatologie dépressive et anxieuse de son patient était toujours présente (humeur abaissée, idées noires avec idéations suicidaires fluctuantes, dépendance à sa situation psychosociale complexe). Par la suite, les consultations se sont espacées du fait de difficultés financières liées aux déplacements. Lors de son dernier examen du 7 août 2018, elle a relevé que l'humeur de son patient restait globalement abaissée, que sa symptomatologie anxieuse était partiellement contrôlée par le traitement psychotrope et que ses idées noires étaient moins présentes avec des difficultés sociales et financières qui étaient au premier plan. Elle a ajouté que l'intéressé envisageait de se rendre au Portugal pour rendre visite à sa famille (pièce OAI 144). Selon la Dresse A _____, la capacité de travail médico-théorique de son patient était nulle depuis novembre 2017 (pièce OAI 149).

Après avoir examiné une nouvelle fois l'intéressé le 21 décembre 2018, la Dresse A _____ a relaté que son patient n'avait plus consulté de médecin depuis son retour du Portugal (séjour de trois semaines) pour des raisons financières, qu'il n'avait pas de domicile fixe, qu'il devait faire face à de nombreuses dépenses et factures et qu'il avait pour seul revenu la rente partielle de la CNA, la totalité de son deuxième pilier ayant été investie dans l'ancien logement conjugal qui était à présent en vente. Au niveau psychique, elle a indiqué que son patient avait interrompu son traitement, si bien que la symptomatologie dépressive et anxieuse s'était amplifiée. Il refusait cependant de reprendre un suivi ambulatoire, en raison des frais (quote-part) que cela lui occasionnerait. Selon la psychiatre, au vu de la dégradation de la situation sociale et financière, l'intéressé se trouvait en incapacité de travail de longue durée, depuis début 2018, pour un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, justifiant l'octroi d'une rente (pièce OAI 153).

Ces éléments ont été soumis au Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR) qui a confirmé, le 15 janvier 2019, que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2017 (pièce OAI 155).

Par décision du 21 janvier 2019, l'OAI a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2016 au 31 décembre suivant, d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 28 février suivant, d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2017

au 31 décembre suivant, puis d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018 (pièces OAI 156, 157 et 165).

D. Procédant à une révision d'office début 2020, l'OAI a requis de nouveaux rapports aux différents médecins de l'assuré (pièces OAI 178 et 181).

Le 2 mars 2020, la Dresse A _____ a indiqué n'avoir plus revu en consultation l'intéressé depuis le 20 décembre 2018 (pièce OAI 182). Le médecin traitant du recourant, le Dr C _____, généraliste, n'a pour sa part pas répondu aux sollicitations de l'OAI (pièce OAI 188).

Une expertise psychiatrique a ainsi été réalisée le 14 décembre 2020 par le Dr D _____ de l'établissement Expertises et Centre médical de Vernier (ECMV) afin de clarifier la sémiologie des troubles psychiques (pièce OAI 194). Ce spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a relevé que l'assuré était ralenti au quotidien par une fatigue, des troubles de la concentration, des douleurs physiques et un déconditionnement lié à une longue pause professionnelle, mais qu'il arrivait néanmoins à gérer adéquatement la plupart de son quotidien et à s'adapter et qu'il bénéficiait d'un réseau social (pp. 33 et 34 de l'expertise). Selon l'expert, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiques sévères, il existait une discordance entre la capacité de travail nulle de l'assuré (qui le justifiait en raison de sa démotivation et son manque de formation) et les activités qu'il réalisait durant la journée (p. 35). Le Dr D _____ a retenu le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis janvier 2019 (p. 45), dans un contexte de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile et dépendante non décompensés (Z73.1 ; p. 52). En l'absence d'avis somatique posant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'expert a retenu celui de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54 ; p. 51). Il a ensuite estimé que les indices de gravité des troubles psychiques étaient partiellement remplis depuis janvier 2019 et justifiaient une incapacité de travail de 50% (pp. 48 à 50, 54 et 55). Pour l'expert, la capacité de travail pouvait être améliorée avec la mise en place d'un traitement psychiatrique adapté (p. 60). Le pronostic d'une reprise était cependant défavorable au vu de l'âge de l'assuré, de son éloignement du marché du travail et de son status algique important (p. 56).

Reprenant cette expertise dans un rapport final du 4 janvier 2021, le SMR a confirmé qu'une activité adaptée aux limitations somatiques pouvait être reprise à 50% dès le 1^{er} janvier 2019 (pièce OAI 195). Au vu de cette capacité de travail partielle récupérée

par l'intéressé, l'OAI a examiné si des mesures de réadaptation devaient être mises en œuvre. Face à l'attitude de l'assuré s'estimant en incapacité totale de reprendre une activité, le Service de réadaptation de l'OAI a classé son mandat (pièce OAI 206).

Après que l'OAI lui eut enjoint, l'assuré a repris un suivi psychiatrique auprès de la Dresse A _____ (pièce OAI 196). Le 4 mars 2021, cette psychiatre a observé que son patient présentait toujours des signes cliniques d'un épisode dépressif moyen à sévère, dont une humeur abaissée avec des idées noires ainsi qu'une anxiété palpable. Elle a ajouté avoir adressé l'assuré au Centre de compétence en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP) pour une prise en charge plus intensive (pièce OAI 212).

Le suivi était dès lors assuré à une fréquence bimensuelle auprès du Dr E _____ du CCPP. Le 17 juin 2021, ce psychiatre a attesté une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations physiques, en relevant qu'une symptomatologie dépressive était présente avec un épisode moyen et syndrome somatique, ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante. A son avis, une activité adaptée pouvait être reprise à 50% de manière progressive et en tenant compte des limitations ainsi que du déconditionnement de l'intéressé (pièce OAI 213). Le 28 juin 2021, le Dr E _____ a ajouté qu'il serait souhaitable d'évaluer la capacité de travail de son patient dans un milieu protégé, dans la mesure où il faisait face à un déconditionnement physique et psychique (pièce OAI 215).

Le 6 mai 2021, le Dr C _____ a estimé que l'expertise du Dr D _____ était basée sur des informations « fausses, inventées ou romancées », qu'elle relevait d'une « vie imaginaire » de son patient et qu'elle ne reposait sur aucun élément objectif comme le montrait une phrase citée en boucle (13 fois) par l'expert. Selon le Dr C _____, son patient vivait seul, ne disposait d'aucune ressource, n'avait aucune activité sociale ni loisir, toute sa famille vivant au Portugal, et n'avait plus de relation intime depuis 2017. Pour le généraliste, l'assuré souffrait d'un état anxieux sévère et devait régulièrement se réfugier auprès d'un couple d'amis pour ne pas se retrouver seul. En outre, il a contesté que son patient souhaitait obtenir des avantages secondaires de son statut de rentier AI, indiquant qu'il préférerait rester en Suisse afin de pouvoir bénéficier de son système de santé « bien supérieur » à celui de son pays d'origine. En conclusion, le Dr C _____ a soutenu que l'expertise avait totalement sous-évalué les troubles psychiques de son patient et que toute réadaptation professionnelle était illusoire (pièce OAI 216).

Se prononçant sur ces derniers éléments, le SMR a confirmé qu'une capacité de travail de 50% avait été récupérée à partir du 1^{er} janvier 2019 dans une activité adaptée (pièces OAI 217 et 220).

E. Par projets de décision du 12 juillet 2021, l'OAI a informé son assuré que sa rente d'invalidité diminuerait à un trois-quarts de rente sur la base d'un taux d'invalidité de 60% (pièce OAI 221) et qu'il ne pouvait prétendre à aucune mesure de réinsertion ou d'ordre professionnel (pièce OAI 222).

Le 8 septembre 2021, l'intéressé a contesté avoir récupéré une capacité de travail de 50%, estimant que l'expertise du Dr D _____ avait été largement remise en question par l'avis des Drs C _____ et E _____ (pièce OAI 225).

Dans son rapport final du 11 octobre 2021, le Dr F _____, généraliste FMH au SMR, a relevé que les avis des Drs C _____ et E _____ avaient été pris en compte dans son analyse. Il a en outre précisé que la proposition d'évaluer la capacité de travail en milieu protégé n'était pas pertinente, dès lors que l'évolution de la capacité de travail faisait partie du champ de compétence d'un médecin (pièce OAI 229).

Par décision du 17 novembre 2021, l'OAI a confirmé que la rente d'invalidité de l'assuré était réduite à trois-quarts de rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 60%, au vu de l'amélioration de son état de santé. Par décision du 8 novembre précédent, l'OAI avait en outre nié tout droit à des mesures de réinsertion et d'ordre professionnel.

F. X _____ a recouru céans le 30 décembre 2021 contre la décision du 17 novembre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr D _____, estimant que les avis des Drs C _____ et E _____ remettaient sérieusement en doute ses conclusions et auraient dû conduire l'intimé à ordonner des mesures d'instruction complémentaires.

Dans sa réponse au recours du 15 février 2022, l'OAI a relevé que le recourant n'avait produit aucun élément nouveau, de sorte qu'il maintenait les conclusions de la décision entreprise.

Le 8 mars 2022, le recourant a indiqué avoir été hospitalisé à l'Hôpital de Martigny du 29 décembre 2021 au 11 janvier 2022.

L'échange d'écritures a été clos le 10 mars 2022.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 30 décembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision du 17 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI, dans le cadre d'une procédure de révision. Plus particulièrement, il remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'OAI s'est fondé pour lui réduire sa rente d'invalidité.

2.1. A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par

analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel complet du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

2.2. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.3. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant

d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Le rapport du SMR a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard

des principes développés par la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

2.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPG 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. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise

dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin est employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

2.5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V

418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

3. Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si l'OAI pouvait légalement diminuer la rente d'invalidité du recourant, au motif qu'il avait récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

L'intéressé remet uniquement en cause cette capacité de travail, sans contester la détermination du taux d'invalidité. Singulièrement, il soutient que les avis des Drs C _____ et E _____ remettaient en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D _____ et auraient ainsi dû conduire l'OAI à mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire.

3.1. Dans son expertise du 14 décembre 2020, le Dr D _____ a retenu que le recourant avait souffert d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode moyen sans syndrome somatique depuis janvier 2019, dans un contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante et d'une entité apparentée à un trouble douloureux somatoforme persistant. Ces troubles provoquaient auprès de l'intéressé un ralentissement psychomoteur modéré (verbal, moteur et idéique), des troubles modérés de la concentration, une fatigue, une tristesse modérée, une faible estime de soi et un isolement social partiel (p. 55 de l'expertise ; pièce OAI 194). Au vu de la gravité partielle de ces affections, l'expert a estimé que la capacité de travail était limitée à 50%, dès lors que l'intéressé avait néanmoins conservé certaines ressources et parvenait à gérer son quotidien, faire les courses, le ménage, la cuisine, à conduire une voiture, à partir en vacances, à regarder la télévision, à écouter de la musique, à rencontrer une compagne,

à se promener et à avoir des contacts sociaux avec sa copine et quelques amis (p. 58 de l'expertise).

Cette expertise repose sur l'ensemble du dossier, tient compte de l'anamnèse du recourant et de ses plaintes, et se base sur des constatations objectives faites par un spécialiste FMH en psychiatrie assisté d'une psychologue FSP. L'expert a en outre examiné à deux reprises l'intéressé pour une durée totale de 6 heures (p. 2 de l'expertise), ce qui était amplement suffisant pour qu'il se fasse une idée claire sur l'état de santé du recourant dans un délai relativement bref en conformité avec la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1 avec les références). Durant ces entretiens, le recourant a eu l'occasion de s'exprimer longuement sur sa situation personnelle, ses troubles et leurs répercussions sur sa vie quotidienne. L'expert a retranscrit les déclarations du recourant dans le chapitre 3 « entretien » de l'expertise sans y ajouter ses propres observations. Il n'est pas vraisemblable de soutenir que le Dr D _____ aurait rapporté des informations fausses ou qu'il aurait inventé, romancé ou encore interprété les propos du recourant comme le prétend le Dr C _____, ce d'autant plus que ces déclarations sont usuellement confirmées après relecture par la personne expertisée. L'expert a ensuite examiné la gravité des troubles du recourant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels et a conclu, d'une manière circonstanciée, qu'une capacité de travail de 50% avait été retrouvée (pp. 48 à 50 de l'expertise). On ne discerne par conséquent aucun élément essentiel qui aurait été ignoré par l'expert et son rapport ne contient pas de contradictions manifestes susceptibles de remettre en doute sa valeur probante. Le SMR a d'ailleurs relevé la concordance entre les symptômes observés par l'expert et les examens complémentaires réalisés (cf. rapport final du 9 juillet 2021 ; pièce OAI 220).

3.2. Les critiques émises, le 6 mai 2021, par le Dr C _____ ne sont pas convaincantes (pièce OAI 216).

Ce médecin traitant, non spécialiste en psychiatrie, ne fait en effet valoir aucun élément objectivement vérifiable qui permettrait de justifier l'état anxieux et dépressif sévère qu'il diagnostique. Il se limite ainsi à faire valoir son opinion divergente quant à l'importance des atteintes de son patient et leurs répercussions sur sa capacité de travail résiduelle. Le tableau sombre qu'il dépeint n'est en outre pas corroboré par la fréquence de ses consultations avec le recourant (à hauteur de tous les trois mois ; p. 29 de l'expertise) et il ne parvient pas à justifier pour quelle raison aucun spécialiste en psychiatrie ne le suivait depuis janvier 2019. Le fait que l'intéressé n'a pas estimé nécessaire de consulter un spécialiste pour ses troubles psychiques au-delà de sa consultation du 20 décembre

2018 avec la Dresse A _____ (pièce OAI 182) et que l'OAI ait dû le menacer d'une sanction pour qu'il reprenne un tel suivi en mars 2021 (pièce OAI 196) est un indice révélateur supplémentaire quant à l'absence de gravité de son état psychique (un défaut de coopération optimale devant conduire à nier le caractère invalidant d'un trouble psychique ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3).

Par ailleurs, il est également peu compréhensible que le médecin traitant du recourant n'ait pas jugé utile de le rediriger vers un psychiatre, s'il estimait réellement que son patient était « profondément dépressif », qu'il « sombr[ait] totalement, [n'avait] aucune ressource [et] aucun espoir de vie meilleure ». Le fait qu'il a limité la thérapie à la prise de médicament (Temesta®) démontre dès lors l'efficacité de celle-ci, ce qui est également un critère parlant en faveur d'un trouble non incapacitant (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3).

Concernant l'isolement social du recourant, l'expert l'a qualifié à juste titre de partiel, dans la mesure où l'intéressé voyait régulièrement un couple d'amis et entretenait des contacts fréquents avec sa famille. Sur ce point, le Dr C _____, sans contester l'existence de relations sociales, souligne de manière répétée que son patient souffrait de solitude, que toute sa famille se trouvait au Portugal, et qu'il devait régulièrement se rendre auprès d'amis lorsqu'il se sentait trop angoissé à l'idée de rester seul toute la nuit. Il explique en outre que son patient ne recherchait pas de bénéfice secondaire par la perception d'une rente et qu'il souhaitait rester en Suisse uniquement afin de bénéficier d'un meilleur suivi médical que dans son pays d'origine. Cette affirmation contraste cependant avec l'absence de volonté affichée par l'intéressé de se soumettre à un traitement spécialisé.

3.3. Pour sa part, le Dr E _____ du CCPP a admis une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, en précisant qu'un essai devait être effectué dans un milieu protégé afin de tenir compte du déconditionnement du recourant et de son employabilité dans différents environnements de travail (cf. rapport du 28 juin 2021 ; pièce OAI 215).

Avec le SMR, on relève que les symptômes et les diagnostics décrits par le CCPP se confondent largement avec les constatations de l'expert. Le Dr E _____ admet du reste également qu'une capacité de travail partielle avait été récupérée par son patient, confirmant dès lors l'appréciation du Dr D _____. Le déconditionnement dont fait

état le CCPP n'a au demeurant pas été ignoré par l'expert qui l'a inclus dans son analyse et a retenu que malgré les limitations fonctionnelles que présentait le recourant, les ressources qui avaient été conservées lui permettaient de réaliser toute sorte d'activités durant la journée (p. 35). On rappellera de surcroît qu'un déconditionnement issue d'un mode de vie sédentaire et inactif ou lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent pas en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (arrêts du Tribunal fédéral I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1, repris plus récemment à l'arrêt 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Le Dr E _____ n'indique du reste pas que le déconditionnement de son patient résulterait d'une atteinte à la santé.

Cela étant, l'avis du CCPP ne vient pas remettre en doute les observations de l'expert ni ne mentionne des éléments importants qui auraient été ignorés par ce dernier, de sorte que l'état de fait était suffisamment établi au degré de la vraisemblance prépondérante pour la solution du litige sans que l'intimé ne doive mettre en œuvre une autre mesure d'instruction (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

3.4. Au vu des éléments qui précèdent, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré d'une façon notable depuis la décision du 21 janvier 2019, justifiant un nouvel examen de son droit à des prestations AI.

L'intimée a dès lors procédé à un nouveau calcul de la perte de gain du recourant sur la base d'une capacité de travail de 50%. Le taux d'invalidité arrêté à 60% n'a fait l'objet d'aucune contestation et doit dès lors être purement et simplement confirmé.

Dans ces circonstances, la décision du 17 novembre 2021 est confirmée et le recours du 30 décembre 2021 rejeté.

4.

4.1. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice arrêtés à 500 fr., sur le vu notamment des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Cette somme est compensée par l'avance de frais d'un montant équivalent déjà consentie.

4.2. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimé, lequel agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 20 décembre 2023.