

S1 19 216

JUGEMENT DU 23 FÉVRIER 2022

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Thomas Brunner, juges ; Ferdinand Vanay, greffier

en la cause

X _____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(rente d'invalidité ; degré d'invalidité)

Faits

A. Né en janvier 1984, X _____ a souffert dès sa naissance de maladies de l'appareil urinaire ayant nécessité une intervention chirurgicale en octobre de la même année (cf. rapport médical du 15 novembre 1984 établi par le Prof. A _____, sous pièce n° 3 du dossier de de l'Office cantonal AI du Valais [ci-après : OAI] duquel sont tirées toutes les pièces citées ci-après, sauf mention contraire).

En raison de ces affections, il a bénéficié jusqu'au 31 janvier 2002 de mesures médicales de l'assurance-invalidité fondées sur le chiffre 346 de l'ancienne ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RO 1986 46 ; cf. décisions de la Commission AI cantonale, respectivement de l'OAI, des 7 avril 1987, 14 avril 1994 et 16 janvier 1998, sous pièces n^{os} 1 et 2).

B. Au bénéfice d'un CFC d'automaticien obtenu en 2005 et d'une maturité professionnelle technique accomplie l'année suivante, l'assuré a effectué des missions temporaires auprès de divers employeurs entre 2006 et 2010, avant d'être engagé en tant que collaborateur technique auprès de B _____, à C _____. Au début de l'année 2017, il a quitté cet emploi qui pesait sur sa santé (cf. pièces n^{os} 4 et 5), s'est inscrit au chômage quelques mois plus tard et a, par la suite, occupé plusieurs emplois temporaires.

En raison de problèmes de santé, l'intéressé a été mis en incapacité de travail totale à partir du 18 décembre 2017 (cf. certificat du même jour établi par le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, sous pièce n° 8). Dans ce contexte, il a d'abord rempli un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), le 11 janvier 2018, puis une demande de prestations auprès de l'OAI, le 30 janvier suivant, mentionnant souffrir de vertiges, d'anxiété, de troubles du sommeil et de maux de dos (cf. pièces n^{os} 9 et 17).

Des mesures d'intervention précoce n'étant pas possibles (cf. communication et rapport final de l'OAI du 28 juin 2018, sous pièces n^{os} 36 s.), l'OAI a instruit ladite demande de prestations au plan médical.

Dans son rapport du 9 juillet 2018, le Dr D _____ a indiqué que son patient souffrait d'asthme, de vertiges, de douleurs et de troubles de la concentration ; il a confirmé l'incapacité de travail totale de celui-ci dans toute activité professionnelle depuis le 18 décembre 2017. Son pronostic était mauvais, en raison de la chronicité des troubles

dont l'assuré souffrait depuis plusieurs mois sans aucune amélioration et en dépit d'un traitement médicamenteux hypotenseur (cf. pièce n° 39). Ce médecin traitant a joint à son rapport ceux d'autres praticiens récemment consultés par l'assuré. En synthèse, il en ressortait que ces investigations n'avaient pas révélé de pathologie somatique particulière, en dehors de l'insuffisance rénale chronique sous contrôle depuis l'enfance, d'une hypertension artérielle et d'un syndrome d'apnée du sommeil (cf. notamment rapport du 28 novembre 2017 de la Dresse E _____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne générale ; rapport du 14 décembre 2017 du Dr F _____, médecin associé au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du CHUV ; IRM du cerveau du 23 janvier 2018 ; rapport du 6 février 2018 du Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie ; rapport du 28 février 2018 de la Dresse H _____, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale ; IRM de l'épaule droite du 9 mars 2018 ; rapport du 28 mars 2018 du Dr I _____, spécialiste FMH en neurologie ; rapport du 20 avril 2018 de la Dresse J _____, médecin-adjointe au Service de néphrologie de B _____ ; sous pièce n° 39).

Le Dr G _____ a lui aussi déposé un rapport daté du 11 juillet 2018, dans lequel il a confirmé que l'assuré présentait un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré modéré à sévère. Il a estimé que ce trouble était responsable d'une baisse de rendement de l'ordre de 30 % ainsi que d'une diminution des facultés attentionnelles. Il a en outre précisé que le patient semblait souffrir d'une affection psychiatrique qui devrait être investiguée (cf. pièce n° 40).

L'assuré bénéficiait en effet d'un suivi sur le plan psychiatrique, mais le médecin chargé dudit suivi n'a pas donné suite aux demandes de rapport médical formulées par l'OAI au cours de l'année 2018 (cf. pièces n^{os} 42, 46, 49 et 50).

Mandaté par l'OAI, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a requis l'organisation d'une expertise psychiatrique (cf. avis établi le 5 février 2019 par le Dr K _____, spécialiste FMH en médecine générale, sous pièce n° 53).

Le 16 avril 2019, la Dresse L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, et M _____, psychologue FSP, ont indiqué suivre l'assuré depuis le mois de mars 2018. Elles ont diagnostiqué chez celui-ci des vertiges sans substrat organique connu, un trouble de l'adaptation (F43.2), un épisode dépressif moyen (F32.1), une somatisation (F45.0) et un trouble de la personnalité non spécifique (trait sensitif, évitant, schizotypique), affections qui justifiaient une incapacité de travail totale tant que les vertiges persistaient (cf. pièce n° 71).

L'expertise citée plus haut a été confiée au Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, et s'est tenue le 16 avril 2019. Dans son rapport du 14 mai suivant, cet expert a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble de la personnalité évitante (F60.6). Il a d'abord indiqué que le premier de ces diagnostics était justifié, car l'assuré présentait depuis plusieurs mois une perte d'énergie et une diminution de l'intérêt et du plaisir, avec en outre une diminution de l'estime de soi, des idées suicidaires récurrentes, des troubles du sommeil ainsi que des difficultés à penser et à se concentrer. Il a ensuite motivé le second diagnostic en observant que le parcours de l'assuré était celui d'un sujet chroniquement dysfonctionnel, dès lors que celui-ci vivait seul, qu'il ne semblait pas avoir été à même d'engager une relation affective et sexuelle stable sur la durée et qu'il ne s'était jamais véritablement intégré dans le premier marché du travail, en dehors de six années passées à B _____, emploi qui pouvait en réalité avoir les caractéristiques d'une activité protégée. Il a ajouté que ce trouble concernait une personnalité évitante, puisque l'intéressé présentait une certaine inhibition sociale, vivait isolé, était exagérément réservé dans ses relations intimes et montrait de la réticence à s'engager dans de nouvelles activités par crainte de l'échec et de l'embarras. Par ailleurs, l'expert a indiqué les raisons pour lesquelles les diagnostics mentionnés par la psychiatre et la psychologue traitantes étaient à écarter. Enfin, il a considéré que les deux affections psychiques identifiées chez l'expertisé justifiaient une incapacité de travail de 40 % dans toute activité professionnelle (cf. pièce n° 73).

Dans son rapport final du 11 juin 2019, le SMR a considéré que les conclusions de l'expert étaient fiables. Il a donc retenu que l'assuré présentait, depuis le 18 décembre 2017, une capacité de travail résiduelle de 60 % dans toute activité professionnelle adaptée à ses limitations, à savoir une résistance au stress diminuée, des difficultés à s'affirmer en groupe et une réduction de l'endurance psychique (cf. pièce n° 76).

Le lendemain, sur le vu de ces renseignements médicaux, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui allouant, dès le 1^{er} décembre 2018, un quart de rente AI sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % établi par comparaison des revenus sans et avec invalidité (cf. pièce n° 77).

L'intéressé s'est déterminé sur ce projet de décision, le 10 juillet 2019, élevant des doutes quant à sa capacité à exercer à 60 % les métiers d'électricien ou d'automaticien en raison des vertiges dont il souffrait (cf. pièce n° 79).

Par décision du 20 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision précité et a octroyé à l'assuré un quart de rente AI, dès le 1^{er} décembre 2018 (cf. pièce n° 90).

C. Le 20 octobre 2019, X _____ a recouru céans contre cette décision, concluant en substance à sa réforme dans le sens d'une réévaluation de son taux d'invalidité induisant l'octroi d'une rente entière de l'AI. Il a expliqué que les vertiges dont il souffrait étaient fortement invalidants et ne lui permettaient pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il a aussi indiqué que ses problèmes de sommeil avaient, eux aussi, un impact notable sur sa capacité de travail, dès lors qu'il ne dormait au maximum que quatre heures par nuit et que la fatigue accumulée le contraignait à prendre du repos au moins deux fois au cours de la journée. A le suivre, son état de santé n'était donc pas compatible avec l'exercice d'une activité lucrative. Enfin, il a contesté le versement d'une somme d'argent à son ancien assureur perte de gain maladie et a annoncé avoir organisé divers rendez-vous en vue du dépôt de nouveaux documents médicaux.

L'OAI a déposé le dossier de la cause, le 26 novembre suivant, et a conclu au rejet du recours.

Le 18 décembre 2019, X _____ a répliqué, en rappelant l'impact qu'avaient ses vertiges sur sa vie quotidienne et sur la reprise d'un emploi potentiel et en s'interrogeant sur les conclusions de l'expertise du Dr N _____, lequel avait depuis lors pris sa retraite.

Cette écriture a été communiquée le lendemain à l'OAI, qui a dupliqué le 7 janvier 2020 en maintenant sa décision et sa proposition de rejeter le recours.

L'assuré a déposé des remarques complémentaires, le 29 janvier suivant.

Le 3 mars 2020, la caisse de pension compétente a indiqué qu'elle renonçait à se déterminer.

L'échange d'écritures a été clos deux jours plus tard, avec la communication de cette écriture à l'assuré et à l'OAI, pour information.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

1.2 Remis à la poste le 20 octobre 2019, le recours dirigé contre la décision du 20 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige a trait au degré d'invalidité que le recourant présente en raison de son état de santé. L'OAI a reconnu à celui-là un degré d'invalidité de 40 %, ouvrant le droit à un quart de rente AI, en se fondant sur les conclusions de l'expert psychiatre que le SMR a confirmées. Le recourant conteste cette analyse. Il estime que l'influence de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail a été minimisée, les vertiges et les problèmes de sommeil dont il souffre empêchant l'exercice de toute activité lucrative. Il requiert ainsi une réévaluation de son degré d'invalidité, concluant implicitement à l'octroi d'une rente entière de l'AI.

3.1 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. 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).

3.2 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et les réf. cit.).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/bb, ATF 122 V 161 consid. 1c).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que

très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

Un rapport du SMR 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). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

3.3 Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.1, destiné à publication).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat

thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4a et arrêt 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

3.4 Selon la jurisprudence (ATF 143 V 418), il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1 ; v. aussi, arrêt 8C_280/2021 précité consid. 6.2.1 et 6.2.2, destiné à publication). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont

directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

4.1 En l'occurrence, l'intimé a considéré qu'en raison de ses problèmes de santé, l'assuré ne disposait plus que d'une capacité de travail réduite à 60 %, avec au surplus certaines limitations. Cet avis se fonde sur les conclusions de l'expertise du Dr N _____, que le SMR a tenues pour probantes. Le recourant conteste ces conclusions, soutenant que ses problèmes de santé ne lui permettent pas d'exercer une activité professionnelle.

4.2 Dans son rapport du 14 mai 2019, le Dr N _____ retient comme diagnostics incapacitants un épisode dépressif moyen (F32.1) et un trouble de la personnalité évitante (F60.6). Il justifie le premier de ces diagnostics, en observant que l'assuré présente depuis plusieurs mois une perte d'énergie et une diminution de l'intérêt et du plaisir, avec en outre une diminution de l'estime de soi, des idées suicidaires récurrentes, des troubles du sommeil ainsi que des difficultés à penser et à se concentrer. Il motive également le second diagnostic, en relevant que le parcours de l'assuré est celui d'un sujet chroniquement dysfonctionnel, vivant seul, ne semblant pas avoir été à même d'engager une relation sentimentale stable sur la durée et ne s'étant jamais véritablement intégré dans le premier marché du travail. Il précise que ce trouble concerne une personnalité évitante, puisque l'intéressé présente une certaine inhibition sociale, vit isolé, est exagérément réservé dans ses relations intimes et montre de la réticence à s'engager dans de nouvelles activités par crainte de l'échec et de l'embarras.

L'expert estime que les deux affections psychiques identifiées chez l'assuré justifient une incapacité de travail de 40 % dans toute activité lucrative (cf. pièce n° 73).

De l'avis de la Cour, la valeur probante intrinsèque de ces constatations et conclusions médicales est entière, dès lors que le Dr N _____, médecin spécialisé en psychiatrie, a procédé à un examen du patient, qu'il s'est fondé sur les pièces médicales au dossier, que son avis a été établi de manière très circonstanciée et en connaissance de l'anamnèse, que son exposé du contexte médical est cohérent, que l'appréciation de la situation médicale est claire et que les conclusions sont dûment motivées. L'expert a en outre été mandaté conformément aux exigences de l'article 44 LPGA (cf. pièce n° 54). De plus, cette expertise répond aux attentes posées par la jurisprudence en matière de procédure probatoire structurée relative aux maladies psychiques. En effet, l'expert a posé des diagnostics en s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu, a tenu compte des critères de gravité inhérents auxdits diagnostics et a fait référence aux limitations fonctionnelles constatées (cf. rapport d'expertise p. 12 à 15). En outre, après avoir exposé en quoi d'autres diagnostics devaient être écartés, il a examiné l'influence des pathologies identifiées sur la capacité de travail de l'assuré au moyen d'un catalogue d'indicateurs. Il a ainsi analysé tant le degré de gravité fonctionnel des atteintes à la santé (évolution, perspectives de guérison, ressources personnelles de l'assuré) que la cohérence entre cette analyse et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi (cf. *idem* p. 18 à 22).

4.3 Dans son mémoire, le recourant soutient en substance que ses problèmes de santé empêchent durablement l'exercice de toute activité lucrative. Il insiste, d'une part, sur le caractère invalidant et imprévisible des vertiges dont il souffre très régulièrement. Il affirme, d'autre part, que ses problèmes de sommeil ont, eux aussi, un impact notable sur sa capacité de travail, puisqu'il ne dort au maximum que quatre heures par nuit et que la fatigue accumulée le contraint à prendre du repos au moins deux fois au cours de la journée. A le suivre, l'impact de ces deux pathologies sur sa capacité de travail n'a pas été correctement apprécié par l'intimé.

S'agissant des vertiges, il est constant que les diverses investigations médicales menées à la fin de l'année 2017 et au début de l'année 2018 n'ont pas permis de les relier à une quelconque pathologie cardiaque, neurologique, ORL ou néphrologique (cf. notamment rapport du 28 novembre 2017 de la Dresse E _____, IRM du cerveau du 23 janvier 2018, rapport du 28 février 2018 de la Dresse H _____, rapport du 28 mars 2018 du Dr I _____, et rapport du 20 avril 2018 de la Dresse J _____, sous pièce

n° 39). Dans son rapport d'expertise, le Dr N _____ analyse en détail les origines psychiatriques possibles de ces vertiges. Selon lui, la possibilité d'une production intentionnelle et consciente de ces symptômes reste ouverte, dès lors que ceux-ci surviennent à point nommé (p. ex. lors de l'examen du patient par l'expert) et que la récupération est rapide. Néanmoins, il est plus vraisemblable (vraisemblance prépondérante) que cette symptomatologie relève d'un comportement anormal de malade qui sort du champ médical *stricto sensu* (cf. rapport d'expertise p. 15 à 18). D'après l'expert, il n'y a pas lieu de corrélérer ce comportement à une quelconque incapacité de travail, celle-ci risquant alors de se pérenniser (cf. *idem* p. 21), avis partagé par le SMR dans son rapport final du 11 juin 2019 (p. 2 s., sous pièce n° 76). Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'OAI n'a pas tenu compte de cette symptomatologie pour apprécier la capacité de travail du recourant. On peut donc attendre de celui-ci qu'il occupe un emploi compatible avec les limitations liées à son état de santé (résistance au stress diminuée, travail en groupe à éviter et réduction de l'endurance psychique), dans lequel il pourra se sentir à l'aise et ainsi regagner confiance dans ses capacités.

Quant aux troubles du sommeil, le SMR retient que le syndrome d'apnée du sommeil ne s'accompagne pas d'une baisse significative de la concentration cliniquement observable ; il considère ainsi qu'il n'y a pas lieu d'admettre une baisse de rendement supplémentaire, de surcroît sur une activité exercée à 60 % (cf. rapport final précité p. 4, sous pièce n° 76). Quoi qu'en dise le recourant, cette conclusion est convaincante. Il semble en effet raisonnable d'admettre que les troubles du sommeil évoqués par le recourant ne l'empêcheront pas d'exercer une activité adaptée à un taux réduit de 60 % lui permettant, si nécessaire, de se ménager des périodes de repos durant la journée ou certains jours de la semaine. La Cour relève d'ailleurs que le Dr N _____ n'a pas décelé chez l'intéressé une grande fatigabilité au cours de l'évaluation qui avait duré plus de deux heures et n'avait été interrompue que par de courtes pauses (cf. rapport d'expertise p. 21 s., sous pièce n° 73). Certes, dans son rapport du 11 juillet 2018, le Dr G _____ estime que ces troubles du sommeil sont responsables d'une baisse de rendement de l'ordre de 30 % ainsi que d'une diminution des facultés attentionnelles dans toute activité professionnelle. Toutefois, il faut souligner que ce médecin spécialisé tempère explicitement son appréciation, en expliquant que celle-ci se fonde uniquement sur les éléments dont il dispose. A cet égard, il précise qu'il ne connaît pas la situation socioprofessionnelle, qu'il est difficile de se prononcer sur la question de l'exigibilité sans disposer de la totalité des éléments du dossier, que le patient ne présente pas d'importante somnolence diurne et qu'il semble, au surplus, être atteint d'une affection psychiatrique (cf. pièce n° 40). Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas

pris en considération, en plus des limitations admises à l'issue de l'expertise psychiatrique menée postérieurement aux examens du Dr G _____, la baisse de rendement que mentionne ce médecin en lien avec des troubles du sommeil.

4.4 Il n'y a pas lieu de s'attarder longuement sur les doutes émis par le recourant dans sa réplique quant à la valeur probante des conclusions du Dr N _____, en lien avec la départ à la retraite de cet expert. La Cour ne voit en effet pas en quoi cet élément aurait pu sérieusement biaiser les conclusions de l'expertise. Elle observe d'ailleurs qu'à la suite de la désignation de l'expert, le recourant n'a élevé aucune critique de ce genre dans sa lettre du 7 mars 2019 (cf. pièces n^{os} 54 et 57).

4.5 Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a fondé sa décision sur les conclusions de l'expert et du SMR. Il a ainsi retenu à juste titre que l'on pouvait toujours exiger de la part de l'assuré l'exercice d'une activité adaptée à 60 %, respectant les limitations fonctionnelles énoncées par l'expert et le SMR.

Le recourant n'énonce céans aucune critique relative à la comparaison des revenus opérée par l'OAI dans sa décision. Celle-ci doit donc être confirmée en ce qu'elle constate qu'après cette comparaison, l'assuré présente une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 40 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente de l'AI.

5.1 Enfin, au terme de son mémoire, le recourant indique qu'il conteste également le versement, sans motif explicite, d'une somme d'argent à son assureur perte de gain maladie.

5.2 En réalité, le montant en question (1886 fr. 60) correspond au remboursement d'une avance consentie par l'assureur perte de gain maladie, qui a versé au recourant des indemnités jusqu'au 2 avril 2019 (cf. relevés des périodes et taux d'incapacité de travail reconnus, sous pièce n^o 96). Compte tenu du versement rétroactif de la rente AI dès le 1^{er} décembre 2018, l'article 85^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) autorise l'assureur perte de gain maladie à demander directement à l'OAI, dès l'octroi d'une rente AI, le remboursement des avances concédées. Au surplus, le montant est correct.

Il s'ensuit que ce grief est mal fondé.

6.1 Attendu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision de l'OAI est confirmée.

6.2 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA).

Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de X _____.

Sion, le 23 février 2022.