

S1 22 175

ARRET DU 3 DÉCEMBRE 2024

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

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

Faits

A. X _____, ressortissant portugais né le xx.xx 1974, marié et père d'un enfant majeur, a suivi une formation d'opérateur CNC (*computer numerical control*) au Portugal. Arrivé en Suisse le 1^{er} mai 2011, il a depuis lors travaillé en qualité de tourneur/polymécanicien à un taux de 100% auprès de l'entreprise A _____ SA, à B _____ (pièces OAI 3 et 24).

B. Le 22 septembre 2018, le prénommé a été victime d'une chute à vélo suite à laquelle il a été blessé au niveau de l'épaule droite (pièce OAI 115, p. 527 et 541). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Après que le diagnostic de rupture transfixiante du tendon supra-épineux et de lésion du foyer du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite a été posé, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé le 20 décembre 2018 à une suture du tendon supra-épineux (*speed bridge*) et du sous-scapulaire, à une ténodèse du long chefs du biceps, à une bursectomie et à une acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite (pièce OAI 115, p. 525).

Le 11 juillet 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en raison de l'atteinte au niveau de son épaule droite (pièce OAI 3).

Le 29 juillet 2019, l'employeur de l'intéressé a informé l'OAI que son employé avait repris le travail à 100% depuis le 23 juillet précédent, selon certificat annexé du Dr C _____, et a estimé que le dossier AI pouvait être clos (pièces OAI 13 et 14).

Par projet de décision du 11 octobre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, dès lors qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail avant le terme du délai d'attente d'une année et ne présentait aucune invalidité. Ce projet a été confirmé par décision du 18 novembre 2019 (pièces OAI 22 et 27). Non contestée, cette décision est entrée en force.

C. Le 29 janvier 2021, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI, indiquant qu'il souffrait d'une atteinte malade depuis le 17 mai 2020 (pièce OAI 35).

En l'absence de rapport médical ou de tout autre élément rendant vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus

de rente du 18 novembre 2019, l'OAI a informé l'assuré, par projet de décision du 17 mars 2021, qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations (pièce OAI 36).

Dans un rapport du 30 mars 2021, la Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'intéressé, a posé les diagnostics de status post infection à *haemophilus parainfluenzae* avec pour conséquences de multiples emboles septiques cérébraux en mai 2020 et une insuffisance mitrale sévère sur prolapsus de la commissure antérieure post endocardite mitrale à *haemophilus parainfluenzae*, de cardiopathie hypertensive à FEVG (fraction d'éjection du ventricule gauche) conservée, de nodules thyroïdiens gauches de découverte fortuite sans importance, de discopathie cervicale C6-C7 avec hernie discale C5-C6 para-médiane gauche ainsi que de troubles psychosomatiques sous forme de troubles de stress post-traumatique, en raison desquels elle avait adressé son patient au Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie. La Dresse D _____ a ajouté que l'assuré était en très bonne santé jusqu'au moment où il avait eu l'infection à *haemophilus parainfluenzae*, que depuis lors, il paniquait à l'idée du retour au travail et qu'il avait peur de mourir par le fait de respirer des gaz émis par les machines de travail ou par la cigarette de ses collègues (pièce OAI 37).

Le 12 avril 2021, le Dr F _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, a retenu que suite à une septicémie à *haemophilus parainfluenzae*, l'intéressé semblait développer une importante symptomatologie anxieuse avec éléments de phobie en lien avec les inhalations de fumée, si bien qu'il convenait de poursuivre l'instruction (pièce OAI 39).

Dans un rapport du 7 mai 2021, le Dr E _____ a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité post-traumatique (F62) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse prolongée (F43.21), précisant que l'assuré ressentait un mal-être et une peur phobique de tout ce qui se rapportait à la fumée, et attestant une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité (pièce OAI 50).

Le 9 juin 2021, l'intéressé a été pris en charge aux urgences de G _____ en raison d'une crise d'angoisse survenue sous la forme d'une sensation de malaise, sans perte de connaissance et sans trauma, apparue dans le contexte d'une altercation avec son patron (pièce OAI 74).

Le 5 octobre 2021, la Dresse D _____ a relevé que les malaises présentés par son patient étaient dus à un syndrome post-traumatique, précisant que les diagnostics incapacitants étaient d'ordre psychique et qu'il appartenait au Dr E _____ d'estimer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Du point de vue cardiaque, la Dresse D _____ a affirmé que tout était en ordre, joignant notamment en annexe un rapport du 20 octobre 2020 du Dr H _____, spécialiste FMH en cardiologie, qui confirmait que l'évolution cardiologique et clinique de l'assuré depuis la réparation valvulaire mitrale réalisée le 18 septembre 2020 était favorable (pièce OAI 61).

Le 14 décembre 2021, le Dr E _____ a notamment précisé que la modification durable de la personnalité de l'intéressé était issue d'une rencontre traumatique directe avec la mort laissant peu de place à une évolution, que le trouble de l'adaptation se manifestait entre autres par une attitude permanente d'hostilité et de méfiance ainsi que par un retrait social, qu'il n'y avait pas de difficultés dans les relations interpersonnelles, qu'une réorientation professionnelle paraissait indispensable et que son patient n'était pas isolé socialement (pièce OAI 79).

Le 3 janvier 2022, le Dr F _____ a observé que l'avis du Dr E _____ comportait des incohérences, qu'il ne permettait pas de s'appuyer sur une anamnèse détaillée et que l'argumentation clinique n'était pas contextualisée, de sorte qu'il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (pièce OAI 81).

Dans un rapport d'expertise du 17 mars 2022, le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a écarté les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de réaction à un facteur de stress, sans précision (F43.9), et de syndrome d'hyperventilation psychogène. Dans une activité adaptée (pas d'exposition directe à l'inhalation de vapeurs et de fumées), l'expert a retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière (pièce OAI 90).

Dans un rapport final du 13 avril 2022, le Dr F _____ a estimé que l'expertise du Dr I _____ était probante et a retenu que l'intéressé présentait une simple réaction à un facteur de stress, sans précision, s'exprimant sous la forme d'un syndrome d'hyperventilation s'il se savait exposé ou potentiellement exposé à des émanations de vapeur ou de fumée, qu'il n'était pas limité uniformément dans tous les domaines et qu'en l'absence de limitations significatives, sa capacité de travail était entière sur le plan psychique. Sur le plan somatique, le Dr F _____ a rappelé que l'évolution était très

favorable à distance de l'événement infectieux/cardiologique et que l'intéressé était asymptomatique. Ce médecin a conclu qu'il fallait admettre une incapacité de travail totale limitée du 18 mai 2020 au 7 février 2021 (fin de la réadaptation cardiovasculaire) et que depuis lors, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité pouvant s'effectuer sans exposition aux vapeurs/fumées (pièce OAI 95).

Par projets de décision du 14 avril 2022, l'OAI a d'une part refusé à l'intéressé tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement, aide au placement) et lui a d'autre part dénié tout droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où au 8 février 2021, soit avant le terme du délai d'attente d'une année, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de polymécanicien, moyennant l'absence d'exposition aux vapeurs et aux fumées, si bien qu'il ne présentait aucune invalidité (pièces OAI 96 et 97).

Le 3 juin 2022, sous la plume de son mandataire Me Michel De Palma, l'assuré a formulé des objections à l'encontre de ces projets, estimant que l'expertise du Dr I _____ ne respectait pas les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une valeur probante, si bien qu'une nouvelle expertise psychiatrique devait être diligentée, et qu'il doutait du fait que la procédure d'enregistrement des expertises entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 ait été respectée. Il a joint à son écriture un rapport du 25 avril 2022 du Dr E _____, qui s'interrogeait sur la validité de l'expertise mise en œuvre par l'OAI et indiquait que la symptomatologie anxieuse de son patient ainsi que les modifications de sa personnalité à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique (atteinte à la santé au mois de mai 2020) rendaient difficile, voire impossible, la reprise d'une activité professionnelle (pièce OAI 106).

Par décisions du 13 septembre 2022, l'OAI a écarté les griefs de l'intéressé et confirmé ses décisions du 14 avril précédent, retenant en particulier que la valeur probante de l'expertise du Dr I _____ était entière, que l'assuré n'avait transmis aucune pièce médicale permettant de mettre en doute cela et que la communication du 13 janvier 2022 lui annonçant la nécessité de se soumettre à une expertise psychiatrique comportait un paragraphe concernant l'enregistrement sonore de l'expertise (pièces OAI 108 et 109).

D. X _____ a recouru céans le 17 octobre 2022 à l'encontre des décisions du 13 septembre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de ces décisions et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le jour de la demande de prestations. Subsidièrement, il a conclu au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, une expertise bidisciplinaire (neurologique et

psychiatrique) devant être mise en œuvre avant toute nouvelle décision. Plus subsidiairement encore, il a conclu à sa mise au bénéfice de mesures de reclassement professionnel. A l'appui de son recours, l'intéressé a en substance réitéré les arguments développés dans ses objections du 3 juin 2022, ajoutant que l'expert n'était pas impartial dans la mesure où il n'avait pas examiné les crises de panique, que les avis des Drs E _____ et D _____ n'avaient pas été pris en considération à leur juste valeur et que si sa capacité de gain le permettait, il y avait lieu d'examiner son droit à un reclassement professionnel. Le recourant a joint à son écriture les rapports suivants :

- Un rapport du 10 août 2022 de la Dresse D _____, rappelant que son patient présentait un syndrome de stress post-traumatique et ses tentatives de reprendre une activité professionnelle s'étaient soldées par des crises de panique et des sensations de perte de connaissance imminente. Pour ces raisons psychiques, elle a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle ;
- Un rapport du 3 septembre 2022 du Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie, posant le diagnostic de céphalées tensionnelles existant depuis plusieurs mois ;
- Un rapport du 12 octobre 2022 du Dr E _____, qui a confirmé les diagnostics qu'il avait déjà posés, le fait que la capacité de travail de son patient était nulle ainsi que l'existence de crises de panique ayant empêché la reprise du travail.

Au titre de moyens de preuve, le recourant a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique).

Dans sa réponse du 20 décembre 2022, l'OAI a relevé que les rapports des Drs D _____, E _____ et J _____ avaient été soumis au SMR, qui avait retenu, dans un avis du 22 novembre précédent joint en annexe, que les Drs D _____ et E _____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux et que le Dr J _____ ne retenait que le diagnostic bénin de céphalées de tension, de sorte que les conclusions du rapport final SMR du 13 avril 2022 demeuraient inchangées. L'intimé a par ailleurs indiqué que l'enregistrement de l'expertise du recourant figurait bien sur la plateforme y relative et qu'aucun droit à un reclassement professionnel n'était ouvert, dès lors que le degré d'invalidité de l'intéressé était nul. L'OAI a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 2 février 2023, le recourant a maintenu sa position et transmis diverses pièces médicales, notamment un examen neuropsychologique du 7 décembre précédent,

duquel il ressortait que les spécialistes n'avaient pas été en mesure de se prononcer sur d'éventuels troubles cognitifs et que le tableau cognitif n'était pas interprétable, l'examen ayant dû être interrompu en raison d'un malaise de l'assuré, ainsi qu'un rapport du 22 décembre 2022 de la Dresse K _____, spécialiste FMH en pneumologie, qui a posé les diagnostics de syndrome d'apnées centrales du sommeil de degré sévère, de syndrome de mouvements périodiques des jambes durant le sommeil et de micro-fragmentation modérée du sommeil principalement secondaire au syndrome d'apnées du sommeil.

Le 7 mars 2023, l'OAI a indiqué que les nouveaux rapports médicaux avaient été transmis à son SMR (Dr F _____), dont l'avis du 27 février précédent était joint en annexe. En l'absence d'éléments objectifs nouveaux, l'intimé a maintenu sa position.

Le 13 mars 2023, la L _____, en sa qualité d'institution de prévoyance du recourant, a renoncé à se déterminer.

Le 26 avril 2023, le recourant a ajouté que sa situation ne s'améliorait pas, maintenant pour le reste sa position.

L'échange d'écritures a été clos le 27 avril 2023.

Le 10 janvier 2024, le recourant a versé en cause de nouvelles pièces médicales, soit :

- Des rapports des 15 juin 2023 et 2 décembre suivant du Dr J _____, retenant les diagnostics de céphalées tensionnelles et de malaises à répétition, dont une crise d'angoisse le 9 juin 2021 avec douleurs rétrosternales, et précisant qu'une maladie neurologique *stricto sensu* n'était pas avérée ;
- Un examen neuropsychologique du 20 juin 2023, montrant une évolution favorable par rapport au test précédent, malgré certains résultats suggérant une mobilisation fluctuante des ressources ;
- Un rapport du 17 octobre 2023 du Dr E _____, maintenant sa position et indiquant que la capacité de travail de son patient était toujours nulle.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 17 octobre 2022, le présent recours à l'encontre des décisions du 13 septembre précédent, reçues le 15 septembre par le mandataire du recourant, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant l'autorité de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56 et 57 LPGA ; 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI. Plus particulièrement, celui-ci remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'OAI s'est fondé pour lui reconnaître une pleine capacité de travail.

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

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

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de 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. La prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra ainsi 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). Ces constats ne dispensent 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).

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 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

2.6 Dans le cas d'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée par le recourant depuis le 8 février 2021 (fin de la réadaptation cardiovasculaire) dans toute activité pouvant s'effectuer sans exposition aux vapeurs et aux fumées. Ce dernier considère quant à lui que cette expertise ne respecte pas les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante et que l'avis de ses médecins traitants (Dresse D _____ et Dr E _____), selon lesquels sa capacité de travail serait nulle, n'a pas suffisamment été pris en compte.

2.6.1 A la lecture de l'expertise psychiatrique du 17 mars 2022 du Dr I _____, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'expert s'est fondé sur le dossier AI qui lui a été transmis et qui contenait l'ensemble des différents avis médicaux relatifs à l'assuré, notamment les avis des Drs E _____ et D _____, puis a établi une anamnèse, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives. Enfin, les conclusions de l'expert ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du 17 mars 2022, pièce OAI 90).

A l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'expert psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Il a d'abord dûment motivé les diagnostics non incapacitants qu'il a retenus (hyperventilation de l'intéressé lors d'exposition à des émanations de vapeur ou de fumée, y compris de tabac, anxiété semblant s'étendre à tout ce qui se rapporte au travail, mais s'apaisant immédiatement quand l'assuré sait qu'il ne sera pas soumis à ces inhalations, appréhension gérée, pas de limitation sur le fonctionnement global, pas de véritables sentiments d'anhédonie ni d'aboulie, pas de tristesse ni de pleurs spontanés, pas de perte de l'élan vital, pas de thématique morbide ni de velléités suicidaires, thymie stable, pas d'agitation psychique ni d'accélération de la pensée ou

de relâchement des associations, capacité de discernement préservée). L'expert a de plus clairement expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (moins de deux ans de persistance de la modification de la personnalité, pas d'exposition à un facteur de stress catastrophique explicitement évoquée par l'intéressé, inhalation de fumée qui ne représente pas un stress catastrophique *stricto sensu*, pas d'attitude hostile ou méfiante envers le monde, pas de retrait social marqué, pas de désespoir ou de sentiment de vide, pas d'impression de menace permanente) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (détresse n'entravant pas le fonctionnement et les performances sociales globales, facteur de stress n'ayant pas de répercussion sur l'environnement social de l'assuré ni sur son support social et ses valeurs, facteur de stress n'étant pas en rapport avec une période de transit ou de crise au cours du développement, pas d'humeur dépressive confirmée aux échelles ni à l'examen clinique, anxiété décrite mais limitée selon les échelles, pas d'altération du fonctionnement quotidien). L'expert a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, flexibilité et adaptabilité, mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, activités spontanées et proactivité, capacité d'endurance et de résistance, capacité de contact et de conversation avec des tiers, capacité d'intégration dans un groupe, capacité aux relations privilégiées à deux, capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressé.

Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'expert a estimé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle habituelle, si ce n'est celle de ne pas être exposé à des vapeurs/fumées. Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, énumérées ci-dessus, et permettant au recourant de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (loisirs maintenus, pas de limitation concernant les activités ménagères ou les déplacements, risque de stress mais sans réelle perte de capacité s'agissant des tâches administratives, capacité à se rendre seul à l'expertise durant laquelle il est resté dynamique et a participé activement). L'expert a en outre indiqué que les symptômes rapportés paraissaient plus importants que les constatations objectives et semblaient sans véritable conséquence sur le fonctionnement global, l'atteinte n'étant pas uniforme dans tous les domaines de vie, dès lors qu'en dehors de l'exposition au stress que représentait l'inhalation de fumée,

l'intéressé ne relatait aucune altération de son comportement, restait actif et participait volontairement sans limitation aux tâches quotidiennes.

2.6.2 Le recourant se prévaut quant à lui des avis de ses médecins traitants, à savoir la Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, estimant que son patient présentait un syndrome de stress post-traumatique caractérisé par des crises de panique lors des tentatives de reprise professionnelle, si bien que sa capacité de travail était nulle, ainsi que le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie, retenant les diagnostics de modification durable de la personnalité post-traumatique (F62) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse (F43.21), en raison desquels la capacité de travail de l'assuré était nulle.

L'avis de ces médecins traitants est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.6.1) que l'expertise psychiatrique respectait en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiait d'une pleine valeur probante. Or, il ne se justifie de s'écarter d'une expertise que si celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Ainsi, les avis de la Dresse D _____, laquelle n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie, et du Dr E _____, dont les diagnostics ont été écartés de manière dûment motivée par l'expert, ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions du Dr I _____. La Cour rappelle en outre à cet égard que selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. *supra* consid. 2.4), ces derniers ont tendance à se prononcer en cas de doute plutôt en faveur de leurs patients et que leurs rapports n'aboutissent généralement pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, de sorte qu'ils ne sauraient à eux seuls prévaloir. Enfin, la Cour constate que les autres rapports médicaux au dossier, notamment ceux du Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie, ne sont d'aucun secours au recourant, dès lors qu'ils ne se prononcent pas sur sa capacité de travail, le Dr J _____ ne retenant en outre aucune maladie neurologique *stricto sensu*.

2.6.3 Vu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr I _____. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, comme l'expertise bidisciplinaire requise par le recourant (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), étant précisé qu'une telle façon de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_364/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3). Dans ces circonstances, l'intimé pouvait à bon droit refuser au recourant tout droit à une rente d'invalidité. Le recourant ne présentant pas d'invalidité, il n'a au surplus pas droit à des mesures de réadaptation.

3.

3.1 Les frais, par 800 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

3.2 Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 3 décembre 2024