

S1 13 164

JUGEMENT DU 24 OCTOBRE 2014

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X_____, recourant, représenté par A_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 16 et 44 LPGA ; invalidité, valeur probante d'un rapport médical)

Faits

A. X_____, né le xxx 1961, de nationalité B_____, arrivé en Suisse le 13 mai 1987, au bénéfice d'une autorisation de séjour B, a travaillé de 1987 au 8 juillet 1998, de manière occasionnelle, en tant que manoeuvre auprès de l'entreprise C_____ puis, dans le cadre de plusieurs missions temporaires, dès le 18 juin 1999 auprès de D_____ SA. Le 13 août 1999, il a déposé une demande de prestations AI sous forme d'un reclassement dans une nouvelle profession (pièces 2-2, 5, 8, 10, 11-2 et 125-17 du dossier constitué par l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Par courrier du 4 juin 1999 à la Dresse E_____, le Dr F_____, neurologue, a souligné que, chez ce patient porteur d'un long passé de lombo-sciatalgies droites remontant à plus d'une dizaine d'années, le status neurologique paraissait amélioré, en comparaison avec celui observé en août 1994, et qu'il n'y avait aucun signe d'irritation radiculaire ni aucune activité de dénervation (pièce 16-3).

Dans son rapport du 6 septembre 1999, la Dresse E_____, spécialiste en médecine physique et rééducation fonctionnelle, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies chroniques à prédominance droite, d'atteinte radiculaire S1 droite chronique et d'état dépressif réactionnel. Elle a relevé qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail prolongée en tant que manoeuvre mais que ce travail, en général pénible, lourd et astreignant, n'était pas compatible avec l'état de santé du patient (pièce 9-3 ; cf. également le bref certificat de ce médecin du 7 mars 2002 en pièce 124-30, dans lequel une capacité de travail à plein temps a été reconnue dans une activité excluant le port répété de charges de plus de dix kilos, le froid ainsi que l'humidité et permettant de fréquents changements de positions). Le 19 février 2001, ce médecin a précisé que la situation médicale depuis son rapport du 6 septembre 1999 était inchangée et qu'elle avait reconnu une incapacité totale de travail du 1^{er} décembre 2000 au 14 janvier 2001 (pièce 29-3).

Le refus de l'octroi de mesures d'ordre professionnel, proposé le 8 janvier 2001 (pièce 21), a été confirmé par décision du 28 février 2001 (pièce 30). Cette décision n'a pas été contestée par l'assuré.

B. Il ressort d'un rapport du Service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière adulte à G_____, établi le 8 juillet 2009, que X_____ a séjourné du 6 au 20 mai 2009, pour la deuxième fois, dans ce service. Les diagnostics de difficultés liées aux jeux et paris (Z72.6), de difficultés liées à d'autres situations juridiques (Z65.3) et de suspicion de production intentionnelle de symptômes ont alors été posés. Les médecins dudit service ont expliqué que X_____ était connu depuis 1996 pour être un joueur pathologique, qu'après un séjour au sein du service en 2002 pour un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ainsi que pour son jeu pathologique, il avait été placé sous tutelle, qu'il n'avait plus joué durant quatre ans environ, que depuis 2006, à la suite de la séparation d'avec son épouse, il avait recommencé à jouer, que la veille de l'admission, il avait dépensé 800 fr. en peu de temps en jouant aux machines à sous et qu'il avait alors fait part d'idées suicidaires à son entourage. Ces médecins ont constaté, durant l'hospitalisation, une amélioration rapide sur le plan thymique, avec un amendement des idées suicidaires et des angoisses relatives au remboursement des dettes. Ils ont alors décidé d'une sortie, refusée dans un premier temps par le patient. Ils ont expliqué enfin avoir compris que ce refus était lié à la nécessité de produire, dans une procédure judiciaire en cours, un certificat médical attestant de l'impossibilité pour le patient de transmettre à son avocat les documents requis dans le cadre d'une requête d'assistance judiciaire. Les médecins ont ainsi déclaré avoir suspecté une production intentionnelle de symptômes, dans le but de se soustraire à la procédure judiciaire pendante ou de la retarder (pièce 42).

Dès le 1^{er} juillet 2009, l'assuré a ouvert un délai-cadre d'indemnisation auprès des organes de l'assurance-chômage. Il a déclaré être en incapacité de travail à 50% et rechercher un emploi à 50% (pièces 129-11 et 129-130, ainsi que les documents issus du dossier de la Caisse cantonale de chômage de la pièce 127 à la pièce 129-31).

Dans un certificat du 28 octobre 2009, la Dresse H_____ des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR) a fait état d'une incapacité de travail de 100% du 21 mai au 30 juin 2009, de 50% du 1^{er} juillet au 14 octobre 2009 et de 0% dès le 15 octobre 2009, en précisant que son patient ne pouvait pas assurer un travail avec une grande responsabilité ainsi que du stress et qu'il avait également des difficultés relationnelles (pièce 124-29 ; cf. également le courrier de la I_____ Assurance du 15 septembre 2009 en pièce 124-32).

En réponse à une demande du Dr J_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel avait participé à un entretien de réseau avec

diverses assurances et institutions en charge du cas de X_____ (pièce 124-15), la Dresse H_____ du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP) aux IPVR a rapporté dans un courrier du 28 avril 2010 que l'assuré était connu du CCPP depuis 2004, que le suivi actuel consistait en des entretiens de soutien, qu'aucun traitement médicamenteux n'était prescrit et que les diagnostics de jeu pathologique (F63.0) ainsi que de trouble mixte de la personnalité avec des traits impulsifs et dépendants (F61.0) avaient été posés (pièce 124-16).

Le 27 novembre 2011, X_____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en y indiquant avoir subi un infarctus le 6 mai 2011 et être suivi auprès du CCPP (pièce 34 ; cf. également, en pièce 43, l'extrait de compte AVS faisant état de nombreux engagements temporaires entre 1987 et 2010).

Dans son rapport du 20 janvier 2012, la Dresse K_____, spécialiste en médecine interne et en maladie rhumatismales, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après arrêt cardiaque sur STEMI (ST Segment Elevation Myocardial Infarction) inféro-latéral le 6 mai 2011 et mise en place d'un stent nu de l'artère coronaire droite, de troubles anxio-dépressifs récurrents ainsi que de difficultés liées aux jeux et à des situations juridiques et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de tabagisme actif, d'hypercholestérolémie, de lombo-sciatalgies chroniques depuis 2001 en tout cas et de status après extraction dentaire complète en septembre et octobre 2011. La Dresse K_____ a ajouté qu'elle suivait X_____ depuis 2001, que son patient avait bénéficié d'un programme de réadaptation cardiovasculaire sans complication, que l'ergométrie effectuée à la fin de la réadaptation s'était révélée négative, que, rapidement, les problèmes psychiques avaient repris le dessus, que le patient avait été très éprouvé par son hospitalisation et ses nombreuses difficultés juridiques antérieures, qu'en décembre 2011, il avait repris un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H_____ des IPVR et que les symptômes actuels consistaient en des troubles du sommeil, des troubles dépressifs et anxieux sévères ainsi qu'en de la fatigue. Elle a mentionné une incapacité totale de travail du 6 mai 2011 au 31 janvier 2012, en précisant que c'étaient surtout les problèmes psychiques et les lombalgies chroniques qui limitaient actuellement le patient et qu'une capacité de travail de 50% dans une activité légère et adaptée était exigible de suite (pièce 51). Par courrier adressé le 22 novembre 2011 au médecin-conseil de la I_____ Assurance, la Dresse K_____ a également expliqué que la réadaptation cardio-vasculaire avait été suivie jusqu'à la mi-août 2011 sans problème particulier, que l'ergométrie de contrôle était négative, qu'actuellement toutefois, X_____ souffrait surtout de

troubles anxio-dépressifs associés, qu'un suivi psychiatrique lui avait été recommandé et qu'une reprise du travail dans l'activité antérieure de manœuvre ne pouvait être envisagée dans ces conditions pour l'instant (pièce 126-6).

Le 29 février 2012, la Dresse H_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité avec des traits paranoïaques depuis l'âge adulte (F61.0), de jeu pathologique depuis 1996 (F63.0) et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis juin 2011 (F32.2). Elle a mentionné un suivi ambulatoire auprès des IPVR du 18 juin au 8 juillet 2004, du 22 mai 2009 au 11 novembre 2010 et dès le 14 décembre 2011 ainsi que des symptômes actuels sous forme d'un état de mal-être physique, d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, de ruminations, de culpabilité, d'une mauvaise estime de soi, d'une perte d'appétit, de troubles du sommeil avec des réveils fréquents et d'angoisses accompagnées de douleurs à la poitrine, de tachycardie et d'une forte envie de se rendre au casino pour jouer. Elle a ajouté qu'aucune médication n'avait été prescrite, que la prise en charge psychiatrique consistait en des entretiens médicaux mensuels ainsi qu'en des discussions de groupe, que les arrêts de travail n'étaient pas établis par elle, qu'elle attestait toutefois une capacité de travail nulle pour des raisons psychiatriques, depuis le 14 décembre 2011 et même depuis l'accident cardiaque selon l'anamnèse, qu'en raison de restrictions physiques (problèmes cardiaques) et psychiques (troubles de la concentration en lien avec l'utilisation de machines de chantier et l'organisation de diverses tâches, fatigabilité excessive, angoisses majeures), X_____ ne pouvait plus exercer une activité de manœuvre et qu'une mesure de réadaptation, inenvisageable à l'heure actuelle, pouvait être réévaluée dans les six mois (pièce 56 ; cf. également certificat du 1^{er} mars 2012 en pièce 62).

Il ressort du rapport de l'entretien du 13 mars 2012 établi le 26 mars suivant par l'Office AI que X_____ s'était déclaré intéressé à suivre les cours afin d'obtenir la patente de cafetier ou le permis de taxi et que l'option du permis de cariste avait également été évoquée (pièce 58).

Dans un avis du 29 mars 2012, le Dr L_____, médecin du SMR, a mentionné qu'au vu de l'incapacité totale de travail actuellement en cours pour une raison psychique, un avis interne psychiatrique était demandé (pièce 65-3). Le 5 avril suivant, le Dr M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a souligné que les indications psychopathologiques n'étaient pas assez précises pour estimer la gravité de l'épisode dépressif majeur, que le diagnostic relatif au trouble de la personnalité était encore moins bien étoffé et qu'un examen clinique au SMR avec

un interprète de langue B_____, ou une expertise psychiatrique externe également avec un interprète, était nécessaire pour répondre aux questions habituelles (pièce 65-7). En date du 17 avril 2012, le Dr L_____ a proposé de confier une expertise psychiatrique au Dr N_____ (pièce 65-9).

Par courrier du 2 avril 2012, X_____ a été convoqué au cours de cariste qui aurait lieu du 22 au 25 mai suivant (pièce 64) et, lors d'un entretien téléphonique avec l'Office AI du 26 avril 2012, a demandé quelques explications concernant les modalités du cours (pièce 66). Dans une communication du 30 avril suivant, la prise en charge de ce cours par dit office a été confirmée (pièce 67).

Le 1^{er} juin 2012, un mandat d'expertise mono-disciplinaire a été transmis au Dr N_____, spécialiste en psychiatrie (pièce 70), qui s'est récusé le 18 juin suivant pour des motifs personnels, après avoir pris contact avec X_____ pour se rendre compte des connaissances de celui-ci en français (pièce 74).

En date du 6 juin 2012, X_____ a reçu confirmation du suivi avec succès du cours de cariste du 22 au 25 mai 2012, lequel comportait les objectifs suivants : leçons théoriques complètes selon le manuel de cariste, conduite intensive sous forme de petits groupes pour les chariots élévateurs à contrepoids et à mât rétractable, formation théorique et pratique en alternance, tests finaux théorique et pratique (pièces 76-3 et 76-5).

Dans son avis du 29 juin 2012, le Dr L_____ a suggéré de procéder à un examen psychiatrique auprès du SMR (pièce 77-2).

Le Dr M_____ a procédé à cet examen le 28 août 2012 durant une heure et dix minutes, en présence d'un interprète de langue B_____ et, selon lui, dans de bonnes conditions. Dans son rapport du lendemain, ce spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a exposé que l'assuré se plaignait avant tout, de façon lucide, de sa déchéance sociale due aux jeux pathologiques et que celui-ci décrivait également des troubles du sommeil avec plusieurs réveils nocturnes, un tabagisme bien actif avec deux à trois paquets de cigarettes par jour, des ruminations mentales intensives, fréquentes mais pas continues, une perte partielle de projection dans le futur ainsi que des idées passives de mort occasionnelles, sans idéation suicidaire active continue accompagnée de projets concrets. Le Dr M_____ a constaté une humeur dépressive de degré léger à moyen, présente la plupart du temps, en précisant que vers la fin de l'entretien, l'assuré avait pu sourire et exprimer spontanément des émotions positives. Ce spécialiste a également souligné l'absence d'attitude

persécutée ou paranoïaque, de ralentissement psychomoteur et de la pensée, d'indécision ou de difficulté à concevoir une action, de trouble cognitif de type dépressif, de fatigabilité mentale pathologique ainsi que de diminution de l'attention, de la concentration et du rendement. Il a exclu une personnalité pathologique dans le sens des ouvrages de référence et de la psychiatrie clinique. Il n'a pas posé de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et a mentionné les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : grave cas de jeu pathologique (F63.0) et état dépressif réactionnel de longue durée dû à la situation sociale, susceptible d'atteindre par moment la gravité d'un épisode dépressif majeur moyen mais sans symptôme ayant un impact sur la capacité de travail (F41.2 ou F32.1). Le médecin du SMR a, dans son appréciation du cas, expliqué qu'il existait un tableau clair et typique d'une grave addiction aux jeux de hasard avec toutes les conséquences sociales et la déchéance personnelle relatée, appelé dans les ouvrages de référence le « jeu pathologique » et entraînant un état dépressif réactionnel de longue durée, situationnel et susceptible d'atteindre par périodes la gravité d'un épisode dépressif majeur de degré moyen, que les symptômes typiques de la dépression majeure ayant un impact sur la capacité de travail (ralentissement psychomoteur et de la pensée, troubles cognitifs, difficultés de conclure, indécision, pôle matinal avec incapacité de fonctionner dans la matinée, péjoration saisonnière) n'étaient toutefois pas observés, qu'il s'agissait là d'un cas social mais non, hormis le jeu pathologique, d'une maladie psychiatrique dans le sens strict et clinique du mot et que le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque retenu par le psychiatre traitant ne pouvait pas être confirmé (pièce 85-6).

Le 3 septembre 2012, le Dr L_____ a dressé son rapport final (pièce 85) qu'il a rectifié le même jour quant aux périodes d'incapacité de travail (pièce 86). Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique, de status après arrêt cardiaque sur infarctus inféro-latéral le 6 mai 2011 et de status après mise en place d'un stent de la coronaire droite le 6 mai 2011 et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de lombo-sciatalgie chronique droite évoluant depuis 1998 sans déficit neurologique, d'extraction dentaire complète en septembre et novembre 2011, de tabagisme actif, de grave cas de jeu pathologique (F63.0), d'état dépressif réactionnel de longue durée dû à la situation sociale (F41.2 ou F32.1) et de status après état dépressif sévère sans symptômes psychotiques en juin 2011 (F32.2), selon le rapport du psychiatre traitant du 29 février 2012. Le médecin du SMR a ajouté que c'était le problème cardiaque qui avait initialement justifié une incapacité totale de travail dès le 6 mai 2011, que l'évolution avait été jugée favorable, que la

Dresse K_____ avait attesté une incapacité totale de travail du 6 mai 2011 au 30 janvier 2012 sur le plan somatique, qu'elle avait mentionné les lombalgies chroniques dans la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail et que l'incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques relevée par les médecins traitants n'avait pas été validée par l'examen psychiatrique au SMR.

Par décision de la Chambre pupillaire de O_____ du 15 octobre 2012, une tutelle au sens de l'article 369 aCC a été instituée en faveur de X_____ (pièce 92).

C. Dans son projet du 11 février 2013, l'Office AI a proposé de refuser à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dit office a considéré que, de l'avis du SMR, dès le 1^{er} février 2012 au plus tard, soit bien avant l'échéance du délai de carence d'une année correspondant au 6 mai 2012, X_____ était en mesure de poursuivre son activité habituelle ou tout autre activité de son choix, à plein temps et avec un rendement normal.

Les 18 mars puis 8 avril 2013, X_____, représenté par Me P_____, a contesté ce projet de décision. Il a fait valoir qu'une expertise psychiatrique devait être mise en œuvre par l'Office AI, qu'une telle expertise avait été confiée au Dr N_____ qui ne l'avait jamais réalisée, que ses médecins traitants attestaient, au contraire du Dr M_____ à l'issue d'un seul entretien d'une heure, une capacité de travail nulle pour des raisons psychiatriques, que le rapport final du SMR du 3 septembre 2012 indiquait explicitement une incapacité totale de travail du 6 mai 2011 au 28 août 2012, soit de plus d'une année, et que la diminution de sa capacité à s'assumer de manière autonome avait été confirmée par la décision d'institution d'une tutelle selon l'article 369 aCC en sa faveur. L'assuré a également requis l'assistance administrative gratuite au sens de l'article 37 alinéa 4 LPGA, refusée par décision incidente du 4 juillet 2013 (pièce 115).

Par décision du 4 septembre 2013, l'Office AI a formellement confirmé son refus d'allouer des prestations à l'assuré. Il a constaté tout d'abord que l'assuré ne remettait pas en question le terme, au 30 janvier 2012, de l'incapacité de travail consécutive à l'infarctus survenu le 6 mai 2011 ni le fait que les lombo-sciatalgies droites chroniques évoluant depuis 1998 n'entraînaient pas, en l'absence de tout déficit neurologique, de limitations dans l'exercice de toute activité lucrative. Dit office a ajouté que si, effectivement, un mandat d'expertise avait été confié au Dr N_____ qui s'était récusé pour des motifs personnels, la possibilité d'un examen clinique interne avait également été évoquée au cours de l'instruction du cas, qu'un tel examen permettait

tout autant d'apprécier l'état de santé psychique, que le rapport correspondant revêtait entière valeur probante, que le temps consacré à un entretien d'expertise ne constituait pas en soi un critère propre à estimer cette valeur probante, qu'en cas de divergence d'opinions entre médecins internes aux assurances et médecins traitants, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne s'imposait pas de manière générale, qu'elle ne se justifiait pas en l'espèce et que le spécialiste du SMR en psychiatrie et psychothérapie avait conclu de manière cohérente à l'absence de diagnostic susceptible d'avoir un impact significatif sur la capacité de travail. L'Office AI a ajouté que les motifs d'institution d'une tutelle étaient nombreux et que rien n'indiquait, dans la situation de X_____, une incapacité à gérer ses affaires causée par une atteinte à la santé psychique ou mentale invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Il a souligné enfin que le rapport final du SMR du 3 septembre 2012 avait été rectifié le même jour, en ce sens que l'incapacité totale de travail attestée du 1^{er} février au 28 août 2012 n'était pas justifiée par une atteinte relevant de la sphère psychiatrique et que le début d'une capacité de travail pleine et entière correspondait bien au 1^{er} février 2012, comme mentionné dans le projet de décision contesté.

D. Le 4 octobre 2013, X_____, par le Service intercommunal de la curatelle, a interjeté recours contre la décision du 4 septembre précédent, en requérant un délai supplémentaire afin de motiver son recours. Dans un courrier du 4 novembre suivant, X_____ a confirmé son recours, en concluant à l'octroi dès le 1^{er} mai 2012 d'une rente d'invalidité correspondant à son degré d'incapacité de travail et de gain. Il a fait valoir qu'il présentait une maladie psychique à l'origine d'une incapacité de travail et de gain de 50% et qu'une expertise psychiatrique devait être mise en œuvre. Il a demandé en outre à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision présidentielle du 2 décembre 2013 en la cause S3 13 61, X_____, désormais représenté par Me Q_____ de A_____, a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et Me Q_____ lui a été désigné avocat d'office à compter du 14 novembre 2013.

En date du 17 décembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 4 septembre 2013, à la motivation de laquelle il s'est référé.

Dans sa réplique du 21 janvier 2014, le recourant a invoqué que le rapport du Dr M_____ était interne à l'assurance et non indépendant selon l'article 44 LPGA, que l'absence de troubles psychiques invalidants retenue par ce médecin du SMR était contredit par le CCPP qui, dans son appréciation circonstanciée du 29 février 2012,

avait attesté une capacité de travail nulle et que, conformément à l'ATF 135 V 465, une expertise devait être ordonnée, au motif que dite appréciation faisait sérieusement douter des conclusions du Dr M_____. X_____ a ajouté que l'avis de ce médecin avait une faible valeur probante, qu'en effet, le rapport correspondant ne comportait qu'une partie des rubriques obligatoires dans un rapport d'expert et que la langue utilisée dans ce rapport était, tant sur le plan sémantique que scientifique, des plus confuses. Il a souligné enfin que selon l'ATF 137 V 210, il ne s'agissait pas de préciser ou de compléter une expertise externe et que l'expertise requise devait ainsi être mise en œuvre par la Cour.

Le 10 février suivant, X_____ a produit un rapport établi par le CCPP le 31 janvier 2014, en relevant que si ce rapport faisait état d'une amélioration de son état de santé psychique, il n'en retenait pas moins une capacité résiduelle de travail de 50%. Dans ce rapport, la Dresse H_____ a rappelé la teneur de son appréciation de février 2012. Elle a mentionné au surplus que depuis dite appréciation, l'état psychique de son patient s'était progressivement amélioré, surtout au niveau de l'humeur, qu'au cours des derniers mois, X_____ présentait une symptomatologie dépressive modérée, dont l'intensité variait de légère à moyenne, que le jeu pathologique était toujours d'actualité, qu'il portait toutefois moins à conséquence grâce au contrôle de la gestion des finances de l'assuré par une mesure de curatelle, que le trouble de la personnalité (dérégulation émotionnelle majeure, tendance à développer des symptômes anxio-dépressifs en situation de stress, réactions impulsives, tendance à la conflictualité, schémas cognitifs extrêmement rigides), développé à l'adolescence, était moins décompensé mais qu'il perturbait toujours le fonctionnement du patient. La Dresse H_____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de jeu pathologique (F63.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Elle a arrêté la capacité résiduelle de travail à 50% dans une activité adaptée aux limitations d'ordre somatique également, en rapportant que le patient avait récemment trouvé une petite activité temporaire en tant que livreur pour un fleuriste.

L'intimé a, le 11 février 2014, souligné que le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR avait, dans son rapport d'examen clinique du 29 août 2012, clairement indiqué les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de l'appréciation des psychiatres traitants et de ne pas reconnaître d'incapacité de travail de longue durée dans la situation de l'assuré. Il a précisé que le cas d'espèce différait de celui examiné dans l'ATF 135 V 465, en ce sens que ces psychiatres n'avaient mentionné

aucun élément objectivement vérifiable que le spécialiste du SMR aurait ignoré ou qui fût suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions probantes de celui-ci.

En date du 11 mars 2014, l'Office AI a encore versé en procédure un rapport du SMR du 26 février précédent. Dit office a relevé que l'amélioration de l'état de santé du patient rapportée le 31 janvier 2014 par la Dresse H_____ permettait d'autant moins de remettre en question l'absence, déjà constatée lors de l'examen clinique du 28 août 2012, d'une quelconque atteinte à la santé psychique ou mentale invalidante et que cette appréciation récente ne faisait que confirmer les conclusions du SMR. Il ressort de l'avis émis le 25 février 2014 par le Dr M_____ puis repris le lendemain par le Dr L_____ que, comme le Dr M_____ n'avait pas constaté, lors de son examen clinique du 28 août 2012, de maladie psychiatrique incapacitante chez l'assuré, une telle maladie n'existait pas non plus à l'heure actuelle, étant donné que l'état de santé de celui-ci s'était amélioré.

Le recourant a écrit, dans ses ultimes remarques du 20 mars 2014, que le Dr M_____ fournissait dans cet avis une explication qui n'en était pas une car il n'y motivait pas son désaccord avec les psychiatres traitants.

Par courrier du 17 avril 2014, la Fondation institution supplétive LPP a renoncé à se déterminer en la procédure et s'en est remise à l'appréciation de la Cour.

L'échange d'écritures a été clos le 22 avril suivant.

Considérant en droit

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

Posté le 4 octobre 2013, le recours « préventif » contre de la décision du 4 septembre précédent, complété le 4 novembre 2013, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis 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.

2.1 En l'occurrence, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'Office AI a, dans la décision entreprise, refusé à l'assuré tout droit à des prestations d'assurance, en considérant que dès le 1^{er} février 2012 au plus tard, soit bien avant l'échéance du délai de carence d'une année correspondant au 6 mai 2012, X_____ était en mesure de poursuivre son activité habituelle ou tout autre activité de son choix, à plein temps et avec un rendement normal. Comme souligné dans la décision entreprise, le recourant n'a jamais contesté le fait que ses affections somatiques n'avaient pas d'influence négative sur sa capacité de travail au-delà de cette date du 1^{er} février 2012. Le présent litige ne porte ainsi que sur la question de savoir si des troubles d'ordre psychiatrique exercent une telle influence.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

L'article 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

La valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a).

Selon un arrêt du Tribunal fédéral en matière d'appréciation des preuves paru aux ATF 135 V 465, même si la jurisprudence a toujours reconnu 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 (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 d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (consid. 4.5) (...). Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGA (consid. 4.6).

2.2 En l'occurrence, la Cour de céans estime que le rapport du Dr M_____ du 29 août 2012 (pièce 85-6) répond aux exigences jurisprudentielles posées à la valeur probante d'un rapport médical et se déclare convaincue par les conclusions de ce spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR. Celui-ci a examiné personnellement X_____ la veille, en présence d'un interprète de langue B_____. Dans son rapport correspondant, ce médecin a exposé de manière complète l'anamnèse et les plaintes de l'assuré (anamnèse familiale et personnelle, anamnèse professionnelle, anamnèse somatique, anamnèse psychosociale et psychiatrique, plaintes subjectives, traitement médicamenteux actuel et vie quotidienne) ainsi que les résultats de son examen clinique (status psychiatrique). Il a ensuite exclu tout diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail et retenu les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de grave cas de jeu pathologique (F63.0) et d'état dépressif réactionnel de longue durée dû à la situation sociale, susceptible d'atteindre par moment la gravité d'un épisode dépressif majeur moyen mais sans symptôme ayant un impact sur la capacité de travail (F41.2 ou F32.1). Enfin, dans son appréciation du cas, le Dr M_____ a motivé ces

conclusions diagnostiques de façon claire et cohérente. Il a expliqué que des troubles de la personnalité de type paranoïaque ne se retrouvaient pas chez l'expertisé, que celui-ci souffrait bien d'une importante addiction aux jeux, que ce jeu pathologique (F63.0) avait de graves conséquences personnelles et sociales que X_____ appréciait de manière tout à fait réaliste, que les préoccupations liées à cette déchéance entraînaient un état dépressif réactionnel et situationnel de longue durée, pouvant par moment atteindre la gravité d'un épisode dépressif majeur moyen mais non influer sur la capacité de travail (F41.2 ou F32.1) et que les symptômes typiques de la dépression majeure ayant un impact sur la capacité de travail (ralentissement psychomoteur et de la pensée, troubles cognitifs, difficultés de conclure, indécision, pôle matinal avec incapacité de fonctionner dans la matinée, péjoration saisonnière) n'étaient pas observés.

Ainsi, contrairement aux critiques émises par le recourant dans sa réplique du 21 janvier 2014 et ses ultimes remarques du 20 mars suivant, ce rapport d'expertise répond aux exigences de clarté, de cohérence et de motivation posées par la jurisprudence topique et comporte bien toutes les rubriques qu'un tel rapport doit contenir. A cet égard, l'intimé a souligné à bon escient dans son écriture du 11 février 2014 que le Dr M_____ avait, dans son rapport d'examen clinique du 29 août 2012, clairement indiqué les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de l'appréciation des psychiatres traitants et de ne pas reconnaître d'incapacité de travail de longue durée dans la situation de l'assuré.

Une étude attentive du dossier permet d'ailleurs de constater que les conclusions du Dr M_____ ne sont pas si éloignées de celles des médecins de l'assuré. Dans leur rapport du 8 juillet 2009, les médecins du Service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière ont fait état de diagnostics des groupes Z (difficultés liées aux jeux et paris, Z72.6 et difficultés liées à d'autres situations juridiques, Z65.3), soit du chapitre XXI de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Or, ce chapitre ne présente pas des maladies, affections et troubles en tant que tels, mais simplement des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé. La mention de ces difficultés a d'ailleurs été reprise par la Dresse K_____ dans son rapport du 20 janvier 2012 (pièce 126-6). A l'issue de l'hospitalisation du 6 au 20 mai 2009, les médecins du service précité ont constaté une amélioration rapide sur le plan thymique, avec un amendement des idées suicidaires et des angoisses relatives au remboursement des dettes, et n'ont arrêté aucune

incapacité de travail. Ils n'ont mentionné aucun trouble de la personnalité dans les diagnostics retenus et ont uniquement évoqué un premier séjour en 2002 pour un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ainsi qu'un jeu pathologique connu depuis 1996. En relation avec les difficultés que l'assuré a rencontrées en 2009, la Dresse H_____ n'a fixé, dans un certificat du 28 octobre 2009, qu'une incapacité de travail de courte durée, soit de 100% du 21 mai au 30 juin puis de 50% du 1^{er} juillet au 14 octobre 2009 (pièce 124-29). Elle a simplement répondu au Dr J_____ le 28 avril suivant que X_____ était connu du CCPP depuis 2004, que le suivi actuel consistait en des entretiens de soutien, qu'aucun traitement médicamenteux n'était prescrit et que les diagnostics de jeu pathologique (F63.0) ainsi que de trouble mixte de la personnalité avec des traits impulsifs et dépendants (F61.0) avaient été posés (pièce 124-16).

En date du 29 février 2012, la Dresse H_____ a maintenu ces deux diagnostics, en précisant que le trouble mixte de la personnalité avec des traits paranoïaques (F61.0) existait depuis l'âge adulte et en y ajoutant celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis juin 2011 (F32.2). Elle a expliqué que l'assuré avait repris un suivi au CCPP depuis le 14 décembre 2011, que les symptômes actuels consistaient en un mal-être physique, une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, des ruminations, de la culpabilité, une mauvaise estime de soi, une perte d'appétit, des troubles du sommeil et des angoisses, qu'aucune médication n'avait été prescrite et que la capacité de travail était nulle pour des raisons psychiatriques, depuis le 14 décembre 2011 et même depuis l'accident cardiaque selon l'anamnèse (pièce 56). Il semble également ressortir des rapports de la Dresse K_____ des 22 novembre 2011 (pièce 126-6) et 20 janvier 2012 (pièce 126-6) que les troubles anxio-dépressifs sévères étaient apparus en réaction à l'arrêt cardiaque du 6 mai 2011, ainsi qu'à l'opération et à l'hospitalisation y relatives, et avaient justifié la reprise d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H_____. Toujours selon la Dresse K_____, l'évolution cardiovasculaire a toutefois été rapidement favorable, le patient a suivi un programme de réadaptation sans complication jusqu'à la mi-août 2011, l'ergonomie effectuée à la fin de la réadaptation s'est révélée négative et l'incapacité totale de travail a duré du 6 mai 2011 au 31 janvier 2012. Lors de l'entretien du 13 mars 2012 auprès de l'Office AI, l'assuré s'est déjà déclaré intéressé par différentes pistes professionnelles (pièce 58). Il a été convoqué au cours de cariste le 2 avril 2012 (pièce 64) et a demandé quelques explications à l'Office AI concernant ce cours le 26 avril suivant (pièce 66). La prise en charge de cette mesure a été confirmée par ledit office quatre jours plus tard (pièce 67)

puis X_____ a, du 22 au 25 mai 2012, suivi avec succès ce cours comportant une partie théorique et pratique (pièces 76-3 et 76-5). Ces éléments, de même que l'absence de tout traitement médicamenteux lors de l'épisode dépressif pourtant qualifié de sévère par la Dresse H_____ (pièce 56), confortent la Cour dans sa conviction que, à l'instar des conclusions du Dr M_____ (pièce 85-6) reprises par le Dr L_____ dans son rapport final rectifié du 3 septembre 2012 (pièce 86), l'état dépressif consécutif aux troubles cardio-vasculaires survenus le 6 mai 2011 n'avait, en lui-même et en l'absence de symptômes typiques de la dépression majeure ayant un impact sur la capacité de travail, pas entraîné d'incapacité de travail, ou à tout le moins qu'une incapacité de courte durée comme en 2009. Il convient d'ajouter que lors de l'examen clinique du 28 août 2012, l'assuré s'est surtout plaint de sa déchéance sociale due aux jeux pathologiques, ainsi que de troubles du sommeil, d'un tabagisme bien actif, de ruminations mentales intensives, fréquentes mais pas continues, d'une perte partielle de projection dans le futur et d'idées passives de mort occasionnelles, sans idéation suicidaire active continue accompagnée de projets concrets (pièce 85-6). Hormis une humeur dépressive de degré léger à moyen, présente la plupart du temps, le Dr M_____ n'a pas retrouvé chez X_____ tous les symptômes décrits par la Dresse H_____ le 29 février précédent, à savoir un mal-être physique, une diminution de l'intérêt et du plaisir, un sentiment de culpabilité, une mauvaise estime de soi, une perte d'appétit et des angoisses (pièce 56). Enfin, l'amélioration de la symptomatologie dépressive rapportée le 31 janvier 2014 par le psychiatre traitant tend à confirmer le fait que les épisodes dépressifs surviennent chez l'assuré en réaction à certaines situations mais qu'ils ne sont pas propres à influencer négativement et durablement la capacité de travail de celui-ci.

Enfin, dans ce rapport du 31 janvier 2014 produit en procédure judiciaire, la Dresse H_____ a précisé que le trouble de la personnalité développé à l'adolescence était moins décompensé. Elle n'en a tiré plus qu'un diagnostic assez vague, à savoir un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Ce trouble existant depuis longtemps n'a toutefois pas empêché l'assuré de travailler normalement depuis son arrivée en Suisse en 1987 (pièce 2.2), comme le montre son extrait de compte AVS (pièce 43 ; cf. également les pièces 8, 10, 11-2 et 125-17). Il en va de même du diagnostic de jeu pathologique (F63.0).

Partant, l'appréciation divergente par les psychiatres traitants de l'impact de l'état dépressif réactionnel sur la capacité de travail de leur patient ne permet pas de douter du caractère fiable et fondé des conclusions des médecins du SMR, qui ont tenu

compte de cette divergence et ont donné les raisons pour lesquelles ils ne se ralliaient pas à dite appréciation. La mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA ne se justifie donc pas. N'y change rien le fait qu'au cours de la procédure administrative, une telle mesure d'instruction ait été envisagée, d'ailleurs au même titre qu'un examen clinique au SMR (pièce 65-7), puis confiée à un expert externe (pièces 65-9 et 70), lequel s'est récusé en raison, semble-t-il, des connaissances insuffisantes de l'assuré en français (pièce 74). N'y change rien non plus le fait qu'une tutelle au sens de l'ancien article 369 CC ait été instituée le 15 octobre 2012 en faveur de X_____ (pièce 92). Comme l'Office AI l'a fait remarquer avec pertinence dans la décision querellée, l'institution de cette tutelle ne permet pas de conclure au caractère invalidant de la maladie psychique à l'origine de l'incapacité de l'assuré à gérer ses affaires. Bien que le recourant n'ait plus contesté ce point en procédure judiciaire, il sied de rappeler finalement, en renvoyant à la jurisprudence en la matière citée dans la décision entreprise, que le temps consacré pour un entretien d'expertise n'est pas un critère permettant, en soi, de juger de la valeur probante d'un rapport mais qu'il dépend bien plutôt des questions à résoudre et du tableau clinique. En l'espèce, l'examen d'une heure et dix minutes pratiqué par le Dr M_____ le 28 août 2012 (pièce 85-6) a suffi à cet expert pour retenir, entre autres conclusions, que l'épisode dépressif majeur moyen diagnostiqué chez l'assuré n'avait pas d'influence négative sur la capacité de travail. Dans sa décision du 4 septembre 2013, l'Office AI a donc considéré à juste titre que, dès le 1er février 2012 au plus tard, X_____ était en mesure de poursuivre son activité habituelle ou tout autre activité de son choix, à plein temps et avec un rendement normal, et lui a refusé tout droit à des prestations d'assurance.

3. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 4 septembre 2013 est confirmée.

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de l'affaire (art. 69 al. 1bis LAI, art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA), sont donc mis à la charge du recourant qui succombe. L'assistance judiciaire totale lui ayant toutefois été accordée par décision présidentielle du 2 décembre 2013, ces frais seront provisoirement supportés par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. b LAJ), à charge pour le recourant de les rembourser si sa situation économique devait s'améliorer (art. 10 al. 1 let. a LAJ).

En ce qui concerne les dépens, le conseil juridique commis d'office de la personne assistée qui succombe est rémunéré par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. a LAJ). La rémunération du conseil juridique commis d'office obéit aux règles de la loi fixant le tarif

des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (art. 9 LAJ). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27ss de la présente loi, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Les honoraires de A_____, qui n'est intervenue qu'au stade de la réplique, a rédigé deux brèves écritures ainsi que trois courriers et déposé deux copies dans un dossier de complexité moyenne, sont arrêtés forfaitairement à 1200 fr., TVA comprise (art. 27 al. 5 et 40 al. 1 LTar). Le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions relatives à l'assistance judiciaire percevant des honoraires correspondant au 70 pour cent des ceux prévus aux articles 31 à 40 LTar, c'est une indemnité de 840 fr. débours compris, au demeurant conforme au tarif horaire articulé au considérant 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_391/2007 du 26 mai 2008 (cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_928/2012 du 26 avril 2013 consid. 8.3, paru in SVR 2013 UV Nr. 23), qui devrait être accordée à l'avocat d'office de X_____ (art. 30 al. 1 LTar). Me Q_____ officie toutefois au Service juridique R_____ ou A_____. Conformément à la jurisprudence fédérale (ATF 120 Ia 169 consid. 3a, SVR 1999 IV Nr. 28 consid. 4c, 4d et 4e), il n'est pas arbitraire d'indemniser distinctement les avocats employés auprès d'associations ou d'assurances de protection juridique, d'une part, et les avocats exerçant leur métier en profession libérale, d'autre part. L'indemnité due à A_____ au titre de l'assistance judiciaire est donc arrêtée à 500 francs.

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de X_____ mais provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. Une indemnité de 500 fr. est allouée à A_____ au titre de l'assistance judiciaire et provisoirement supportée par l'Etat du Valais.

Sion, le 24 octobre 2014