

S1 24 93

ARRÊT DU 27 OCTOBRE 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

A. _____, recourant, représenté par Maître Natacha Albrecht, avocate, Sierre

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, refus de prestations AI)

Faits

A. A.____, né en 1994, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de logisticien obtenu en 2016. Depuis le 6 mai 2019, il travaillait en cette qualité à 100% auprès de B.____ SA, à Q.____.

B. Le 5 novembre 2020, le prénommé a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), indiquant qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 26 juin précédent et qu'il présentait des vertiges, des acouphènes, un état d'épuisement, une perte de poids, un brouillard mental, des douleurs musculaires/articulaires, une sensibilité au bruit et à la lumière, une dépression, de l'angoisse, de l'anxiété et un repli social (pièce OAI 3, p. 4 ss).

Dans un rapport du 3 décembre 2020, le Dr C.____, médecin praticien, a confirmé que son patient était en incapacité totale de travail depuis le 26 juin précédent et que celui-ci souffrait de troubles psychiques (pièce OAI 11, p. 36 ss).

Dans un rapport d'expertise du 16 décembre 2020, le Dr D.____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'assureur-maladie de l'intéressé, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité schizoïde versus trouble schizotypique, de trouble alimentaire non spécifique ainsi que de trouble hypocondriaque et estimé que l'assuré serait apte à reprendre son activité habituelle, qui était adaptée, au plus tard au début du mois de février 2021 (pièce OAI 97, p. 366 ss).

Le 29 décembre 2020, le Dr E.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du F.____ R.____ (ci-après : R.____), a retenu les diagnostics incapacitants de trouble du spectre autistique (non confirmé, F84) avec diagnostic différentiel de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), ainsi que d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Le Dr E.____ a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était de 50%, mais qu'elle pourrait être améliorée si celui-ci s'engageait à respecter les propositions thérapeutiques. Ce spécialiste a en outre joint à son rapport les résultats d'une évaluation neuropsychologique ayant eu lieu en septembre 2020, à l'issue de laquelle une évaluation approfondie des troubles du spectre autistique était préconisée (pièce OAI 13, p. 42 ss).

L'assuré a repris son activité habituelle de logisticien à 100% dès le 1^{er} mai 2021 (pièce OAI 18, p. 62).

Par décision du 15 octobre 2021, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente d'invalidité), motif pris qu'au 1^{er} mai 2021, soit avant le terme du délai d'attente d'une année, il avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain, de sorte qu'il ne présentait aucune invalidité (pièce OAI 23, p. 70 ss). Non contestée, cette décision est entrée en force.

C. Le 25 janvier 2023, l'intéressé a rempli un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI, en raison de douleurs aux poumons et d'une mauvaise récupération suite à ses soucis de santé en 2020-2021. Interpellé par l'OAI, il a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 3 mai suivant, indiquant qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 28 février 2023 et qu'il souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), d'acouphènes, d'un pneumothorax et d'un burn-out (pièces OAI 28, p. 80 ss, et 36, p. 106 ss)

Dans un rapport du 10 juillet 2023, le Dr G.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse H.____, médecin assistant, tous deux à R.____, ont retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen (F32.1), de possible trouble de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH, F90) en investigation et de possible trouble du spectre autistique (TSA, F84) en investigation. Ils ont relevé que l'intéressé était en incapacité de travail totale depuis le 28 mars 2023 et ont posé les limitations fonctionnelles suivantes : hyperesthésie sensorielle, difficultés dans la gestion du stress, adaptation et relations sociales, favorisation du travail à domicile, limitation des contacts sociaux sollicitants, limitation des responsabilités et travail plutôt routinier (pièce OAI 99, p. 412 ss).

Le 27 octobre 2023, la Dresse H.____ a confirmé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et posé ceux d'anxiété généralisée (F41.1) ainsi que de phobies sociales (F40.1), de même que les diagnostics différentiels de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) ainsi que de troubles envahissants du développement (F84). La Dresse H.____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, cette question devant néanmoins être revue dans le cadre d'une mesure de réadaptation, mais que, dans une activité adaptée, ritualisée et solitaire, celui-ci disposait d'une capacité de travail de 6 à 7 heures par jour (pièce OAI 55, p. 160 ss).

Dans un rapport d'expertise du 21 novembre 2023, la Dresse I.____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandatée par l'assureur collectif perte de gain en cas de maladie de l'intéressé, a retenu le diagnostic non incapacitant de trouble de la

personnalité, sans précision (F60.9) et l'absence de limitation fonctionnelle. Elle a conclu qu'au jour de l'expertise, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans baisse de rendement, et ce dans n'importe quelle activité, excepté auprès de son employeur actuel (pièce OAI 100, p. 420 ss).

Le 3 janvier 2024, le Dr J.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à R.____, a relevé que la Dresse I.____ n'avait pas retenu de trouble anxieux malgré le fait que l'assuré décrivait des symptômes d'une phobie sociale (F40.1), que ce dernier manifestait une agoraphobie (F40.0) avec notamment une crainte de quitter son domicile, que le diagnostic de TSA, évoqué dans l'évaluation neuropsychologique de 2020, pourrait expliquer la difficulté dans l'interaction sociale et que l'intéressé prendrait contact avec l'association K.____ pour une investigation spécifique de l'autisme (pièce OAI 102, p. 508).

Dans un rapport final SMR du 8 février 2024, le Dr L.____ a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise de la Dresse I.____ et, après avoir procédé à l'analyse des indicateurs établis par la jurisprudence, a retenu que les critères de gravité n'étaient pas remplis au moment de l'expertise. Le Dr L.____ a ainsi admis une incapacité de travail limitée du 28 mars 2023 au 21 novembre suivant, date à partir de laquelle l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de logisticien (pièce OAI 65, p. 181 ss).

Par projet de décision du 16 février 2024, l'OAI a informé l'intéressé qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité, mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières), dès lors qu'au 21 novembre 2023, soit avant le terme du délai d'attente d'une année, il avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain, si bien qu'il ne présentait aucune invalidité (pièce OAI 67, p. 189 ss).

Dans un compte-rendu d'évaluation du 26 mars 2024, M.____, psychologue FSP spécialisée en autisme auprès de l'association K.____, a posé le diagnostic de TSA et exclu celui de TDAH. Elle a précisé que l'assuré se situait au niveau 1, soit à un stade auquel il nécessitait de l'aide (pièce OAI 70, p. 199).

Le 15 avril 2024, la Dresse I.____ a relevé que des traits de personnalité pathologique de type schizoïdes et anxieux avaient été objectivés dans son rapport d'expertise, ce qui correspondait à la définition de symptômes d'allure autistique et avait été pris en compte dans ses conclusions, qu'elle a confirmées. Elle a ajouté que le diagnostic de TSA de niveau 1 n'était pas en contradiction avec celui de trouble de la personnalité sans précision, avec des traits schizoïdes et évitants, qu'elle avait posé et que de tels troubles

(TSA) étaient souvent retenus à l'âge adulte dans le cadre d'un diagnostic de personnalité pathologique (pièce OAI 76, p. 226 ss).

Le 24 avril 2024, le Dr L.____ a estimé que le rapport complémentaire de la Dresse I.____ était très clair et que tant les conclusions de l'experte que ses propres conclusions du 8 février précédent devaient être confirmées (pièce OAI 78, p. 230 ss).

Par décision du 26 avril 2024, l'OAI a maintenu son projet du 16 février précédent et nié tout droit à des prestations AI à l'intéressé (pièce OAI 79, p. 233 ss).

Dans une attestation non datée transmise à l'OAI le 7 mai 2025 par l'assuré, le Dr J.____ a relevé que le TSA retenu par la psychologue M.____ expliquait les difficultés de son patient et nécessitait l'intervention de l'AI afin de définir le futur professionnel de ce dernier, tout effort de se réinsérer seul ou avec l'aide de l'assurance-chômage sur le marché du travail étant futile (pièce OAI 82, p. 242).

D. A.____, représenté par Me Natacha Albrecht, a recouru céans le 27 mai 2024 à l'encontre de la décision du 26 avril précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité versée rétroactivement depuis la date du dépôt de sa demande de prestations AI et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en substance soutenu que l'avis de la Dresse I.____ ne saurait être suivi, qu'il était encore en incapacité de travail conformément aux avis de la psychologue M.____ et du Dr J.____ et que les différents rapports médicaux au dossier étaient contradictoires. A titre de moyens de preuve, il a requis la réalisation d'une expertise ainsi que son interrogatoire et celui de l'intimé.

Dans sa réponse du 25 juin 2024, l'OAI a relevé qu'il n'avait rien à ajouter à la motivation de la décision litigieuse, dans la mesure où le recourant n'avait apporté aucun élément médical nouveau, objectif et pertinent, et souligné qu'il n'y avait dès lors pas lieu de compléter l'instruction médicale, ce d'autant moins qu'il n'appartenait pas à l'assuré de substituer sa propre évaluation de sa capacité de travail à celle des médecins. L'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 29 juillet 2024, le recourant a argué que le SMR n'avait pas pris en compte le rapport de la psychologue M.____, alors même que ce rapport avait été confirmé par le Dr. J.____, et que les tests neuropsychologiques réalisés en 2020 avaient permis de conclure à la présence d'un TSA, sans que le diagnostic n'ait pu être posé.

Le 13 août 2024, l'OAI a indiqué que le SMR avait non seulement tenu compte du rapport d'évaluation neuropsychologique effectué auprès de l'association K.____ par la psychologue M.____, mais avait également, au préalable, invité la Dresse I.____ à se déterminer sur ledit rapport, de sorte qu'il maintenait sa position.

L'institution de prévoyance professionnelle du recourant ne s'étant pas déterminée dans le délai imparti, l'échange d'écritures a été clos le 11 septembre 2024.

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 27 mai 2024, le présent recours à l'encontre de la décision du 26 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, c'est le nouveau droit qui est applicable, compte tenu de la date de la nouvelle demande de prestations et des faits juridiquement déterminants.

2.

2.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, d'octroyer tout droit au recourant à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente d'invalidité).

2.2 A teneur de l'article 17 alinéa 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

2.3 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-là 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 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 service médical régional (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. 54a LAI et 49 RAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 54a alinéa 2 LAI, 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 LPGGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (art. 54a al. 3 LAI), en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 54a al. 4 LAI). 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 LPGGA) 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). Les rapports du SMR 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

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 LPGGA. 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. 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 peu souvent 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).

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 143 V 124 consid. 2.2.2, 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 consid. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

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

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si, depuis le dernier examen matériel du droit à des prestations AI, la situation médicale du recourant s'est aggravée et lui donne le droit à de telles prestations.

3.2 Lorsque le droit à des prestations AI a été nié par décision du 15 octobre 2021, l'intéressé ne présentait plus d'incapacité de travail en raison de troubles psychiques et avait repris son activité habituelle de logisticien à 100% dès le 1^{er} mai 2021.

En mai 2023, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations AI, soutenant qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 28 février (*recte* : mars) précédent et qu'il souffrait d'un TDAH, d'acouphènes, d'un pneumothorax et d'un burn-out. En présence d'un éventuel motif de révision au sens de l'article 17 LPGGA, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 3 mai 2023.

A l'issue de l'instruction qu'il a menée, l'OAI s'est fondé sur l'avis de la Dresse I.____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandatée par l'assureur collectif perte de gain en cas de maladie de l'intéressé, lequel a été confirmé par son SMR, pour retenir qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée par le recourant dans son activité habituelle de logisticien depuis le 21 novembre 2023, date de l'expertise de la Dresse I.____. Ce dernier considère quant à lui que le rapport d'expertise ne respecte pas les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante et que l'avis du Dr J.____ et de la psychologue M.____, selon lesquels il serait encore en incapacité de travail, n'a pas suffisamment été pris en compte.

3.2.1 A la lecture de l'expertise psychiatrique du 21 novembre 2023 de la Dresse I.____, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'experte s'est fondée sur les pièces médicales au dossier, notamment l'avis du 10 juillet 2023 du Dr G.____ et de la Dresse H.____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie à R.____, ayant justifié d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI, puis a établi une anamnèse, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. La Dresse I.____ a ensuite procédé à un examen clinique complet permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives, après avoir discuté les diagnostics posés par les médecins de R.____. Enfin, les conclusions de l'experte ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du 21 novembre 2023, pièce OAI 100). Dans un rapport complémentaire du 15 avril 2024, la Dresse I.____ a en outre pris position sur l'avis du 26 mars 2023 de la psychologue M.____, que le Dr J.____ n'a fait que confirmer dans son attestation non datée, et expliqué de manière

précise pour quelles raisons celui-ci ne modifiait pas les conclusions de son expertise, comme cela sera développé ci-dessous (cf. rapport complémentaire du 15 avril 2024, pièce OAI 76).

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'experte psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Elle a d'abord dûment motivé le diagnostic non incapacitant qu'elle a retenu (comportements impulsifs et compulsifs à l'adolescence avec de fortes consommations d'alcool et de cannabis, troubles de l'image de soi avec des troubles des conduites alimentaires, attaques de panique et troubles anxieux en début de mise en incapacité de travail, questionnements existentiels, isolement, difficulté à communiquer avec autrui, pas de vie de couple ni de réseau d'amis, activités de loisirs en solitaire, hypersensibilité, le tout permettant de retenir des traits de personnalité particuliers, de type schizoïde et anxieux). L'experte a de plus clairement expliqué pour quelles raisons elle ne retenait pas les diagnostics d'épisode dépressif moyen (trouble ancien, évaluation objective au jour de l'expertise qui n'a permis de retenir aucun des critères diagnostic selon la CIM 10, prise en charge très en-dessous de la prise en charge habituelle de ce type de trouble, traitement proposé pris de façon très ponctuelle), de TDAH (trouble non confirmé par le bilan neurologique effectué en mars 2024) et de TSA (traits de personnalité pathologique de type schizoïdes et anxieux objectivés correspondant à la définition de symptômes d'allure autistique, diagnostic de TSA de niveau 1 non contradictoire avec le trouble de la personnalité sans précision, avec des traits schizoïdes et évitants, posé, TSA souvent retenu à l'âge adulte dans le cadre d'un diagnostic de personnalité pathologique). L'experte a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par le recourant (assuré autonome et indépendant, vit seul, a tenté de faire une formation professionnelle en début d'année 2023, se décrit comme affirmé au travail et engagé dans son activité), ce qui n'a d'ailleurs pas 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. 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 (faire le ménage, passer l'aspirateur, faire les courses, marcher durant environ 45 minutes, jouer aux jeux vidéo et sur son téléphone, voir sa mère régulièrement). En outre, la Cour relève que

cette analyse des indicateurs a également été effectuée par le Dr L.____, qui a confirmé les conclusions de l'experte.

3.2.2 Le recourant se prévaut quant à lui des avis de la psychologue M.____, posant le diagnostic de TSA de niveau 1, et du Dr J.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à R.____, estimant notamment que le diagnostic de TSA expliquait les difficultés de son patient et nécessitait l'intervention de l'AI afin de définir le futur professionnel de ce dernier, tout effort de se réinsérer seul ou avec l'aide du chômage sur le premier marché du travail étant futile.

Les avis de ces spécialistes sont toutefois insuffisants pour mettre en doute les conclusions de l'experte psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.2.1) 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 psychologue M.____, dont le diagnostic a été écarté de manière dûment motivée par l'experte, et du Dr J.____, lequel n'a fait que confirmer le diagnostic relevé par la psychologue, ne suffisent pas à remettre en doute les conclusions de la Dresse I.____, étant au demeurant précisé que – contrairement à ce qu'affirme le recourant, ni la psychologue M.____ ni le Dr J.____ ne se sont déterminés sur sa capacité de travail résiduelle. La Cour rappelle en outre à cet égard que selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. *supra* consid. 2.3), ce qui est à tout le moins le cas du Dr J.____, 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.

3.2.3 Vu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise de la Dresse 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 ou l'interrogatoire des parties requis 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 des prestations AI.

3.

3.1 Les frais, par 500 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 500 francs, sont mis à la charge de A._____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 27 octobre 2025