

S1 22 4

ARRÊT DU 21 MARS 2024

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Guillaume Grand, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

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

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1989, titulaire d'un CFC de monteur électricien, a exercé cette activité à temps plein auprès de « A _____ » depuis le mois de juillet 2005.

Le 10 janvier 2013, il s'est blessé à l'épaule droite après être tombé de son lit (pièce OAI 101, p. 487). Il a été mis en arrêt de travail par son médecin traitant qui lui a diagnostiqué une luxation récidivante de l'épaule droite provoquant une impotence fonctionnelle (pièce OAI 101, p. 477). Afin de stabiliser l'épaule droite, l'intéressé a subi une intervention chirurgicale le 13 mai 2013 (pièce OAI 101, p. 454). Ce cas a été pris en charge par l'assureur-accidents. En raison d'une prolongation de son incapacité de travail, sa situation a été annoncée en septembre 2013 à de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI ; pièce OAI 5). Finalement, il a pu reprendre son travail avant l'échéance du délai d'attente d'un an prévu par l'AI, mettant un terme à sa demande de prestations (pièce OAI 9).

L'assuré a ensuite travaillé jusqu'en avril 2019 auprès de A _____ SA puis de B _____ SA (anciennement C _____), période à laquelle il s'est retrouvé sans emploi et s'est dès lors inscrit à l'assurance-chômage à 100% (pièces OAI 28 et 103).

B. A partir du 1^{er} février 2020, l'intéressé s'est retrouvé en incapacité de travail en raison d'une dépression et d'une toxicomanie. Son cas a été annoncé à l'OAI le 5 mars suivant dans le cadre d'une détection précoce remplie par son médecin traitant (pièce OAI 10). Le 20 mai 2020, cette dernière, la Dresse D _____, généraliste, a expliqué que son patient arrivait en fin de droit de chômage et qu'il n'était pas en mesure de reprendre un emploi avant un sevrage complet de sa toxicomanie (pièce OAI 17).

L'OAI envisageant de ne pas entrer en matière sur cette demande de prestations, l'assuré a sollicité de l'aide en déclarant être tombé dans la drogue depuis qu'il avait perdu son frère en fin d'année 2017, qu'il n'avait pas encore fait le deuil, qu'il s'était inscrit auprès d'Addiction Valais et consultait un psychologue afin de lutter contre une dépression (pièce OAI 19). Il a également joint un rapport du 26 juin 2020 de la Dresse D _____, faisant état d'un état dépressif de longue date, peut-être post-traumatique au décès de son frère, ainsi que possiblement de troubles de la personnalité ayant conduit à la consommation de produits toxiques. Selon cette généraliste, le moindre stress engendrait une reprise de la consommation (pièce OAI 20). L'intéressé souffrait en outre d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré modéré à sévère depuis 2017 (pièce OAI 53).

Depuis le 29 juillet 2020, un suivi était dispensé par le Dr E _____ du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP), en raison de grandes difficultés sociales (chômage et poursuites) et d'une consommation chronique de produits stupéfiants (cocaïne, ecstasy et cannabis) depuis que l'assuré était âgé de 14 ans. Dans un rapport du 24 novembre 2020, le Dr E _____ a rapporté que le décès du frère de son patient d'une overdose en 2017, ainsi qu'une relation distante avec les parents et l'incapacité de faire face aux tâches professionnelles, représentaient des facteurs de crise incapacitants à moyen terme. Il a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation continue (F19.25), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) et de probable trouble de la personnalité. A son avis, le pronostic était favorable à moyen terme, son patient avait conservé des ressources (contacts avec des amis, voyages, activités de la vie quotidienne) et une reprise du travail progressive pouvait être envisagée (pièce OAI 44).

Ces éléments ont été soumis à la Dresse F _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), laquelle a relevé, le 30 décembre 2020, que les troubles décrits pouvaient être en lien avec la consommation de cocaïne, que les limitations fonctionnelles prenaient la forme d'une lassitude et d'une faible estime de soi dans un contexte psychosocial complexe et que seul un traitement psychiatrique mensuel avait été instauré. A son avis, au vu du jeune âge de l'assuré et de l'importance qu'aurait une décision de prestations AI sur son avenir, il convenait néanmoins d'organiser une expertise psychiatrique (pièce OAI 47).

Cette expertise s'est déroulée au G _____, le 16 mars 2021, auprès du Dr H _____. Dans son rapport du 22 juillet 2021, l'expert a relevé que l'assuré se plaignait d'un sentiment de vide et d'un manque de motivation, qu'il n'existait pas d'aboulie ou d'anhédonie ni de trouble de l'anxiété, et qu'il présentait des traits de la personnalité passive dépendante. En raison d'une très mauvaise concordance entre les tests psychométriques réalisés, l'expert a estimé que l'intéressé avait une tendance très importante à la dramatisation et à l'amplification des plaintes (p. 19 de l'expertise). Il est arrivé à la même conclusion s'agissant des tests de la personnalité, en relevant que l'assuré tentait d'amplifier et de majorer toutes ses difficultés (pp. 19 et 20). Selon le Dr H _____, l'assuré souffrait d'une dysthymie (F34.1), dès lors qu'il ne souffrait pas de dépressivité marquée, ni d'idées suicidaires, ni de trouble majeur du sommeil, étant précisé que les consommations de drogues pouvaient donner l'impression de symptômes dépressifs (p. 25). L'expert a aussi retenu les diagnostics de troubles

mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation épisodique d'alcool (F10.26) et de cocaïne (F14.26), ainsi qu'à l'utilisation continue de cannabis (F12.25), en précisant que cette consommation était primaire auprès d'un assuré qui avait vécu une enfance heureuse et sans traumatisme existentiel (p. 28). Enfin, il a retenu le diagnostic de personnalité à traits passifs dépendants, éventuellement traits limites (Z73.1), auprès d'un assuré passif, influençable, manquant de volonté et de maturité (p. 30) et qui cherchait des avantages économiques dans un rôle de malade. Pour l'expert, la symptomatologie décrite par le CCPP résultait des effets délétères de la consommation de stupéfiants et, en tant que médecin traitant de l'assuré, le CCPP suivait les plaintes que lui rapportait son patient (pp. 34 et 35). En dehors des périodes de consommations, le Dr H _____ a estimé que l'intéressé avait les mêmes activités qu'avant l'apparition de son atteinte à la santé (p. 35). Il a dès lors conclu que, sous réserve d'une consommation de drogue contrôlée, respectivement abstinente durant la semaine, l'activité habituelle pouvait être reprise au plus tard depuis le 1^{er} janvier 2021 (pp. 40 et 41). L'intéressé avait en effet déjà démontré qu'il était capable de travailler et de mener à bien sa formation d'électricien, malgré la prise de produits stupéfiants (p. 42). Selon l'expert, l'adaptation du traitement médicamenteux pouvait conduire à une modération de la consommation et un sevrage pouvait lui être imposé (p. 42 ; pièce OAI 61).

Reprenant cette expertise, le SMR a validé les diagnostics retenus par le Dr H _____, mais a néanmoins souhaité qu'il apporte des précisions complémentaires quant au caractère invalidant des troubles psychiques retenus (pièce OAI 62).

Le 15 octobre 2021, l'expert a indiqué que l'assuré souffrait d'une toxicomanie primaire qui n'avait pas un but « d'autothérapie » d'une problématique psychique et qui ne provoquait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques durant la semaine lorsqu'il ne consommait pas. Le Dr H _____ a ensuite expliqué que lors de son examen du 16 mars 2021 la symptomatologie dépressive n'était plus au premier plan et que, dans la mesure où le fonctionnement quotidien ne semblait pas différent de celui du début de l'année, il avait retenu une pleine capacité de travail rétrospectivement au 1^{er} janvier 2021. Enfin, il a relevé que l'introduction d'un traitement médicamenteux avait apporté une évolution favorable et que l'intéressé consommait moins durant la semaine, de sorte qu'il pouvait reprendre un emploi même en l'absence d'un sevrage (pièce OAI 66).

Dans un rapport final du 26 octobre 2021, le SMR a repris l'appréciation du Dr H _____ et, après avoir examiné les indicateurs de gravité, retenu qu'aucune atteinte invalidante à la santé n'existait (pièce OAI 70).

C. Par projet de décision du 26 octobre 2021, l'OAI a informé son assuré qu'aucune rente d'invalidité ne lui serait octroyée, au motif qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2021. Etant inférieure à une année, son incapacité de travail ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité (pièce OAI 69).

Dans un courrier réceptionné le 22 novembre 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision en soutenant qu'il n'était pas capable de reprendre une activité professionnelle sans aide à partir du 1^{er} janvier 2021, que l'expert n'avait pas pris la peine d'écouter son histoire et que son entretien avait duré seulement 10 minutes. Il a ajouté qu'il avait besoin d'aide (pièce OAI 71). Le 3 décembre 2021, il a expliqué être tombé dans la drogue et la dépression depuis le décès de son frère en 2017 et que depuis il n'arrivait plus à structurer ses journées, si bien qu'il avait besoin du soutien de l'AI (pièce OAI 73).

Par décision du 13 décembre 2021, l'OAI a confirmé qu'aucune rente d'invalidité ne serait allouée à l'intéressé.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision le 6 janvier 2022, en soutenant, après avoir exposé son parcours personnel, qu'il ne se trouvait pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. Il a en outre produit un rapport du 22 décembre 2021 de la Dresse D _____, attestant le fait qu'il était suivi par le CCPP et Addiction Valais et qu'il n'était pas en état de travailler ou de se réinsérer professionnellement en raison d'une dépression sévère.

Dans le délai prolongé au 25 mars 2022, il a complété son recours en remettant en cause la valeur probante de l'expertise du Dr H _____, estimant que l'avis de ce dernier était partial, empreint de contradictions, pas suffisamment motivé, qu'il s'éloignait diamétralement de celui des autres médecins et qu'il n'avait notamment pas justifié la date du 1^{er} janvier 2021 à laquelle il devait être en mesure de reprendre un travail. Pour le recourant, les symptômes qu'il présentait ne découlaient pas de sa consommation de produits stupéfiants mais de son état dépressif et de son syndrome d'apnées-hypopnées. Il a encore requis la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer ses séquelles et sa capacité de travail résiduelle.

Dans sa réponse du 26 avril 2022, l'intimé a relevé que le recourant se bornait à opposer l'avis de ses médecins traitants à celui de l'expert sans soulever le moindre argument médical objectif.

Le 19 mai 2022, le recourant a répliqué que l'expertise auprès du Dr H _____ n'avait duré qu'une heure, que ce dernier ne s'était pas intéressé à ses problèmes ni n'avait

écouté son histoire et qu'il l'avait d'emblée accusé de vouloir profiter de l'assurance-invalidité. Le recourant a ensuite remis en doute la neutralité de l'expert, en se fondant sur des commentaires provenant du moteur de recherches Google ainsi que sur un rapport du Conseil d'Etat vaudois, limitant à 50 le nombre de mandats pouvant être confiés par année à un expert, qui visait selon lui le Dr H _____. Il a également indiqué que le SMR s'était contenté de reprendre l'avis non probant de l'expert sans analyser les autres pièces du dossier ou l'examiner personnellement. Selon lui, il existait dès lors des doutes quant à la fiabilité et la cohérence des constatations de l'expert, rendant nécessaire une nouvelle expertise.

Dans sa duplique du 7 juin 2022, l'OAI a rejeté les critiques émises quant à l'indépendance et l'impartialité du Dr H _____, soutenant que le recourant se basait sur une polémique infondée datant de plus de 20 années et sur un article de presse rédigé par un militant de la gauche radicale vaudoise connu pour sa quérulence, ainsi que sur des avis anonymes publiés sur internet. L'intimé a ajouté qu'il ressortait du rapport d'expertise que l'examen avait duré deux heures et qu'il remplissait toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Le 30 juin 2022, le recourant a répété que l'expertise du Dr H _____ comprenait de nombreuses incohérences et contradictions, qu'il ne répondait pas aux questions que lui avait soumises le SMR et qu'il n'avait daigné rendre son rapport qu'après deux rappels de l'OAI.

En l'absence d'autre remarque, l'échange d'écritures a été clos le 21 juillet 2022.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 6 janvier 2022 (date du cachet postal), puis complété le 25 mars 2022, le présent recours à l'encontre de la décision du 13 décembre 2021 a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et

devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

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

2. 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.

2.1. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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).

2.2. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-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 la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Le rapport du SMR a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C_4/2010 du

29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

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

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou 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 LPG ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les

exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

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

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

2.4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

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

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

3. Dans le cas d'espèce, l'OAI a estimé que, depuis le 1^{er} janvier 2021, le recourant ne souffrait d'aucun trouble psychique invalidant et qu'il était dès lors en mesure de reprendre son activité habituelle d'électricien.

L'intéressé soutient en revanche que l'OAI n'aurait pas dû se baser sur l'expertise du Dr H _____ et l'avis du SMR, dans la mesure où leurs appréciations étaient contredites par celles de ses médecins traitants.

3.1. Dans son rapport du 22 juillet 2021, l'expert a retenu que l'intéressé souffrait de troubles non invalidants sous la forme d'une dysthymie, de troubles liés à l'utilisation d'alcool, de cocaïne et de cannabis, ainsi que d'une personnalité à traits passifs dépendants. A la lecture des pièces versées en cause et de son rapport d'expertise, rien ne laisse suggérer que son avis n'aurait pas été établi au terme d'une étude approfondie et sérieuse du dossier, en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes du recourant. Selon le rapport d'expertise, l'examen du 16 mars 2021 a en outre duré deux heures de 10h30 à 12h30. Les griefs émis à cet égard par le recourant ne sont pas fondés, dès lors que l'expert a dû procéder à différents tests cliniques étendus et obtenir des informations détaillées sur le parcours de vie familial, personnel et professionnel du recourant afin de rédiger son expertise. Les nombreux détails décrits dans le chapitre 3.2 « Entretien approfondi sur les thèmes suivants » (pp. 7ss de l'expertise) et comprenant des citations du recourant, ne peuvent ainsi pas avoir été établis sur la base d'un simple formulaire que ce dernier aurait complété trop brièvement. Il admet d'ailleurs que l'entretien avait duré à tout le moins une heure. Cela étant, qu'il ait duré une ou deux heures, il apparaît que l'examen réalisé le 16 mars 2021 a été suffisant pour que l'expert puisse se faire une idée claire de l'état de santé de l'intéressé dans un délai relativement

bref en conformité avec la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2, 9C_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1 et 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 [retenant qu'un examen d'une heure était en l'occurrence suffisant]).

On ne discerne ensuite aucun élément essentiel qui aurait été ignoré par le Dr H _____, ni des contradictions manifestes qui viendraient remettre en doute sa valeur probante. Le recourant évoque le fait que l'expert a retenu que des pensées de mort pouvaient lui traverser l'esprit, mais qu'il n'existait pas de pensées (recte : d'idéation) suicidaires (p. 14 de l'expertise). On peine à saisir la contradiction qu'il aimerait mettre en lumière dans ces propos, dès lors qu'une pensée, en tant qu'activité psychique isolée et éphémère, ne correspond par définition pas à la notion plus large d'idéation comprenant un processus créatif de formation et d'enchaînement des idées. L'anamnèse personnelle n'a de surcroît pas relevé une mauvaise entente du recourant avec ses parents durant son enfance, de sorte qu'il n'apparaissait pas critiquable pour l'expert de retenir que l'intéressé n'avait pas été victime de maltraitance ou de carence affective majeure durant son enfance ou adolescence (pp. 7 et 8). Du reste, en l'absence d'élément concret allant dans le sens d'un manque d'indépendance ou d'une partialité de l'expert, le fait qu'il a été le sujet de polémiques dans le passé ou qu'il fait l'objet de critiques sur le moteur de recherche Google ne sauraient suffire à remettre en cause son analyse de la situation du recourant.

3.2. Il revenait par conséquent au recourant d'apporter des éléments concrets, basés sur des pièces médicales, afin de démontrer que sa situation ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle. Or, il ne fournit aucun élément qui n'aurait pas déjà été pris en compte par l'expert et le SMR.

3.2.1. L'intéressé se base sur les avis du CCPP et de la Dresse D _____, en faisant grief à l'intimé de n'avoir pas du tout tenu compte de leur appréciation.

La seule pièce figurant au dossier et attestant un suivi au CCPP est un rapport du 24 novembre 2020 de la Dresse E _____ (pièce OAI 44). Selon ce rapport, l'intéressé était vu à une fréquence mensuelle depuis le 29 juillet 2020 et sa symptomatologie prenait la forme d'une forte fatigabilité, d'une lassitude et d'une mauvaise estime de soi, ce qui ne diffère pas des observations faites par le Dr H _____. L'intervenante du CCPP n'a en outre pas observé de symptômes de la ligne psychotique ni d'idées noires ou suicidaires. A l'instar de l'expert, la Dresse E _____ a relevé que les troubles du sommeil étaient provoqués par un

rythme nycthéral inversé et que les limitations (lassitude, mauvaise estime de soi, difficultés à faire des démarches professionnelles) étaient accentuées par la consommation de substances, ce qui peut dès lors être traité par une abstinence contrôlée ainsi que par la récupération d'un rythme normal. Selon elle, le pronostic était favorable à moyen terme avec une reprise du travail envisagée à 100% de manière progressive. On relève au demeurant qu'aucun traitement médicamenteux n'avait été instauré (cf. pièce OAI 44). On peine dès lors à voir dans quelle mesure son avis pourrait remettre en doute les conclusions motivées de l'expert. La Dresse E _____ n'a pas fait état de troubles invalidants ou d'une intensité telle qu'un traitement médicamenteux aurait dû être instauré, et a relevé que son patient avait conservé des ressources, en plus d'être soutenu par Addiction Valais, si bien que le pronostic était favorable. Le fait qu'elle retient un diagnostic différent de celui posé par l'expert, soit un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) en opposition à une dysthymie (F34.1), est sans pertinence dès lors que c'est la conséquence de l'atteinte sur la capacité de travail qui est déterminante et non la simple mention d'un diagnostic (ATF 140 V 193 consid. 3.1). Poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne suffit pas à justifier une incapacité de travail comme le souhaiterait l'intéressé. Encore faut-il examiner la gravité de l'atteinte au moyen des indicateurs jurisprudentiels, qu'il s'agisse d'une dysthymie ou d'une dépression. Or, après avoir appliqué la procédure probatoire structurée sur la base des observations de l'expert, le SMR a établi de manière convaincante qu'il n'existait pas d'atteinte psychique grave, que l'intéressé ne manquait pas de ressources, que son contexte social était soutenant, qu'il n'avait pas de limitations uniformes dans les activités de la vie quotidienne et que le traitement suivi n'avait que peu d'impact au vu de la relative motivation dont faisait preuve le recourant (cf. rapport final du 26 octobre 2021 ; pièce OAI 70). A cet égard, on note que ce dernier ne critique nullement l'appréciation du SMR, ni ne démontre que ses troubles rempliraient les critères de gravité pour leur reconnaître un caractère invalidant.

Quant à la Dresse D _____, son rapport du 22 décembre 2021 se limite à mentionner que son traitement s'était poursuivi durant l'année 2020 et 2021 et que son patient souffrait d'une dépression sévère rendant impossible la reprise d'une profession. Son avis, non spécialisé en psychiatrie et basé sur aucun examen clinique qui permettrait de justifier la gravité de ce qu'elle décrit, constitue ainsi une opinion divergente de celle de l'expert quant à l'importance des atteintes de son patient et de leur répercussion sur sa capacité de travail résiduelle. Elle ne fournit du reste pas la moindre pièce qui attesterait qu'un suivi auprès du CCPP se serait maintenu en 2021. Dès lors que le recourant entendait contester la valeur probante de l'expertise du

Dr H _____, il lui revenait de produire toutes les pièces médicales susceptibles de conduire à une appréciation divergente. L'avis de cette généraliste ne saurait par conséquent pas suffire.

3.2.2. Concernant la date de reprise d'une activité lucrative, fixée au 1^{er} janvier 2021, l'expert a expliqué que la symptomatologie dépressive n'était plus au premier plan lors de son examen du 16 mars 2021 et a estimé, au vu des éléments anamnestiques et du tableau clinique, que la situation s'était déjà améliorée depuis le début d'année (cf. pièce OAI 66). Cette appréciation n'est pas contredite par un autre élément du dossier et concorde en outre avec l'avis du CCPP qui qualifiait, lors de sa dernière consultation du 2 novembre 2020, le pronostic de favorable à moyen terme. Aucune raison objective ne permet ainsi de s'en distancer.

3.3. Au vu de ce qui précède, les éléments soulevés par le recourant ne permettent pas de remettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR et de l'expertise du Dr H _____. Le dossier comprenait du reste des appréciations établissant précisément les faits sur le plan médical, en définissant clairement les séquelles de l'intéressé et sa capacité de travail résiduelle, de sorte que l'OAI pouvait rendre sa décision sans ordonner une mesure d'instruction complémentaire. Aussi, en l'absence d'avis médical probant venant contester les conclusions de l'expert, il ne se justifie pas d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique telle que souhaitée par le recourant, ni son interrogatoire (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

Il convient par conséquent de confirmer la décision querellée du 13 décembre 2021 et de rejeter le recours du 6 janvier 2022.

4.

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

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

Prononce

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

Sion, le 21 mars 2024.