

S1 22 199

ARRÊT DU 10 AVRIL 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 Michel De Palma, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; diminution et suppression d'une rente AI, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1970, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de confiseur – pâtissier – glacier et de boulanger. Après avoir développé une allergie à la farine, il s'est reclassé professionnellement dans le domaine de la construction métallique puis a exercé une activité salariée depuis le 1^{er} septembre 2014 (pièces OAI 52 et 127).

B. Le 15 juillet 2015, l'assuré a été victime d'un accident professionnel lors duquel il a reçu un éclat de mèche d'une perceuse dans son œil gauche, ce qui a provoqué une hémorragie vitréenne et une cataracte post-traumatique. Les opérations et la pose d'une lentille ont permis une évolution favorable de la situation au niveau ophtalmique. Une perte de vision de l'œil gauche de 0.4 – 0.5 point a cependant diminué sa vision stéréoscopique de façon permanente.

Suite à des plaintes régulières liées à des angoisses, une réaction majeure et inadaptée au stress a été observée chez l'intéressé qui faisait des cauchemars par rapport à son accident et avait peur de simplement retourner sur son lieu de travail habituel (pièce OAI 282, p. 1272). La reprise de l'activité habituelle n'a dès lors été possible qu'à un taux de 20% depuis le 1^{er} octobre 2017. Un suivi psychiatrique avait en outre commencé le 22 février 2017 auprès du Dr A _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce dernier, son patient, souffrant de symptômes anxio-phobiques prononcés d'évitement et d'anticipation, s'entourait d'un périmètre de sécurité corporel important, conditionnant des conduites d'anxiété et d'angoisse évocatrices d'un état de stress post-traumatique avec reviviscence de l'accident (pièce OAI 282, p. 1275).

Dans le cadre de la procédure menée par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA), l'assuré a été examiné le 28 novembre 2017 par le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce médecin-conseil de la CNA, l'intéressé présentait un état de stress post-traumatique au décours, ses symptômes s'étaient amenuisés et le pronostic était favorable avec une reprise complète du travail prévue à partir du mois de mars 2018 (pièce OAI 284, p. 1294). Cette reprise n'a cependant pas été possible en raison d'une persistance des symptômes anxieux nécessitant la poursuite de toutes les mesures psychiatriques. Selon le Dr A _____, son patient présentait, en sus de ses difficultés d'attention et de concentration, une altération handicapante de la mémoire de travail, de sorte que son trouble prenait un caractère durablement incapacitant (pièce OAI 286, p. 1334). Un examen

neuropsychologique du 15 mai 2018 a en outre mis en évidence un ralentissement et des performances déficitaires en mémoire. Un trouble cognitif spécifique n'a cependant pas été attesté par cet examen, dans la mesure où l'assuré avait parfois adopté un comportement démonstratif (pièce OAI 288, p. 1351).

Au vu de la stabilisation de la situation médicale sur le plan oculaire, la CNA a mis un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 31 août 2018 et a accordé à son assuré une rente d'invalidité de 15% à partir du 1^{er} septembre 2018 afin de tenir compte des séquelles organiques en cas de travaux de précision dans son activité habituelle. En revanche, faute de lien de causalité, les troubles psychiques n'ont pas ouvert le droit à des prestations. Finalement, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 14% a été octroyée à l'assuré (pièce OAI 290, pp. 1372 à 1375).

C. A partir du 1^{er} septembre 2018, l'assuré a été réengagé auprès de son ancien employeur, à temps plein mais pour un salaire de 70% afin de tenir compte de son rendement diminué (pièce OAI 290, p. 1378). Selon son médecin traitant, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine générale, l'anxiété, les troubles mnésiques et les vertiges dont il souffrait compliquaient le maintien de son activité professionnelle et faisaient obstacle à une réadaptation (pièce OAI 165).

Le 29 septembre 2018, le Dr A _____ a réaffirmé que son patient souffrait d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'une anxiété généralisée (F41.1), de phobies spécifiques (F40.2) en lien avec son travail, d'un déficit de communication cognitive (R41.8401) et d'une amnésie antérograde partielle (R41.11) incapacitants pour son activité habituelle et qui faisaient obstacle à une réadaptation. Il a estimé que son patient disposait d'une capacité de travail effective de 70% au maximum et que l'horaire forcé à plein temps risquait de conduire à un épuisement professionnel (pièce OAI 167).

Ces éléments ont été soumis au psychiatre du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR) de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), lequel a nié, le 21 mars 2019, l'existence d'une réelle atteinte psychiatrique incapacitante (pièces OAI 185 et 186). Reprenant cet avis par décision du 4 octobre 2019, l'OAI a octroyé à son assuré une rente d'invalidité limitée du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2018, puis une demi-rente limitée du 1^{er} juillet 2018 au 30 novembre suivant, estimant qu'il n'existait pas d'atteinte psychique invalidante et que le taux d'invalidité se montait à 17% à partir du 1^{er} septembre 2018 (pièce OAI 189).

Cette décision a été contestée par l'intéressé devant la Cour de céans le 2 novembre 2019. Par jugement du 4 janvier 2022, la cause a été renvoyée à l'OAI pour mise en

œuvre d'une expertise psychiatrique, au motif qu'il subsistait un doute quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré (S1 19 235).

D. Reprenant l'instruction, l'OAI a requis un nouveau rapport au Dr A _____ le 8 février 2022, lequel a indiqué n'avoir pas revu l'assuré en consultation en 2021 ni en 2022 (pièce OAI 231).

Une expertise psychiatrique a en outre été réalisée le 14 juin 2022 par le Dr D _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a relevé que l'assuré avait repris une activité professionnelle en qualité de magasinier à 100% depuis le 1^{er} décembre 2021, activité qu'il aurait probablement pu reprendre en septembre 2018 déjà si l'occasion lui en avait été donnée (p. 27 de l'expertise), qu'il n'avait plus de suivi psychiatrique depuis juin 2021 et ne prenait aucune médication. L'expert n'a pas relevé d'incohérence et a observé que des limitations persistaient encore (ralentissement et troubles de la concentration) lorsque l'intéressé était confronté à des circonstances lui rappelant son accident. Au terme de son examen clinique, il a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2015, en rémission partielle mais significative depuis septembre 2018 et sans impact sur une activité adaptée (p. 44 de l'expertise). L'expert a ensuite conclu que son diagnostic ne remplissait pas les indices de gravité pour lui reconnaître un caractère invalidant dans une activité adaptée. Dans l'activité habituelle de constructeur métallique, il a retenu que seule une capacité de travail de 50% subsistait (p. 46 de l'expertise). Dans une activité adaptée, comme celle de magasinier, il a arrêté une pleine capacité de travail depuis septembre 2018 (p. 50 de l'expertise ; pièce OAI 249).

Le 27 juin 2022, la Dresse E _____ du SMR a repris les conclusions de l'expertise et a confirmé qu'une pleine capacité de travail avait été récupérée par l'intéressé dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2018 (pièce OAI 251).

Par projet de décision du 29 juin 2022, l'OAI a indiqué à son assuré qu'il pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2018, puis à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2018 au 30 novembre 2018. Au-delà de cette date, il avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et son taux d'invalidité ne s'élevait qu'à un taux insuffisant de 2% pour lui ouvrir le droit à des prestations sous la forme d'une rente ou d'une mesure d'ordre professionnel (pièces OAI 253 et 254).

L'assuré s'est opposé le 5 septembre 2022 au projet de décision diminuant puis supprimant sa rente d'invalidité, soutenant n'avoir pu reprendre une activité

professionnelle à temps plein qu'en date du 1^{er} novembre 2021. A son avis, son droit à une demi-rente d'invalidité devait par conséquent subsister jusqu'au 31 octobre 2021 (pièce OAI 256).

Par prononcé du 18 octobre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision en relevant que la capacité de travail récupérée au 1^{er} septembre 2018 ressortait de l'avis du SMR et du rapport d'expertise du Dr D _____, lesquels bénéficiaient d'une pleine valeur probante. Dès lors, en l'absence d'éléments médicaux objectifs produits par l'assuré, lui reconnaître une incapacité de travail au-delà du 30 août 2018 ne trouvait aucune justification. Par décision du 7 novembre 2022, l'OAI a également refusé d'octroyer des mesures d'ordre professionnel à l'intéressé, au vu de son taux d'invalidité de 2%.

E. X _____ a recouru céans le 21 novembre 2022 contre la décision du 18 octobre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète du 1^{er} juillet 2016 au 30 novembre 2018, puis à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2021, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, il a réaffirmé n'avoir pu reprendre un emploi qu'à partir du 1^{er} décembre 2021, dans la mesure où il était encore sous médication (Saroten®) auprès du Dr A _____ avant cette date. Selon le recourant, les conclusions de l'expertise ne pouvaient dès lors pas être suivies.

Le 10 janvier 2023, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter à sa décision du 18 octobre 2022. Il a ainsi conclu au rejet du recours.

Par pli du 16 février 2023, les parties ont été informées de la clôture de l'échange d'écritures.

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 21 novembre 2022, le recours à l'encontre de la décision du 18 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il

répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

1.3. Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), le recourant sollicite, à titre de moyens de preuve, l'édition du dossier de l'intimé ainsi que l'édition du dossier S1 19 235 de la Cour de céans. Ces requêtes sont satisfaites, puisque le dossier de la partie intimée, comprenant les pièces de la cause S1 19 235, a été produit en date du 14 décembre 2022.

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision d'office ayant amené l'OAI à diminuer puis supprimer la rente d'invalidité du recourant.

2.1. A teneur de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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. 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 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 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).

2.2. 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). En outre, cette comparaison des revenus doit s'effectuer au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non lors de la décision litigieuse (ATF 128 V 174 consid. 4a).

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 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

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

En 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 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 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, soient motivés de manière compréhensible, ne soient pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit 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).

3. Dans le cas d'espèce, l'OAI a repris l'instruction médicale après que le dossier lui ait été renvoyé par jugement du 4 janvier 2022 de la Cour de céans (S1 19 235).

3.1. Ce renvoi se justifiait au vu des doutes qui subsistaient quant à la capacité résiduelle de travail du recourant, en raison des troubles psychiques qui avaient été diagnostiqués à la suite de son accident du 15 juillet 2015. L'avis du SMR avait alors été jugé comme insuffisamment motivé pour lever ces différents doutes et les opinions médicales divergentes justifiaient qu'une mesure complémentaire soit mise en œuvre. Le dossier a dès lors été renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et examen du droit du recourant à des prestations au-delà du 30 novembre 2018. Dans sa décision du 4 octobre 2019, l'OAI a en effet versé ses prestations jusqu'au 30 novembre 2018 en application de l'article 88a alinéa 1 RAI, lequel spécifie qu'une rente d'invalidité est diminuée, respectivement supprimée, trois mois après un changement de circonstances qui était en l'occurrence la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1^{er} septembre 2018. Cela ne permet en revanche nullement d'affirmer qu'une incapacité de gain serait médicalement attestée jusqu'au 30 novembre 2018.

3.2. Cela étant, conformément aux considérants de ce jugement, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès d'un médecin-psychiatre indépendant. Selon le Dr D _____, le recourant souffrait d'un état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2015 qui était en rémission partielle mais significative depuis septembre 2018, de sorte qu'une activité adaptée pouvait être reprise à plein temps depuis cette période.

L'expertise du 14 juin 2022 répond manifestement à toutes les exigences jurisprudentielles afin de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les brèves critiques qu'émet le recourant à son encontre ne sont aucunement fondées, portent sur des considérations générales et ne contiennent pas de motifs suffisants justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr D _____. En particulier, on ne relève aucune contradiction manifeste dans les constatations de l'expert et il n'apparaît pas que des éléments essentiels auraient été ignorés dans son analyse. Au contraire, on note que le rapport d'expertise reprend en détail l'anamnèse de l'intéressé et qu'il tient compte de l'ensemble des avis médicaux au dossier, y compris celui du Dr A _____, que l'expert a pris le soin d'exposer d'une manière approfondie sur plusieurs pages (cf. motif et circonstances de l'expertise, point 1.2). Le Dr D _____ a ensuite procédé à un entretien et un examen clinique de l'intéressé, durant lesquels celui-ci a pu lui décrire ses plaintes et sa situation personnelle et professionnelle actuelle. Ces entretiens se sont déroulés sur deux jours distincts et ont duré environ 6 heures, ce qui était amplement suffisant pour que l'expert puisse arrêter des diagnostics sur la base de constatations objectives (arrêt 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les références ; arrêts 9C_309/2022 du 28 mars 2023 consid. 5.2.1 et 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 dans lesquels un examen psychiatrique d'une heure a été jugé comme suffisant). Ce dernier a ensuite expliqué d'une manière fondée et cohérente que le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) était en rémission significative depuis septembre 2018. L'expert a en outre soumis son diagnostic à la procédure probatoire structurée telle que requise par la jurisprudence (ATF précités 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2) avant de conclure à l'absence de gravité du trouble. Cette manière de procéder n'a fait l'objet d'aucune critique sérieuse de la part du recourant, lequel se limite à évoquer que sa thérapie auprès du Dr A _____ s'était étendue jusqu'en novembre 2021, alors que ce médecin traitant a déclaré ne pas avoir vu l'intéressé en 2021. Le simple fait qu'il consommait encore un antidépresseur (Seroten® ; pièce OAI 255) ne suffit de surcroît pas à justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il ne produit d'ailleurs aucun avis médical motivé qui ferait état d'une incapacité de travail encore au-delà du 1^{er} septembre 2018 et qui serait susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D _____.

La date fixée au 1^{er} septembre 2018 pour la reprise d'une activité adaptée ne prête par conséquent pas le flanc à la critique. Aucun élément au dossier ne laisse en effet supposer qu'une incapacité de travail totale subsistait au-delà de cette date dans toute activité. Le recourant a d'ailleurs lui-même admis qu'il aurait probablement pu débiter son emploi en qualité de magasinier plus rapidement si l'occasion lui en avait été donnée

(p. 27 de l'expertise ; pièce OAI 249). L'expert ayant observé une amélioration significative de l'état de stress post-traumatique en septembre 2018, retenir cette période pour fixer le moment à partir duquel une activité adaptée aurait pu être reprise est fondé et doit être confirmé.

3.3. Au vu des éléments qui précèdent, l'expertise psychiatrique du 14 juin 2022 apporte désormais tous les éléments nécessaires pour juger de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de ses troubles psychiques. Il ne fait ainsi plus de doute que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2018. Le taux d'invalidité, arrêté à 2% par l'intimé, n'a au demeurant fait l'objet d'aucune contestation spécifique par l'intéressé. A juste titre, puisqu'il a été arrêté conformément au système légal (art. 16 LPGA, 28 LAI et 25ss RAI) et à la jurisprudence y relative. Un tel taux d'invalidité de 2% n'ouvrant pas le droit à des prestations de l'AI, l'OAI pouvait par conséquent limiter la rente d'invalidité au 30 novembre 2018 (art. 17 al. 1 let. a LPGA et 88a al. 1 RAI).

Il s'ensuit le rejet du recours du 21 novembre 2022 et la confirmation de la décision du 18 octobre précédent.

4.

4.1. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr., fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2. Vu l'issue de la cause, le recourant ne peut pas prétendre 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 X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 10 avril 2024.