

VS_GERICHTE S1 22 53 vom 1. Oktober 2024

VS Kantonsgericht, 2024-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 22 53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_53)

FR: VS_GERICHTE S1 22 53 du 1 octobre 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 53 del 1 ottobre 2024

Regeste

S1 22 53 ARRÊT DU 1ER OCTOBRE 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 Jean-Michel Duc, avocat, Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17, 43 et 44 aLPGA ; nouvelle demande, refus de prestations AI, valeur probante d'une expertise psychiatrique)

Erwägungen

E. 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 7 mars 2022, le présent recours à l'encontre de la décision du 31 janvier 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.

- 10 -

E. 1.2

La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er 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 1er 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.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI dans le cadre d'une nouvelle demande. Plus particulièrement, il remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F _____ sur laquelle s'est fondé l'OAI pour lui refuser toute prestation.

E. 2.1

Selon l'article 17 LPGA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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 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

- 11 - 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 112 V 387 consid. 1b avec les références).

E. 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-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au 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. 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

E. 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

- 13 - 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 le fait 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 non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte 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).

E. 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 LPG. 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).

- 14 - 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

E. 2.5

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités). 3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si l'OAI pouvait valablement se fonder sur l'expertise du Dr F _____ pour refuser d'allouer toute prestation AI au recourant dans le cadre de sa nouvelle demande du 6 mai 2020. 3.1. On relève premièrement que les atteintes somatiques et neurologiques du recourant n'étaient pas litigieuses lors du prononcé de la décision. Dans son recours, l'intéressé a ainsi exclusivement contesté la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue sur le plan psychiatrique, en remettant en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F _____ et en précisant qu'il renvoyait aux pièces du dossier pour « les atteintes somatiques non récentes » (p. 10 du mémoire de recours). Ce n'est que le 6 avril 2023, en dehors du délai qui lui avait été imparti et prolongé à de multiples reprises pour faire valoir ses déterminations, que le recourant a versé en cause des nouvelles pièces médicales en lien avec des troubles somatiques et neurologiques.

- 15 - Cela étant, les examens à l'origine de ces pièces ont été réalisés plus d'une année après la décision litigieuse du 31 janvier 2022 et ont trait à des atteintes qui n'étaient pas présentes lors de ce prononcé, de sorte qu'ils ne font pas partie de l'objet du litige. En particulier, on note que lors de la demande du 6 mai 2020, le recourant ne consultait son médecin traitant qu'à hauteur d'une à deux fois tous les trois mois et qu'il n'avait pas de suivi spécialisé au niveau ostéo-articulaire (cf. rapport du 29 août 2020 de la Dresse A _____ ; pièce OAI 497). Dans cette mesure, le SMR pouvait avec raison retenir qu'aucune nouvelle atteinte ostéo-articulaire n'affectait le recourant depuis l'examen du 18 janvier 2019 effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA lequel avait fixé des limitations fonctionnelles physiques (cf. pièce OAI 503). Par la suite, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse du 31 janvier 2022, le recourant n'a pas produit de pièces décrivant l'apparition d'une nouvelle atteinte physique ou l'aggravation de sa situation sur ce point et ce malgré les nombreuses prolongations que lui avait accordées l'OAI. Seul figure au dossier un rapport de consultation téléphonique du 22 juillet 2021 avec le Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de Martigny faisant état d'une infiltration facettaire C4-C5-C6 gauche ayant apporté un soulagement temporaire des douleurs (cf. pièce OAI 542, p. 1397). En l'absence de toute indication suggérant qu'une nouvelle atteinte somatique affectait l'intéressé (la poursuite d'un traitement antalgique avait déjà été préconisée par le médecin d'arrondissement de la CNA lors de son appréciation du 18 janvier 2019 ; pièce OAI 574, p. 2077), il ne revenait pas à l'OAI de procéder à des investigations supplémentaires sur ce point avant de rendre sa décision (arrêt du Tribunal

fédéral 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.3 avec les références). Au niveau neurologique, le recourant était examiné à hauteur de deux fois par année par la Dresse K _____ du CHUV. En 2020, un repositionnement de l'électrode de stimulation occipitale a ainsi été effectuée en raison des céphalées qui étaient provoquées par le déplacement du neurostimulateur (cf. rapport du 23 septembre 2020 ; pièce OAI 504). Se prononçant sur cela, et en l'absence d'autres pièces, le SMR a conclu que l'électrode de neurostimulation cervicale avait été remplacée et que le « cluster headache » mentionnée par la Dresse K _____ n'avait aucune incidence sur la capacité de travail du recourant (cf. pièces OAI 509 et 520). Jusqu'au prononcé de la décision litigieuse du 31 janvier 2022, aucune nouvelle pièce faisant état d'une détérioration de la situation neurologique n'a été déposée par le recourant, laissant présumer que cette problématique s'était résorbée. Dans le cadre de son recours, l'intéressé a également uniquement évoqué son état de santé psychique. Le 6 avril 2023, il a produit un rapport de consultation neurologique du 20 février 2023 faisant état d'une

- 16 - aggravation des céphalées occipitales consécutive à une ablation du neurostimulateur en 2020. Or, aucune autre pièce antérieure à cette consultation du 20 février 2023 ne permet de confirmer que des troubles invalidants affectaient déjà le recourant en janvier 2022 lors du prononcé de la décision litigieuse. La Dresse H _____, dans son avis de consultation du 20 février 2023, relève d'ailleurs que son patient avait appris à gérer ses douleurs par le biais de pratiques de détente et de relaxation, ainsi que par la prise de médicaments, si bien qu'elles n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail en janvier 2022. Ce rapport précise aussi que les cervico-brachialgies gauches s'étaient intensifiées depuis une chute dans la baignoire et étaient devenues « très invalidantes ». Un tel évènement ne ressort cependant pas des différentes pièces figurant au dossier jusqu'au prononcé de la décision du 31 janvier 2022, et en particulier du dossier établi par la CNA, de sorte que cette chute est vraisemblablement survenue après le prononcé litigieux. Du reste, on note encore que ces douleurs étaient traitées par des séances de physiothérapie et des infiltrations au Centre de traitement de la douleur de Martigny et qu'elles ont été prises en considération dans la définition d'une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles fixées par le médecin d'arrondissement de la CNA le 18 janvier 2019 (cf. pièce OAI 574, p. 2077 retenant une raideur rachidienne essentiellement cervicale et lombaire). La consultation de la Dresse H _____ s'est par ailleurs concentrée sur l'aspect neurologique, cette médecin n'ayant pas procédé à un examen clinique du rachis cervical. Par conséquent, les documents produits ultérieurement, le 6 avril 2023 en dehors de l'échange d'écritures, ne sont pas propres à influencer l'appréciation de la capacité de travail du recourant au moment où la décision a été rendue. Partant, le caractère éventuellement invalidant des cervico-brachialgies et céphalées occipitales sort de l'objet du litige et devra être examiné dans le cadre d'une nouvelle demande présentée à l'OAI.

3.2. Sur le plan psychiatrique, il convient d'examiner la valeur probante intrinsèque du rapport d'expertise du Dr F _____ sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision de refus de prestations AI.

3.2.1. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 6 mai 2020, le recourant a produit des rapports du Dr C _____ faisant état d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle (F33.4), de modification durable de la personnalité (F62.8) après des accidents (domestique et de voiture), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'une utilisation nocive d'alcool (F19.1). Pour ce psychiatre traitant, la recrudescence fréquente et d'intensité majeure des

- 17 - troubles de son patient, qui étaient présents depuis 2009, l'empêchait de mobiliser des ressources suffisantes pour reprendre une activité professionnelle (pièces OAI 479, 491 et 505). Dans la mesure où les constatations du Dr C _____ étaient en contradiction avec les appréciations médicales réalisées auparavant qui n'avaient pas mis en évidence d'altération psychique (notamment lors du séjour à la CRR en 2018 et lors de l'expertise du Dr L _____ le 21 mai 2012), le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (pièce OAI 509). Au terme d'une analyse circonstanciée, l'expert a motivé d'une manière fondée et cohérente les raisons pour lesquelles les diagnostics retenus par le Dr C _____ ne pouvaient pas être confirmés. Il a ainsi démontré que les critères pour retenir un trouble de la personnalité n'étaient pas présents et notamment qu'une telle affection ne ressortait pas de l'anamnèse du recourant. Un trouble de la personnalité, en tant que dysfonctionnements prononcés, doit avoir existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard (pp. 24 et 25 de l'expertise ; pièce OAI 517). Or, comme l'a relevé le Dr F _____, le dossier du recourant ne fait état d'aucun antécédent suggérant le développement d'une telle affection par le passé. Des indices en ce sens auraient en effet été relevés lors de l'expertise psychiatrique du

E. 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). 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).

- 12 - 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 LPGA. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertises émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elles remplissent les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de leur fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). 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).

E. 11

juillet 2012 et lors des deux séjours à la CRR, ce qui n'a pas été le cas (pièces OAI 132 et 573 [p. 2032]). Par ailleurs, si l'intéressé a, certes, été victime d'accidents durant sa vie, on ne voit pas par quel évènement traumatique susceptible de déclencher une modification durable de sa personnalité il aurait été frappé. Comme relevé par le Dr F _____, les antécédents du recourant ne contiennent pas un tel évènement ayant changé de manière durable et manifeste ses modes de perception, de relation ou de pensée (p. 26 de l'expertise). Le recourant soutient que sa vie avait grandement changé depuis 2017. Or, la chute qu'il a subie le 21 décembre 2017, après avoir glissé sur une marche d'escaliers, ce qui avait provoqué une contusion dorso-lombaire (pièce OAI 571, p. 1983), ne revêt manifestement pas le caractère de gravité nécessaire pour causer une modification durable et importante de la personnalité. Il en va de même des accidents de voiture dont le recourant a été victime en 2009 et 2014, au vu des lésions modérées subies et de l'absence d'observation quant à une modification de sa personnalité lors des examens réalisés, notamment dans le cadre de l'expertise du 11 juillet 2012 (pièce OAI 132) et du séjour à la CRR du 15 août 2018 au 11 septembre suivant (pièce OAI 573, p. 2032).

- 18 - L'expert a ensuite démontré de manière convaincante que le recourant souffrait d'une dysthymie et non d'un trouble dépressif, dès lors qu'il ne présentait notamment pas d'anhédonie, ni de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire (pp. 27 et 28 de l'expertise). Cette affirmation correspondait aux résultats de l'examen neuropsychologique des 11 et 13 décembre 2019 qui avait uniquement montré de légères difficultés attentionnelles et une faible mémoire antérograde verbale, correspondant à une atteinte neuropsychologique légère (pièce OAI 497, pp. 1253 et 1254). Le dernier bilan neuropsychologique du 13 février 2023 n'a au demeurant plus mis en évidence une atteinte cognitive, mais des résultats dans les normes. Enfin, l'expert a nié de manière fondée la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'une consommation nocive d'alcool (pp. 29 et 30 de l'expertise). La critique émise à l'encontre de la durée de l'expertise (3 heures) est par ailleurs inopérante, dès lors que cette durée est suffisante pour que l'expert puisse se faire une idée claire de l'état de santé de l'intéressé dans un délai relativement bref (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]). Cela étant, l'évaluation diagnostique faite par le Dr F _____ repose non seulement sur son examen clinique de 3 heures, mais également sur une étude circonstanciée de l'anamnèse du recourant, comprenant l'ensemble des appréciations médicales. Après avoir soumis les diagnostics psychiatriques du recourant (dysthymie, accentuation de certains traits de la personnalité, dépendance à l'alcool) aux indicateurs jurisprudentiels, l'expert et le SMR ont conclu que les critères de gravité n'étaient pas remplis pour justifier une diminution de la

capacité de travail. En particulier, ils ont mentionné qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique ni de trouble de la personnalité, que l'entourage socio-familial était préservé, que l'intéressé disposait de ressources pour s'occuper du ménage et des tâches administratives et qu'il n'était pas limité dans ses activités quotidiennes (pp. 32ss de l'expertise ; pièce OAI 520). 3.2.2. Au stade du recours, l'intéressé a produit un avis du 2 juillet 2022 de son nouveau psychiatre traitant, le Dr G _____. Pour ce dernier, son patient souffrait d'un trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision (F34.9), en raison d'une dépression de longue durée, de sa thymie et d'une libido sexuelle diminuées, de son trouble cognitif qu'il a qualifié de moyen et d'incapacitant, ainsi que de son incapacité à structurer ses journées et à accomplir les tâches ménagères. Le Dr G _____ a également retenu le diagnostic d'autres modifications durables de la personnalité

- 19 - (F62.8), en raison des multiples accidents que le recourant avait subis, de sa précarité financière, de la faillite de sa société, de ses douleurs chroniques et des refus répétés de l'OAI de lui octroyer des prestations. Se prononçant sur le rapport du Dr G _____, le SMR a relevé que le trouble de l'humeur (affectif) persistant (F34.9) comprenait la dysthymie, si bien qu'il s'agissait de la même chose. On ajoutera que le Dr G _____ base en partie son analyse sur l'existence d'un trouble cognitif moyen (affaiblissant les capacités de mémoire, de concentration et d'attention de son patient dans l'organisation et l'accomplissement de ses tâches), alors que le trouble cognitif avait uniquement été évalué à léger en 2019 et qu'il s'était résorbé lors de la dernière évaluation neuropsychologique. Cette absence d'altération des fonctions cognitives tend à confirmer l'analyse de l'expert et du SMR en faveur d'une dysthymie non invalidante. Au niveau de la thymie, l'expert avait également observé une baisse de l'élan vital, une humeur modérément déprimée, un discours négatif ainsi qu'une tristesse permanente. En revanche, il n'existait pas d'anhédonie et le recourant parvenait à structurer ses journées sans difficulté (p. 27 de l'expertise ; pièce OAI 517). De son côté, le Dr G _____ se fonde sur la présence d'un état dépressif qui affecterait son patient depuis longtemps. Il ne parvient cependant pas à démontrer cette affirmation par des éléments anamnestiques concrets ni à expliquer pourquoi une telle atteinte, qui existait selon lui depuis longtemps, n'avait pas été mise en évidence par les précédentes évaluations psychiatriques. Son avis ne permet ainsi pas d'établir qu'un état dépressif invalidant frappait le recourant lors du prononcé de la décision litigieuse. Enfin, le médecin traitant du recourant soutient que son patient ne parvient pas à structurer ses journées et à tirer plaisir d'une quelconque activité. Les déclarations faites spontanément à l'expert dans le cadre d'un entretien ouvert (point 3 de l'expertise) démontrent cependant que l'intéressé prend du plaisir à effectuer des sorties avec son chat et à se promener dans la nature (p. 22 de l'expertise). La description du déroulement d'une journée typique, telle que rapportée par l'intéressé (pp. 21 et 22 de l'expertise), dénote également qu'il entreprend différentes activités tout du long de la journée, sans qu'il n'existe des périodes d'inactivité prolongées propres à une réduction d'énergie (p. 27 de l'expertise). Il n'existe aucune raison de douter de la description faite par l'expert, laquelle est basée sur les déclarations de l'intéressé, quant au déroulement du quotidien, ainsi que ses conclusions quant aux ressources que le recourant pouvait mobiliser pour organiser sa journée et dès lors reprendre un travail. Selon le Dr G _____, les tâches ménagères étaient effectuées par l'épouse de son patient et ce dernier essayait

- 20 - seulement de fournir une aide partielle, malgré ses douleurs et sa fatigue, par « solidarité et respect » envers elle. Cependant, le médecin traitant soutient également dans son certificat du 23 mars 2023 que les tâches administratives du couple étaient effectuées par son patient car son épouse était « à l'AI à 100% ». Cette dernière perçoit en effet une rente de l'AI depuis début 2020 en raison d'opérations subies aux deux hanches, au genou droit, à la main droite et à un pied (cf. p. 19 de l'expertise ; pièce OAI 517, p. 1332). Les allégations du recourant, rapportées au Dr G _____, quant au déroulement de ses journées ne sont par conséquent que guère convaincantes. Au vu de cette situation, il ne fait que peu de doute que les tâches ménagères sont principalement réalisées par le recourant et non par sa femme. Dans cette mesure, comme justement observé par le Dr F _____, ainsi que par le SMR au terme de l'analyse des indicateurs de gravité, l'intéressé dispose de suffisamment de ressources pour reprendre une activité professionnelle. 3.3. Au vu des éléments qui précèdent, les éléments soulevés par le recourant ne permettent pas de remettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr F _____ et de l'avis du SMR. En l'absence de pièces médicales probantes remettant en question les conclusions de l'expertise ou faisant état d'une nouvelle atteinte à la santé, l'OAI pouvait rendre sa décision sans ordonner une mesure d'instruction complémentaire (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). En tous points mal fondé, le recours du 7 mars 2022 est rejeté et la décision du 31 janvier 2022 confirmée. 4. Par décision présidentielle du 11 novembre 2022, X _____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dès le 25 octobre 2022 (S3 22 70). Celle-ci comprend la dispense des avances de frais et des sûretés, la dispense des frais de procédure et la désignation d'un conseil juridique commis d'office (art. 3 al. 1 LAJ). 4.1. Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité. Les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge du recourant mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'Etat du Valais s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

- 21 - 4.2. Selon l'article 30 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar) du 11 février 2009, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le Tribunal fédéral a admis comme règle de base un tarif horaire de l'ordre de 180 fr. s'agissant des honoraires d'un avocat commis d'office (ATF 137 III 185 et 132 I 201, arrêt 9C_411/2016 du 21 novembre 2016 consid. 4.2 ; art. 30 al. 1 LTar). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). En l'occurrence, depuis l'octroi de l'assistance judiciaire à partir du 25 octobre 2022, le mandataire du recourant a produit,

outre les demandes de prolongations de délai, des observations de trois pages, comprenant des nouvelles pièces médicales, ainsi qu'une brève détermination spontanée complémentaire de deux pages. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures déposées, de l'activité de travail utile déployée par son avocat, de l'ampleur du dossier et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe les honoraires de Me Duc à un montant arrondi de 800 francs, débours et TVA compris. Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 17 OAJ ; RVJ 2000 152).

- 22 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire. 3. Un montant de 800 francs sera versé à Me Jean-Michel Duc par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 1er octobre 2024.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.