

S1 21 1

**JUGEMENT DU 11 OCTOBRE 2022**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, 1950 Sion, recourant

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(art. 17 LPGA et 27 al. 2 et 3 RAI ; refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né le 18 août 1959, sans formation particulière, exerçait la profession de manœuvre/maçon intérimaire dans le bâtiment.

Souffrant de longue date d'un syndrome cervico-lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1 et d'épicondylalgies chroniques bilatérales, X \_\_\_\_\_ a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) en date du 5 septembre 2002.

Au terme d'un séjour à la A \_\_\_\_\_ le Dr B \_\_\_\_\_ a relevé que la situation ne dépendait pas strictement de facteurs médicaux: tous les médecins s'accordaient à reconnaître que les lombalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail complète et que le patient était susceptible de reprendre sans risque une activité. On assistait cependant à l'adoption d'un statut d'invalidé, l'intéressé s'estimant inapte à reprendre la moindre activité (rapport du 22 janvier 2002). Dans le cadre de ce séjour, X \_\_\_\_\_ a été examiné par le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, lequel a constaté l'absence de tout trouble psychiatrique ou de la personnalité et a noté un abus d'alcool. En lien avec cet éthyisme chronique, l'assuré a également été soumis à un examen neuropsychologique, lequel avait montré des déficits concernant les aptitudes verbales ; aucune limitation quant à la capacité de travail n'avait néanmoins été notée (cf. également le rapport de la Dresse D \_\_\_\_\_ du 12 mars 2020, pièce 409 du dossier AI).

Dans un rapport du 24 décembre 2002, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé que son patient était à même de reprendre son activité professionnelle à 100%. Son pronostic était toutefois très mauvais compte tenu du fait que son patient avait adopté un status d'invalidé.

Le 14 janvier 2003, le Dr F \_\_\_\_\_, chirurgien, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques et invalidantes sur discopathie sévère L5-S1 avec compression de la racine S1 D, sciatalgie S1 droite récidivante, épicondylalgie D opérée le 25 septembre 2002 et notion d'hépatopathie éthylique. L'incapacité de travail avait été entière du 7 avril 2001 au 31 décembre 2002. Son patient pouvait travailler à plein temps dans toute activité sans port de charges de plus de 10 kilos (sauf occasionnellement), travaux lourds, la marche étant encouragée. Le 3 février 2003, le Dr F \_\_\_\_\_ a néanmoins posé un avis différent dans un rapport adressé à l'assurance-maladie de son patient au motif qu'une IRM de janvier 2003 avait mis évidence une discarthrose sévère L5-S1 avec écrasement discal, étant précisé que le patient refusait alors de se faire opérer.

Une expertise rhumatologique, rendue par le Dr G \_\_\_\_\_ en date du 17 novembre 2003, a posé les diagnostics de syndrome cervico-lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1 (depuis environ 10 ans), de troubles somatoformes douloureux (depuis environ 2002) et d'épicondylalgies chroniques ddc avec status après deux opérations à D (depuis environ 2001). Dans l'activité habituelle, il a confirmé les taux d'incapacité de travail de 100% du 7 avril 2001 au 26 décembre 2001, de 50% du 27 décembre 2001 au 15 septembre 2002, puis de 100%. Le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressé ne pouvait pas travailler sur un chantier, alors qu'une activité légère et adaptée était tout à fait possible, même à plein temps.

Compte tenu du fait que le Dr G \_\_\_\_\_ avait retenu un trouble somatoforme douloureux, une nouvelle expertise psychiatrique a été confiée au Dr H \_\_\_\_\_. Ce dernier a conclu que X \_\_\_\_\_ présentait un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, sans comorbidité psychiatrique significative. L'intéressé ne lui a paru présenter aucune motivation à s'adapter à un environnement professionnel et avait visiblement adopté un rôle de futur invalide, attitude probablement en rapport avec des facteurs extra-médicaux tels que l'absence de qualification professionnelle, le faible niveau de scolarisation ou les problèmes linguistiques (expertise du 23 avril 2004).

Par décision du 5 mai 2004, l'OAI a nié le droit de X \_\_\_\_\_ à un reclassement et à une aide au placement. Le 7 juin 2004, l'assuré, représenté par la Winterthur Arag, a formé opposition à la décision du 5 mai. Il a annoncé qu'une intervention chirurgicale demeurait envisagée par le Dr I \_\_\_\_\_.

Par décisions des 17 et 21 janvier 2005, X \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice d'une demi-rente du 7 avril 2002 au 31 juillet 2002, d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 30 juin 2004 et, compte tenu de l'incapacité de travail relative à l'opération accomplie le 14 septembre 2004, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

Le 14 novembre 2005, le Dr I \_\_\_\_\_ a confirmé que les suites opératoires avaient été simples et a posé que son patient pouvait reprendre à plein temps un travail adapté à ses problèmes de dos, à savoir en position de travail alternée, sans port de charges de plus de 10 kilos et sans travaux lourds.

Le Service de réadaptation a constaté que, sans formation complémentaire, l'intéressé pouvait s'investir dans des postes tels que surveillant de chaînes de montage, employé d'usine (dans un secteur léger), ouvrier de conditionnement, magasinier, surveillant de parking, lesquels convenaient à ses limitations. Pour sa part, l'assuré a clairement

exprimé qu'il ne voulait plus travailler, que ce soit comme maçon ou dans tout autre domaine (rapport du Service de réadaptation du 29 mars 2006).

Le 29 mars 2006, l'OAI a rendu une décision niant le droit de X \_\_\_\_\_ à des mesures d'ordre professionnel.

Par décision du 30 mars 2006, l'OAI a supprimé son droit à une rente d'invalidité avec effet au 31 mai suivant. Il a été constaté que, depuis le 14 novembre 2005 au plus tard, son état de santé était compatible avec l'exercice, à plein temps et avec un rendement normal, de toute activité légère et adaptée, avec alternance des positions assis-debout, ne nécessitant pas de travaux lourds, ni de port de charges supérieures à 10 kilos. Les décisions des 29 et 30 mars 2006 ont fait l'objet d'oppositions de l'assuré, lequel a produit plusieurs rapports médicaux préconisant plutôt une reprise du travail à temps partiel (rapport des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ du 10 mai 2006 et rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 30 juin 2006). L'intéressé avait été adressé au Dr M \_\_\_\_\_, psychiatre, par la Dresse L \_\_\_\_\_ pour une nouvelle évaluation.

Prenant position le 27 juillet 2006, le Service médical régional de l'AI (SMR) a confirmé la nécessité d'aménager une expertise médicale plus large une fois reçu le rapport du Dr M \_\_\_\_\_.

Le 22 septembre suivant, ce spécialiste en psychiatrie a indiqué que, depuis l'adolescence, son patient souffrait d'un trouble mixte de la personnalité (F 61.0, avec notamment des traits passif-agressif et schizoïde). Parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'un trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) existant au moins depuis 2001. Il n'a été retenu ni état dépressif ou anxieux, ni trouble de la pensée. A son sens, la capacité de travail comme maçon était nulle depuis septembre 2004; de même, le manque de flexibilité, les faibles capacités adaptatives, l'intelligence limite, la cristallisation de tout l'état psychique sur son "handicap", un important manque de stratégies pour résoudre les conflits associés à une chronicisation de ce type de fonctionnement, rendaient l'intéressé incapable de reprendre un travail régulier, quel qu'il fût.

Le 28 novembre 2006, le SMR a confirmé la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle aurait notamment pour but d'éclaircir les divergences entre les avis des Drs H \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_.

Le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Nyon, par les Dresses N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_, a rendu son rapport en date du 9 mars 2007 en

concluant que l'expertisé présentait des lombalgies chroniques depuis de nombreuses années, persistantes malgré une stabilisation postérieure L5-S1 de type PLIF. L'expertisé ne pouvait plus exercer son ancienne activité de maçon ou manoeuvre; il pouvait par contre effectuer une activité légère, sans travaux lourds, avec changements de positions et pouvait marcher; il devait éviter le port de charges et les mouvements répétés avec le MSD. Partant, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, il a été retenu un trouble douloureux somatoforme sans comorbidité psychiatrique grave. Aucun argument ne permettait d'attester une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Les griefs de l'assuré ont dès lors été rejetés par décision sur opposition du 2 août 2007, décision confirmée sur recours par jugement de la Cour de céans du 25 septembre 2009 (S1 07 255) et par arrêt du Tribunal fédéral du 27 avril 2010 (9C\_914/2009). Il a notamment été confirmé qu'au terme de la convalescence relative l'opération de septembre 2004, soit dès le 14 novembre 2005 au plus tard (date du rapport du Dr I \_\_\_\_\_), l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité légère et adaptée.

**B.** Le 26 novembre 2009, X \_\_\_\_\_, représenté par Me Michel De Palma, a déposé une deuxième demande de prestations AI en raison d'une aggravation de son état de santé. Divers rapports médicaux ont été produits.

Dans un avis du 25 mars 2010, le SMR, par le Dr P \_\_\_\_\_, a relevé que, selon le rapport du médecin spécialiste, le Dr K \_\_\_\_\_, du 18 novembre 2009, rien n'avait changé depuis 2006 ; par contre, le Dr M \_\_\_\_\_ parlait d'une aggravation, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire.

La Dresse Q \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a transmis un rapport à l'OAI en date du 26 mars 2010. Elle estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Les diagnostics remontaient à 2001 ou 2006 (état dépressif), des cervico-scapulalgies bilatérales d'origine musculaire étant survenues en 2007. Si du point de vue purement orthopédique, on pouvait retenir une capacité de travail de 50% dans un poste adapté, on ne pouvait faire abstraction de la situation psychiatrique du patient, laquelle justifiait, à son avis, une incapacité de travail de 100% depuis 2004 dans tout poste de travail.

Le 27 mai 2010, le Dr P \_\_\_\_\_ a souligné que la Dresse Q \_\_\_\_\_ n'était pas une spécialiste en orthopédie, mais en médecine interne et gériatrie ; elle ne connaissait le patient que depuis janvier 2010 et ne décrivait objectivement aucun élément clinique

nouveau par rapport aux constatations du Dr K \_\_\_\_\_. En définitive, rien n'avait changé au plan somatique depuis 2006. L'aspect psychiatrique devait être investigué.

Un examen psychiatrique a été accompli par le Dr R \_\_\_\_\_ en date du 1<sup>er</sup> juin 2010. Le psychiatre a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45). Il a relevé que le Dr M \_\_\_\_\_ avait déjà retenu un trouble mixte de la personnalité avec notamment des traits passifs-agressifs et schizoïdes en 2006 ; ce diagnostic demeurait dès lors inchangé. La différence résidait dans le développement d'idées délirantes : l'assuré présentait la conviction inébranlable et délirante d'être victime d'un complot des médecins qui voulaient le ruiner. Il fallait dès lors examiner si l'intéressé souffrait d'un trouble de la personnalité, lequel a été écarté. Par contre, l'assuré présentait un trouble du sommeil, lequel était bien dérégulé vu que la structure journalière chez l'assuré n'existait plus. Une activité, même à but thérapeutique, était souhaitable, ce que l'intéressé ne voulait pas comprendre. En conclusion, il n'y avait pas d'aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis le 2 août 2007.

L'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles par décisions du 5 novembre 2010. L'OAI a notamment estimé que l'avis du psychiatre du SMR était parfaitement probant, que l'évaluation somatique était claire et qu'une instruction médicale complémentaire ne se justifiait nullement.

**C. X \_\_\_\_\_** a déposé une troisième demande de prestations AI en date du 29 mars 2011.

Le 12 avril 2011, la Dresse Q \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI sur demande de son patient. Du point de vue rachidien, la situation était restée stable depuis son rapport du 26 mars 2010. Par contre, elle notait une décompensation progressive de l'état psychologique de son patient. Elle estimait une nouvelle expertise ostéoarticulaire et psychiatrique nécessaire.

Dans un rapport joint du Dr S \_\_\_\_\_ du 11 février 2011, le praticien avait relevé qu'il y avait toujours une discordance entre les plaintes douloureuses (très élevées) et les anomalies objectives. Il était d'avis que, sur les seules données du status et radiologiques, rien ne s'opposait à ce que le patient reprenne une activité professionnelle légère autorisant l'alternance des postures assise et debout. Il n'avait aucune indication clinique à refaire des investigations.

Dans un second rapport du 30 avril 2011, le Dr M \_\_\_\_\_ a relevé que l'état de son patient continuait de s'aggraver. Le praticien estimait que le cumul des critères

concomitants aux troubles douloureux somatoformes était désormais réalisé et que l'on ne pouvait plus exiger de son patient la reprise de la moindre activité professionnelle.

Dans un rapport final du 10 mai 2011, le SMR, par le Dr P \_\_\_\_\_, a relevé que selon le rapport de la Dresse Q \_\_\_\_\_, rien n'avait changé au plan somatique. Au plan psychique, le Dr M \_\_\_\_\_ essayait avec un grand effort, mais sans conviction importante, de prouver que l'état de fixation sur une faute médicale imaginaire pouvait causer un trouble ou une vraie maladie psychique ; il n'apportait toutefois aucun élément objectif ou nouveau qui prouverait cette péjoration ; objectivement, on n'observait aucun changement psychiatrique par rapport à l'examen de 2010. Le Dr P \_\_\_\_\_ préconisait de refuser d'entrer en matière.

Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 30 mars 2011.

**D.** X \_\_\_\_\_ a déposé une quatrième demande en date du 2 novembre 2011. Dans un courrier complémentaire du 14 novembre 2011, il a fait mention d'une décompensation en L4-L5 et de douleurs permanentes depuis plusieurs années. Aucun rapport médical n'a été joint. Le 20 décembre 2011, l'OAI a une nouvelle fois refusé d'entrer en matière.

**E.** L'assuré a formulé une cinquième demande de révision en date du 28 février 2012. Il a précisé que, depuis plusieurs années, son état de santé s'était beaucoup aggravé, qu'il avait des douleurs permanentes et était incapable d'avoir une simple mobilité.

Le 20 avril 2012, l'assuré a annoncé à l'OAI qu'il allait prochainement se faire réopérer. Il a joint un rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 16 avril précédent faisant mention d'une décompensation L4-L5 avec Bastrup avec augmentation des douleurs lombaires basses ; l'incapacité de travail était de 100% et une stabilisation était susceptible d'améliorer la situation.

L'assuré a été opéré et a séjourné à T \_\_\_\_\_ du 28 mai au 12 juin 2012.

Dans un rapport du 5 septembre 2012, le Dr U \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant depuis mars 2012, a indiqué que son patient souffrait d'un status après PLIF L5-S1 et décompensation L4-L5 avec Bastrup depuis avant l'année 2000 et d'une dépression (sans répercussion sur la capacité de travail) depuis 2002. Son patient souffrait d'une lombosciatique et de cervicalgies ; il était limité dans ses mouvements du rachis. Comme maçon, l'incapacité de travail demeurait complète depuis novembre 1999. Son patient

ne pouvait plus rien faire chez lui et l'incapacité de travail était totale. Les douleurs étaient très importantes. Il estimait que son patient ne pouvait accomplir qu'une activité en position assise d'une durée maximale d'une heure. Outre les entraves physiques, il était limité dans sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance.

Le 8 février 2013, le Dr U \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait du mal à marcher et était limité dans tous ses déplacements et activités par ses lombalgies ; il était en arrêt de travail depuis 2000. Il avait depuis lors également besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie, aide apportée par son épouse. Compte tenu des douleurs, il n'arrivait plus à tenir la même position durant plus d'un quart d'heure.

Dans un rapport du 20 février 2013, le Dr I \_\_\_\_\_ s'est référé aux diagnostics de son rapport du 9 mai 2012. Le patient souffrait toujours de douleurs musculaires ; de la physiothérapie lui avait à nouveau été prescrite et il avait été encouragé à marcher davantage. Le protocole opératoire du 29 mai 2012 indique que le Dr I \_\_\_\_\_ a procédé à l'AMO vis L5, cure Bastrup L3-L4 et L4-L5 et stabilisation dynamique L4-S1.

Le 4 avril 2013, le SMR, par le Dr P \_\_\_\_\_, a relevé que les renseignements demeuraient insuffisants. L'assuré avait été opéré en mai 2012 et il était clair qu'il y avait un changement de l'état de santé dès cette date ; néanmoins, aucun médecin ne s'était clairement prononcé sur la capacité de travail résiduelle après cette intervention, étant rappelé que la capacité de travail avait été entière jusqu'à cette dernière. Un nouvel examen rhumatologique était nécessaire.

Le 16 octobre 2013, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait toujours de douleurs musculaires. Il n'avait aucunement besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il ne pouvait plus reprendre son ancienne activité professionnelle et une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.

L'examen SMR a lieu en date du 17 septembre 2013. Les rapports médicaux antérieurs ont été résumés et le SMR a établi une anamnèse actualisée. Le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a pris acte des plaintes et a procédé à un examen clinique complet et pris connaissance des pièces médicales du dossier de l'intéressé. Au terme de ses examens, le praticien du SMR a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires bilatérales chroniques, status après cure de Bastrup L3-L4 et L4-L5 et après stabilisation dynamique L4-S1 le 29 mai 2012, status après PLIF L5-S1 le 14 septembre 2004 et douleurs résiduelles après cure d'épicondylite droite en 2002. Il a rappelé que la

plausibilité d'une aggravation avait été admise en raison de l'annonce d'une nouvelle intervention chirurgicale sur le rachis lombaire, en mai 2012. Cette opération avait été motivée par une instabilité du segment L4-L5 avec phénomène de Bastrup. Lors de l'entretien au SMR, l'assuré avait décrit un *statu quo* des douleurs lombaires ; il avait rapporté des douleurs à la nuque et ajouté ressentir des épicondylalgies droites chroniques sans changement depuis 2001. Les constatations de l'examen de 2013 étaient comparables à celles de 2007, à l'exception du status après PLIF réalisé en 2012, dont la cicatrice opératoire était sans particularité. Sur le plan statique et fonctionnel, il n'y avait pas de modification depuis l'expertise de 2007. Tant subjectivement qu'objectivement, il n'y avait pas de modification des manifestations cliniques douloureuses ainsi que des signes cliniques objectifs. Il n'y avait pas de constatation médicale objective qui justifiait des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles qui étaient connues depuis l'expertise de 2007 ; dès lors, il n'y avait pas eu d'aggravation durable de l'état de santé, seule une incapacité de travail d'une durée maximale de six mois pouvant être admise dans les suites de l'opération, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2012. Ensuite, la capacité de travail était à nouveau complète dans une activité légère et adaptée, sans port de charges lourdes, sans mouvement répété avec le membre supérieur droit et avec changement occasionnel des positions.

Dans son rapport final du 20 février 2014, le SMR a exposé que, selon son examen rhumatologique, seule une incapacité de travail totale postopératoire du 29 mai au 30 novembre 2012 (6 mois) pouvait être admise, le *statu quo ante* ayant été recouvré depuis lors. La capacité de travail dans une activité adaptée respectant les mêmes limitations fonctionnelles était demeurée inchangée hormis dans la période postopératoire.

Début mai 2014, l'assuré a transmis un avis de la Dresse W \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne FMH), nouveau médecin traitant.

Par décision du 4 juin 2014, l'OAI a refusé à son assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel, à une indemnité journalière ainsi qu'à une rente d'invalidité. Cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal de céans du 20 janvier 2015 (cause S1 14 149). La Cour avait alors notamment relevé qu'au plan somatique, les constatations de l'examen du Dr V \_\_\_\_\_ de 2013 étaient comparables à celles de 2007, à l'exception du status après PLIF réalisé en 2012, dont la cicatrice opératoire était sans particularité. Sur le plan statique et fonctionnel, il n'y avait pas eu de changement depuis l'expertise de 2007. Tant subjectivement qu'objectivement, il n'y avait pas de modification des manifestations cliniques douloureuses ainsi que des signes cliniques objectifs. Il n'y avait pas eu de constatation médicale objective qui justifiait des limitations

fonctionnelles supplémentaires à celles qui étaient connues depuis l'expertise de 2007 ; dès lors, il n'y avait pas eu d'aggravation durable de l'état de santé, seule une incapacité de travail d'une durée maximale de six mois pouvant être admise dans les suites de l'opération, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2013. Les conclusions du Dr V \_\_\_\_\_, jugées probantes, n'avaient été mises en doute par aucun avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante ; tels n'avaient notamment pas été le cas des rapports des Drs I \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_.

Au plan psychiatrique, contrairement à ce que semblaient croire les praticiens du CCPP, la question de l'existence d'un trouble grave avait déjà été largement investiguée par le passé ; en particulier et, contrairement à l'avis divergent du Dr M \_\_\_\_\_, la présence d'un trouble de la personnalité incapacitant avait clairement été niée, étant par ailleurs souligné que les seuls traits de personnalité de l'intéressé ne l'avaient nullement empêché de travailler durant près de trente ans (cf. notamment l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ de janvier 2002, du Dr H \_\_\_\_\_ d'avril 2004 et l'expertise COMAI du 9 mars 2007). Lors de son propre examen, le Dr R \_\_\_\_\_ avait constaté que l'expertisé présentait un status psychiatrique superposable à celui décrit par les Drs N \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ ; il n'avait pas pu mettre en évidence de délire de type persécutoire. Le Dr R \_\_\_\_\_ avait ainsi motivé, de manière emportant la conviction de la Cour, pour quels motifs il s'était écarté des conclusions du Dr M \_\_\_\_\_. Ses conclusions avaient encore été confirmées par la Dresse Y \_\_\_\_\_ en août 2014. L'existence d'éléments permettant de retenir une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré depuis novembre 2010 n'avait ainsi pas été établie.

Partant, il avait alors été confirmé que l'état de santé, tant somatique que psychiatrique, du recourant était demeuré inchangé depuis novembre 2010, hormis dans la période usuelle de rétablissement (six mois) ayant fait suite à l'opération de mai 2012, opération n'ayant en tant que telle pas occasionné de péjoration objective.

**F.** L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital de Z \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 16 février 2016. Le rapport de sortie adressé le 19 février suivant au Dr AA \_\_\_\_\_, psychiatre, a fait mention de la recrudescence d'une symptomatologie anxieuse à réception d'un énième refus de l'Al. A son arrivée, le patient présentait un syndrome dépressif majeur avec idées noires et idéation suicidaire exprimée dans un 2<sup>ème</sup> temps, ainsi qu'un sentiment d'incompréhension vis-à-vis de l'Al. Un trouble de la personnalité mal défini a également été suspecté. Au cours du séjour, l'évolution psychiatrique avait été lentement favorable. Du point de vue social, le patient avait requis des praticiens de Z \_\_\_\_\_ qu'ils se penchent sur sa demande de rente. L'état dépressif sévère alors relevé les a incités à

requérir un réajustement de l'évaluation psychiatrique pour aggravation de la symptomatologie (document 316 du dossier AI).

A réception du rapport daté du 19 février 2016 de l'Hôpital de Z \_\_\_\_\_, l'OAI a invité l'assuré à déposer une nouvelle demande, laquelle a été retournée à l'OAI en date du 7 mars 2016. Il s'agissait de sa 6<sup>ème</sup> demande (document 322 du dossier AI).

La Dresse W \_\_\_\_\_ a déposé un rapport médical en date du 1<sup>er</sup> avril 2016 (document 327 du dossier AI). Elle a mentionné les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques sur status post Bastrup L3-L4 et L4-L5 plus PLIF L4-L5 en 2012 et status post PLIF L5-S1 en 2004, de trouble dépressif et de trouble de la personnalité. Elle a précisé que ce patient la consultait depuis 2014 avec un discours constant et invariable, centré sur ses lombalgies, d'après lui consécutives à ses deux opérations lombaires. Il n'acceptait pas le refus de l'AI. Il était suivi par le Dr AA \_\_\_\_\_ depuis octobre 2015, qui l'avait hospitalisé en février 2016 pour un état dépressif sévère. Elle a renvoyé à ce dernier pour le surplus, notamment s'agissant de la capacité de travail au plan psychique. Au plan somatique, son patient devait éviter le port de lourdes charges et la position en porte à faux. L'ancienne activité ne pouvait plus être reprise et une réadaptation professionnelle ne lui semblait pas envisageable.

Le Dr AA \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI en date du 1<sup>er</sup> avril 2016 (document 329 du dossier AI). Dans la rubrique status psychiatrique, il a décrit notamment une humeur diminuée, des idées de baisse de l'estime de soi, une perte d'espoir, des sentiments d'insuffisance, un discours désorganisé, une pensée inhibée, un éprouvé vital marqué par un sentiment de ruine et une inhibition du dynamisme. Une très forte anxiété était présente, de même que des ruminations excessives et des idées envahissantes. Le risque suicidaire ne pouvait être écarté. Ont également été notés une méfiance délirante, une certaine anhédonie, un délire paranoïaque ainsi qu'un retrait social très marqué. Des troubles de la concentration et de la mémoire étaient à noter. Tous ces éléments entraînaient une souffrance cliniquement significative ainsi qu'une altération de son fonctionnement social et personnel. Le Dr AA \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, récurrent, sévère avec caractéristiques psychotiques (F 33.3), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble psychotique bref, avec facteur de stress marqué (F23.81). Un traitement médicamenteux et un suivi avait été mis en œuvre. L'état de santé de son patient s'était clairement aggravé selon le Dr AA \_\_\_\_\_ et ne lui permettait plus de reprendre le travail.

Dans un avis du 14 juin 2016, le SMR, par les Drs BB \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et CC \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ont admis une aggravation attestée depuis septembre 2015, date du début du suivi chez le Dr AA \_\_\_\_\_. Les diagnostics posés par ce dernier divergeaient de ceux des praticiens de Z \_\_\_\_\_. Au plan somatique, la situation n'avait pas évolué. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (TSD) ayant été posé à plusieurs reprises, une expertise bi-disciplinaire (appareil locomoteur et psychiatrique) a été jugée nécessaire, les indicateurs de la jurisprudence de juin 2015 (ATF 141 V 281) devant être vérifiés en cas de confirmation d'un TSD.

Sur la base de la procédure SuisseMED@P, cette expertise a été confiée le 21 février 2017 au DD \_\_\_\_\_, à Fribourg, par les Drs EE \_\_\_\_\_, psychiatre, FF \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et GG \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie. Ces derniers ont rendu leurs conclusions en date du 20 juillet 2017 (document 352 du dossier AI). Les experts ont pris connaissance des pièces médicales versées au dossier AI – y compris de l'examen neuropsychologique accompli à la JJ \_\_\_\_\_ en octobre 2001 - et ont pris acte des plaintes de l'assuré. Les activités quotidiennes et sa vie sociale ont été résumées. Des examens médicaux complets ont été accomplis, de même que de nouvelles radiographies de la colonne lombaire. Les experts de DD \_\_\_\_\_ ont conclu que, sur le plan de la médecine générale et de la psychiatrie, il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante ; l'épisode de dépression grave ayant justifié l'hospitalisation à Z \_\_\_\_\_ s'était amendé, seul un épisode dépressif d'intensité moyenne et une anxiété généralisée ayant été constaté lors de l'examen, diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan orthopédique, les atteintes à la santé au niveau de la colonne lombaire et du coude droit justifiait une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de maçon ou de manœuvre. En revanche, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles restées quasi inchangées depuis 2007, comme l'avait déjà indiqué le Dr V \_\_\_\_\_ en 2013. Selon les critères de l'AI, il n'y avait pas eu d'aggravation durable de l'état de santé depuis 2007, hormis une incapacité de travail d'au plus six mois dans les suites de l'intervention rachidienne du 29 mai 2012. L'expertisé devait éviter la position assise prolongée (possible 1h30 durant l'examen), limiter son temps de marche à 30 minutes, éviter la monter et la descente des escaliers, surtout de façon répétée, éviter de s'agenouiller ou de s'accroupir, de porter des charges de plus de 5 kilos, de travailler en position légèrement penchée en avant ; par ailleurs, les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit devaient être proscrits afin de ne pas renflammer l'épicondylite. Sous l'angle de l'examen de la cohérence, il a été

noté : « Il y a des divergences entre les symptômes décrits et le résultat des examens cliniques et radiologiques, dans le sens où les résultats des différents examens cliniques et radiologiques sont en retrait par rapport aux plaintes subjectives de l'assuré, ce qui fait que les experts se trouvent devant un processus d'amplification des symptômes comme le décrit l'expertise psychiatrique. L'assuré demeure hostile à toute reprise d'activité. Il n'a pas de motivation et il a refusé une proposition de reclassement professionnel. Il s'installe dans la situation d'un futur invalide. Il est à la recherche du statut d'invalide, en vue de l'obtention d'une rente. Et il se sert, pour ce faire, d'un processus d'amplification des symptômes et, par conséquent, des plaintes en particulier douloureuses, allant jusqu'à l'impotence fonctionnelle. Cette attitude découle d'un processus psychiatrique ».

Dans une prise de position du 7 août 2017, le SMR, par le Dr HH \_\_\_\_\_, généraliste, a estimé que les réponses de l'expert psychiatre nécessitaient d'être précisées (document 354 du dossier AI). Le Dr AA \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a également été invité à poser ses éventuelles questions à l'expert psychiatre, ce qu'il a fait le 29 août 2017 (document 359 du dossier AI). Les questions ont été notifiées au DD \_\_\_\_\_ le 6 septembre suivant.

Dans un rapport complémentaire du 12 septembre 2017, la Dresse II \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et responsable médicale du DD \_\_\_\_\_, a expliqué sur quelles bases un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), sans symptômes psychotiques, avait été retenu ; elle a notamment exposé pour quels motifs elle s'écartait du Dr AA \_\_\_\_\_ s'agissant des symptômes psychotiques. Elle a également motivé le diagnostic d'anxiété généralisée et a précisé que du point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif moyen et le trouble anxieux n'étaient pas des diagnostics incapacitants et encore moins invalidants, bien qu'il soit habituellement admis la présence de difficultés à effectuer les tâches domestiques ou professionnelles. En l'occurrence, lors de l'examen, l'expertisé avait présenté, au plan intellectuel, des capacités suffisantes pour entreprendre une activité adaptée à son état de santé physique, prenant en compte la plainte douloureuse. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme, il a été relevé qu'une pathologie organique avait été ici objectivée, avec des troubles osseux dorsolombaires sous forme de discopathies ; l'intéressé avait subi des traitements chirurgicaux et se plaignait toujours de douleurs lombaires à la mobilisation du dos et des membres ; par contre, au plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant ou invalidant n'avait été relevé. Il n'y avait pas de notion

de somatisation. Un syndrome douloureux somatoforme persistant n'a ainsi pas été diagnostiqué (document 363 du dossier AI)

Dans un avis du 28 septembre 2017, le SMR, par le Dr HH \_\_\_\_\_, a jugé les réponses de DD \_\_\_\_\_ désormais suffisantes pour examiner les critères de la CIM-10 et a jugé l'exclusion d'un trouble somatoforme douloureux motivée. Une pleine capacité de travail a été confirmée dans une activité adaptée. Un mauvais pronostic professionnel était craint, non pas pour des motifs médicaux, mais en raison de l'adoption par l'assuré d'un statut d'invalidé (document 365 du dossier AI).

Un projet de décision niant le droit de l'assuré à des prestations AI lui a été notifié le 2 octobre 2017 (document 366 du dossier AI). Le 18 octobre suivant, l'assuré a requis de l'aide en vue d'une réinsertion professionnelle, progressive et en milieu protégé, en se prévalant d'une détérioration de son état de santé. Le projet de décision a été confirmé par décision du 10 novembre 2017. Il a notamment été rappelé que l'assuré disposait, tant au niveau somatique, que d'un point de vue psychiatrique, d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité légère et adaptée et que sa capacité résiduelle de gain était de 81% (document 368 du dossier AI). Non contestée, cette décision est entrée en force.

Le 26 novembre 2018, un nouvel examen neuropsychologique requis auprès de la JJ \_\_\_\_\_ a montré une légère baisse des performances notamment au niveau exécutif et en mémoire à court terme visuo-spatiale ; les autres domaines investigués étaient globalement superposables à l'examen de 2001 (rapport de la Dresse D \_\_\_\_\_ du 12 mars 2020, pièce 409 du dossier AI ; cf. également *infra*).

**F.** Le 26 avril 2018, des psychiatres de l'Hôpital de Z \_\_\_\_\_ ont fait mention d'une nouvelle hospitalisation, du 7 mars 2018 au 3 mai 2018, et ont demandé la révision du dossier AI de leur patient en raison de la mise en évidence d'un diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque ; ils estimaient que les symptômes y relatifs impactaient sa vie sociale, professionnelle et familiale depuis de nombreuses années (document 376 du dossier AI).

En date du 21 mai 2018, l'assuré a confirmé qu'il entendait requérir une nouvelle révision de son dossier, soit la septième demande de prestations AI.

Le 29 mai suivant, l'OAI a reçu la copie d'un rapport adressé au Dr AA \_\_\_\_\_ par les praticiens de Z \_\_\_\_\_ le 7 mai 2018. Y était posés le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et les diagnostics secondaires

de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de personnalité paranoïaque (F60.1), de glycémie à jeun pathologique avec prédiabète mellitus, de lombosciatalgies non déficitaires bilatérales chroniques, de discopathie L5-S1 et de s/p x crises de goutte sous traitement hypo-uricémiant. Au titre des comorbidités passives, a notamment été retenue une hépatopathie alcoolique (document 387 du dossier AI).

Dans un avis du 19 juin 2018, le SMR, par le Dr HH \_\_\_\_\_ a relevé que l'épisode dépressif moyen existait déjà lors de la décision de 2017 et a rappelé que le diagnostic de TSD avait déjà été évoqué en 2016 et avait été écarté par l'expert psychiatre en 2017. Le fait que l'assuré vivait centré sur les refus de l'AI avait également déjà été souligné. Le trouble de personnalité paranoïaque (F60.0) n'avait étonnamment jamais été retenu par le passé par les divers spécialistes (Dr H \_\_\_\_\_ en 2004, Dr N \_\_\_\_\_ en 2007, Dr Soulali en 2017), étant néanmoins rappelé que le Dr KK \_\_\_\_\_ avait, en 2014, décrit un assuré « revendicateur, procédurier, en proie à un profond sentiment d'injustice avec l'impression d'être persécuté par le système médical » ; des éléments de paranoïa avait également déjà été soulevés en 2011 (« état de fixation sur une faute médicale imaginaire »). Or, il était rappelé qu'un trouble pathologique de la personnalité était définitivement installé à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'assuré avait toujours présenté des traits de personnalité paranoïaque et l'élément de persécution était un véritable leitmotiv ; néanmoins, le Dr HH \_\_\_\_\_ estimait que l'argumentation médicale restait insuffisante pour retenir un véritable trouble malade de la personnalité ; il a dès lors conclu que la capacité de travail exigible demeurerait inchangée. Il n'y avait pas ainsi pas de modification objective (document 389 du dossier AI).

Dans un rapport du 28 août 2018, le Dr AA \_\_\_\_\_ a exprimé que, dès le début des symptômes somatiques, 15 ans plus tôt, les évaluations médicales réalisées au sein de l'AI ou par les experts étaient toujours passés à côté de la réelle pathologie de ce patient, soit une psychose paranoïaque (document 392 du dossier AI).

Dans un avis du 17 septembre 2018, le psychiatre du SMR a exprimé que le Dr AA \_\_\_\_\_ n'avait pas suffisamment argumenté son diagnostic de « psychose paranoïaque », sans équivalent au sens de la nosologie CIM-10 et qui aurait été raté par tous ses confrères psychiatres. L'assuré ayant toujours présenté des traits de personnalité paranoïaque, il s'agissait uniquement d'une interprétation différente, et très personnelle, d'un même état de fait. Le Dr HH \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions antérieures (document 394 du dossier AI).

La demande de révision a dès lors été rejetée par décision du 20 septembre 2018 (document 395 du dossier AI).

**G.** Le 21 août 2020, l'OAI a reçu la copie d'une lettre d'admission de son assuré à T \_\_\_\_\_ en vue d'une opération en date du 31 août 2020. Considérant cet envoi comme une huitième demande de prestations AI, il a accordé à l'assuré un délai au 28 septembre suivant afin qu'il produise des documents rendant une modification de l'état de fait plausible (documents 397 et 398 du dossier AI).

Le 11 septembre 2020, la Dresse LL \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale, pelvi-périnéologie, proctologie et endométriose chirurgicale, a adressé à l'OAI, sur la demande de son patient, une copie du compte rendu d'opération, de la lettre de sortie du rapport de la 1<sup>ère</sup> consultation post-opératoire. Il en ressortait que l'intéressé avait bénéficié d'une cure de hernie ombilicale en date du 31 août 2020 et qu'il ne pourrait pas porter de charges lourdes durant un mois post-opératoire (document 399 du dossier AI).

Considérant qu'une aggravation durable de l'état de de santé n'avait pas été rendue plausible par les éléments produits, l'OAI a refusé d'entrer en matière par un projet de décision du 1<sup>er</sup> octobre 2020 (document 400 du dossier AI).

Le 12 octobre suivant, le Dr AA \_\_\_\_\_ a adressé un courrier à teneur duquel il a exprimé que des tests neuropsychiatriques effectués en mars 2020 avaient montré une péjoration par rapport à ceux accomplis en 2001 à la CNA, notamment en ce qui concernait les tests de mémoire. Une dégradation neuro-cognitive lui semblait ainsi justifier une invalidité de 100% (document 402 du dossier AI).

Dans un avis du 12 novembre 2020, le SMR, par la Dresse MM \_\_\_\_\_, a relevé que la documentation remise ne suffisait pas pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé ; en particulier, le Dr AA \_\_\_\_\_ n'avait signalé aucune atteinte psychiatrique mais avait tout au plus évoqué une atteinte sortant de son champ de compétence, laissant entendre, sur la base de tests menés par une collègue psychologue, qu'il existait une maladie neurologique grave, sans que n'ait été produite la moindre documentation médicale/neurologique confirmant cette allégation (document 404 du dossier AI).

Par décision du 15 décembre 2020, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 21 août 2020. Il a notamment été relevé que la cure de hernie ombilicale ne justifiait pas une incapacité de travail à long terme, celle-ci se limitant à une période de six semaines (document 407 du dossier AI).

H. X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans en date du 28 décembre 2020. En substance, il reprochait à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du rapport du Dr AA \_\_\_\_\_, étant précisé que le dernier avis neurologique avait été rendu non pas par la psychologue du NN \_\_\_\_\_ (rem. cabinet du Dr AA \_\_\_\_\_), mais par une neuropsychologue de la JJ \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_.

Le 12 janvier suivant, Le Dr AA \_\_\_\_\_ a transmis une copie du rapport du 12 mars 2020 de la Dresse D \_\_\_\_\_. Cette dernière a rappelé avoir vu ce patient une première fois en 2001, dans le contexte d'un éthylisme chronique et qu'un second examen avait été accompli en novembre 2018, marqué par une légère baisse des performances depuis 2001 (cf. *supra*). L'examen de 2020 avait montré des résultats globalement superposables à l'examen de novembre 2018, soit des performances très inférieures à la norme en mémoire à long terme verbale, à la limite de la norme en mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale et des résultats inférieurs à la norme sur le plan exécutif (incitation verbale, flexibilité). Le tableau global restait comparable mais s'y ajoutaient des résultats particulièrement faibles à un test pourtant simple pour lequel un résultat normal était attendu même en cas d'atteinte neurologique ou psychiatrique grave, ce qui compromettait « l'interprétabilité » du tableau cognitif (document 409 du dossier AI).

Le 11 janvier 2021, la Dresse W \_\_\_\_\_ a émis un certificat médical posant les diagnostics de troubles de la personnalité sans précision, syndrome somatoforme douloureux, lombalgies chroniques, hypercholestérolémie, goutte, statut post cure de hernie ombilicale le 31 août 2020, status post épisode dépressif sévère sans troubles psychotiques en février 2016 et status post cure d'épicondylite en 2002 (document 415 du dossier AI).

Dans une prise de position du 4 février 2021, le SMR, par la Dresse MM \_\_\_\_\_, a relevé que la Dresse W \_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué de diagnostic neurologique et que les autres diagnostics étaient déjà connus. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique ou neurologique, au vu d'un bilan neurocognitif qui suggérait si ce n'était une falsification volontaire tout au moins une non-interprétabilité du bilan, on voyait mal sur la base de quels éléments médicaux objectifs la plausibilité d'une aggravation pourrait être amenée. Aucun bilan de démence n'avait par exemple été jugé nécessaire, même pas une imagerie cérébrale (document 417 du dossier AI).

L'intimé, se référant à l'avis de son SMR, a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 16 février 2021.

Dans un courrier du 3 mars 2021, le Dr AA \_\_\_\_\_ a reproché au SMR de ne pas avoir requis l'avis d'un neurologue et a conclu à l'aménagement d'une expertise neurologique.

Dans sa duplique du 4 mai suivant, l'OAI a rappelé que, dans le cadre d'une nouvelle demande, il appartenait non pas l'Office de mettre en œuvre des mesures d'instruction, mais à l'assuré de rendre plausible une aggravation de son état de santé, ce que l'examen neuropsychologique du 12 mars 2020 n'avait pas suffi à faire.

L'échange d'écritures a été clos le 7 mai 2021.

Le 12 décembre 2021, le recourant a remis au Tribunal un CD-Rom contenant une récente IRM (pas de rapports médicaux).

Les 4 août et 19 septembre 2022, le recourant a encore transmis céans des pièces médicales relatives à une opération du 12 septembre 2022 pour « ACDF (discectomie/fusion antérieure) C5-C6 HRC 4L gauche pour hernie discale cervicale C5-6 gauche ».

### **Considérant en droit**

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

Posté le 28 décembre 2020, le présent recours à l'encontre de la décision du 15 décembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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.

**2.1** Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a nié la plausibilité d'une aggravation de la situation et, partant, a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 21 août 2020.

**2.2** Au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3.1** Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur 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 modalités de la révision sont fixées aux articles 87 à 88bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201). Selon l'article 87 alinéa 2 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 64). L'article 87 alinéa 3 RAI précise que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 2 sont remplies.

**3.2** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, celui-ci ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au

moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations 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 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 64 consid. 2 et 130 V 71 consid. 3.2.3). En tant que le principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Les faits et moyens de preuve non produits lors de la décision de refus d'entrer en matière ne peuvent dès lors être pris en compte par le Tribunal.

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 alinéa 2 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. En procédant à cet examen, le juge prendra notamment en compte le temps écoulé depuis le moment où les prestations ont été refusées (Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

**3.3** En cas de recours contre un refus d'entrer en matière, il n'est pas du ressort de la Cour de statuer sur la question de la justification d'une révision. Le cas échéant, dans l'hypothèse où cette dernière viendrait à juger le refus d'entrer en matière comme injustifié, le droit à une révision de la rente devra être tranché par l'administration après renvoi par l'autorité de recours. Dès lors, la conclusion d'un recourant tendant à ce stade à l'allocation d'une rente devrait être irrecevable.

**4.** Dans le cas d'espèce, il sied d'examiner si le recourant avait rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise, soit jusqu'au 15 décembre 2020, une aggravation de son état de santé depuis la décision du 20 septembre 2018, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à des prestations AI.

**4.1** Pour mémoire, il est rappelé qu'antérieurement à la décision de septembre 2018, le droit à des prestations AI après le 31 mai 2006 a été nié par décisions successives des 2 août 2007 (décision sur opposition confirmée par jugement de la Cour de céans et

arrêt du Tribunal fédéral), 5 novembre 2010, 16 mai 2011 et 20 décembre 2011 (deux refus d'entrer en matière sur des demandes de révision), 4 juin 2014 (confirmée par jugement de la Cour de céans) et 10 novembre 2017. Il a toujours été constaté que l'assuré ne pouvait plus accomplir son ancienne profession de manoeuvre/maçon, mais par contre, qu'il était exigible de sa part qu'il s'investisse à plein temps dans une activité légère adaptée. L'assuré a continuellement rejeté cette dernière exigibilité, s'installant dès 2002 dans un statut d'invalidé selon plusieurs avis médicaux (rapports du 22 janvier 2002 du Dr B \_\_\_\_\_, du 24 décembre 2002 du E \_\_\_\_\_, expertises du Dr H \_\_\_\_\_ du 23 avril 2004 et du DD \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2017, avis du Dr HH \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2017).

Lorsque les décisions des 10 novembre 2017 et 20 septembre 2018 ont été rendues, il a de nouveau été constaté sur la base de nombreux avis médicaux dûment étayés que l'assuré disposait, tant au niveau somatique, que d'un point de vue psychiatrique, d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité légère et adaptée et que sa capacité résiduelle de gain était de 81% (documents 368 et 395 du dossier AI).

**4.2** A l'appui de sa demande de révision du 21 août 2020 (huitième demande), l'assuré s'est d'abord prévalu uniquement de la cure de hernie ombilicale accomplie le 31 août 2020. Ultérieurement, soit le 12 octobre 2020, le Dr AA \_\_\_\_\_ s'est référé aux résultats d'un examen neuropsychiatrique accompli sept mois plus tôt, soit le 12 mars 2020, et duquel le psychiatre déduisait une invalidité de 100%. L'avis de la Dresse W \_\_\_\_\_ a également été invoqué par le recourant.

Dans une prise de position du 12 novembre 2010, le SMR a exprimé que les pièces médicales remises à l'appui de la demande de révision ne suffisaient pas à rendre plausible une aggravation durable de l'état de santé. Sur cette base, l'intimé a rendu sa décision du 15 décembre 2020.

Il sied dès lors d'examiner si, à l'aune des éléments produits jusqu'au 15 décembre 2020, une modification notable de l'état de fait avait été rendue plausible. Les rapports médicaux produits après la notification de la décision de refus d'entrer en matière ne peuvent en principe pas être prises en compte. On peut néanmoins prendre en considération le rapport de la JJ \_\_\_\_\_ du 12 mars 2020, le Dr AA \_\_\_\_\_ y ayant déjà fait référence dans son courrier du 12 octobre 2020, certes sans le joindre. L'intervention du 12 septembre 2022 sort par contre clairement du champ du présent litige et ne saurait dès lors être prise en compte dans le cadre du présent examen.

Avec l'intimé, le Tribunal constate que la cure de hernie ombilicale du 31 août 2020 a la base de la demande de révision n'a pas justifié d'incapacité de travail de longue durée. En effet, dans son rapport du 11 septembre 2020, la Dresse LL \_\_\_\_\_ a uniquement relevé que son patient ne pourrait pas porter de charges lourdes durant un mois post-opératoire, sans émettre d'autres restrictions à la capacité de travail.

S'agissant des évaluations neuropsychologiques de mars 2020 auxquelles s'est référé le Dr AA \_\_\_\_\_, force est de constater que la Dresse D \_\_\_\_\_ n'en a déduit aucun nouveau diagnostic médical. Elle a relevé que l'examen de 2018 avait montré une légère baisse des performances depuis 2001, alors que l'examen de 2020 avait montré des résultats globalement superposables à celui de 2018 ; ce qui atteste plutôt d'une très faible évolution. Or, il est rappelé que les résultats de 2001 avaient été pris en compte dans l'expertise DD \_\_\_\_\_. En outre, comme l'a relevé l'intimé, pas le moindre examen complémentaire (imagerie cérébrale ou autre) n'a été jugé nécessaire au terme de l'évaluation de 2020, ce qui n'aurait pas manqué d'être le cas si la spécialiste avait soupçonné la survenance d'une atteinte grave. Au contraire, la praticienne a expressément émis des doutes quant à la fiabilité des résultats d'un test pourtant simple pouvant normalement être accompli par des personnes même lourdement atteintes dans leur santé psychique ou neurologique, résultats compromettant ainsi même, selon la praticienne, l'interprétabilité du tableau cognitif.

S'agissant du Dr AA \_\_\_\_\_, comme l'a exprimé l'intimé, il est sorti de sa spécialité en concluant sans autre argumentation médicale à une invalidité de 100% sur la seule base des résultats des examens neuropsychologiques non interprétables au regard du très faible score obtenu par le recourant à un test simple, soit en deçà de celui qu'aurait obtenu une personne gravement atteinte sur le plan neurologique ou psychique. Aucun nouveau diagnostic psychiatrique dûment étayé n'a été avancé pour le surplus.

Quant à la Dresse W \_\_\_\_\_, elle n'a fait que reprendre dans son rapport du 11 janvier 2021 des diagnostics déjà émis par le passé, notamment un syndrome somatoforme douloureux clairement écarté dans l'expertise de DD \_\_\_\_\_ (cf. en particulier le rapport complémentaire du 12 septembre 2017 de la Dresse II \_\_\_\_\_). Elle n'a par ailleurs nullement fait mention d'une atteinte neurologique.

Finalement, il est rappelé que le fait pour l'intimé d'avoir requis l'avis de son SMR ne signifie pas encore qu'il est entré en matière sur la demande de révision du recourant. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, l'OAI reste libre de prendre lui-même des

mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, comme en l'espèce, obtenir l'avis d'un médecin du SMR (arrêts 9C\_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 4.2 et 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3). On ne saurait ainsi reprocher à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise neurologique comme le réclame le Dr AA \_\_\_\_\_. En effet, dans le cadre d'une demande de révision, il appartient en premier lieu à l'assuré de produire des pièces médicales établissant de manière suffisamment probante qu'il est plausible que son état de santé se soit objectivement péjoré, ce qui n'était manifestement pas le cas des seules pièces produites en date de la décision entreprise.

A l'aune de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas être entrée en matière sur la demande de révision.

**5.1** En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision de l'intimé de refus d'entrer en matière est confirmée.

**5.2** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 1 al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et qui, de ce fait, ne peut également pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

### **Prononce**

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

Sion, le 11 octobre 2022