

S1 20 141

**JUGEMENT DU 25 AVRIL 2022**

**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 Guérin de Werra, avocat, 1951 Sion

**contre**

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

(AI ; refus d'entrer en matière)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né le xxx 1989, titulaire d'une attestation fédérale de formation élémentaire dans la construction métallique, a exercé, durant l'année 2017, une activité d'aide de cuisine et de plongeur auprès de l'établissement « A \_\_\_\_\_ SA » à Sion. Son employeur a mis un terme à cette activité, le 30 novembre 2017, en raison d'absences répétées du précité pour raisons médicales (pièces OAI 4 et 5).

Depuis le mois de juin 2017, l'intéressé avait en effet été adressé au Dr B \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) pour des migraines chroniques et de possibles troubles cognitifs. Les résultats des examens radiologique et neurologique étaient rassurants s'agissant d'éventuels troubles cognitifs (pièce OAI 22, pp. 55 et 56). En raison d'une exacerbation de ses troubles, l'assuré a cependant dû être pris en charge aux urgences du CHVR le 17 juillet 2017. A cette occasion, un état anxieux et des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ont été diagnostiqués (pièce OAI 22, p. 54).

Le 11 août 2017, il a également commencé un suivi auprès du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCP) pour « *un trouble psychiatrique sévère avec des conséquences invalidantes sur son quotidien* » (pièce OAI 5, p. 13). Le 12 septembre suivant, il a été pris en charge une nouvelle fois par les urgences du CHVR en raison de douleurs thoraciques d'origine musculaire qui lui auraient causé une dyspnée et une difficulté à rechercher son souffle. Aucun trouble n'a cependant pu être objectivé par les spécialistes l'ayant examiné, lesquels n'ont pas exclu une composante d'angoisse (pièce OAI 22, p. 52).

**B.** Avec l'aide du Centre médico-social (CMS) de la région de Sion, l'assuré a rempli et déposé une demande de prestations AI le 10 janvier 2018 (pièces OAI 1 et 6). A la réception de celle-ci, l'Office AI du canton du Valais (ci-après : OAI) a effectué les mesures d'instructions usuelles.

Le 16 mars 2018, la Dresse C \_\_\_\_\_, généraliste au D \_\_\_\_\_ et médecin traitant, a indiqué que son patient souffrait de migraines chroniques et des troubles obsessionnels compulsifs (F42), depuis 2017, le poussant à se laver les mains de manière répétée chaque fois qu'il touchait quelque chose et à porter des gants afin d'éviter d'entrer en contact avec des objets. A son avis, ces TOC empêchaient son patient de reprendre toute activité et le potentiel de réadaptation était selon elle « *très mauvais* » (pièce OAI 22).

Egalement appelé à donner son avis, le Dr E \_\_\_\_\_ du CCPP a observé, le 30 mars 2018, que son patient présentait des pensées obsessionnelles (inquiétudes concernant la saleté, les microbes, les déchets, les sécrétions corporelles ou des contaminations), des angoisses avec des manifestations physiques sévères (tachycardies, difficultés respiratoires, tremblements) et des compulsions de lavages excessifs et ritualisés des mains à raison de plusieurs heures par jour. A son avis, le TOC, de forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2), était actuellement d'intensité modérée à sévère, avec une évolution positive qu'il a qualifiée de très progressive par une augmentation de la résistance aux obsessions et aux compulsions et une diminution de la durée des symptômes. Cependant, le psychiatre a estimé qu'une incapacité de travail totale (qui avait débuté le 15 septembre 2017) dans toute activité et de longue durée était prévisible, en raison des importantes limitations fonctionnelles que ce trouble entraînait (troubles importants de la concentration, de l'attention et de la mémoire ; difficultés de planification et d'exécution des tâches ; perte de capacités d'adaptation ; angoisses importantes entraînant une désorganisation générale ; fréquence de lavage des mains extrêmement élevée empêchant le déroulement adéquat de toute activité ; fatigabilité et grandes difficultés d'affirmation de soi). Le spécialiste a encore relevé que l'assuré disposait d'un certain nombre de ressources qui pouvaient être utiles à une réadaptation ; bonne motivation à améliorer son état de santé et à reprendre une vie professionnelle ; bon soutien familial, notamment sa sœur (qui lui a été désignée curatrice le 13 mars 2018) ; religion musulmane ; sportif (pièce OAI 23).

Dans le cadre de l'instruction menée par l'assurance perte de gain, un rapport d'expertise a été rendu le 14 avril 2018 par le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a relevé un TOC relativement atypique et une discordance manifeste entre l'allégation de grave trouble psychique et le fonctionnement quotidien de l'assuré qui pouvait relever, selon lui, d'une dramatisation et d'une amplification des plaintes. L'expert a en particulier noté qu'il était très actif, qu'il consacrait un temps important à la pratique de sa religion en passant, dès l'aurore, ses matinées à la mosquée, qu'il se rendait ensuite à la piscine où il partageait sans difficulté l'intimité des autres usagers dans un vestiaire humide, puis qu'il se rendait à nouveau en fin de journée à la mosquée. Le soir, l'intéressé s'occupait encore des enfants de sa sœur et ensuite, après un nouveau passage à la mosquée, surfait durant plusieurs heures sur internet afin de prendre des cours. Il a ajouté que, durant l'entretien, l'assuré ne s'était jamais rendu aux toilettes pour se laver les mains avec du savon et qu'il ne transportait non plus pas du produit désinfectant. De l'avis de l'expert, il existait ainsi des motifs qui sortaient largement du champ médical, dès lors qu'en présence d'un TOC

sévère, les sujets étaient en général incapables de sortir de chez eux ce qui n'était manifestement pas le cas de l'assuré. Il a dès lors retenu une pleine capacité de travail (pièce OAI 65, pp. 208 à 238).

Le 18 septembre 2018, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que les symptômes de son patient s'étaient péjorés en raison d'une volonté brutale de son épouse de divorcer ce qui avait nécessité une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz dès le 8 août précédent. Il a décrit que depuis le mois d'avril 2018, l'assuré souffrait également d'une schizophrénie sans précision (F20.9) qui se manifestait sous la forme d'hallucinations acoustico-verbales, d'idéations délirantes à thématique de persécution, d'un écho et contrôle de la pensée. Son pronostic était dès lors de mauvais (pièce OAI 30).

Dans un rapport du 12 octobre 2018, les spécialistes de l'Hôpital de Malévoz ont précisé que l'intéressé avait été hospitalisé dans leur établissement du 8 août 2018 au 27 septembre suivant en raison d'idées suicidaires par défenestration dans un contexte de séparation. Ils ont posé les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F20.0), de TOC avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan (F42.1) et d'embolie pulmonaire. Les spécialistes ont noté que la prise en charge multidisciplinaire au sein de l'établissement avait permis une diminution de l'anxiété et du caractère envahissant des TOC, ainsi qu'une stabilisation de la thymie et des symptômes psychotiques, permettant une transition vers un retour à la maison (pièce OAI 33).

Mandaté, le Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR) a relevé, le 14 novembre 2018, que les conclusions de l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ étaient pleinement probantes et qu'il existait ainsi tout un « *monde de discordance* » entre les déclarations de l'assuré et le status clinique observé. S'agissant de la nouvelle symptomatologie psychotique alléguée, le Dr G \_\_\_\_\_, généraliste du SMR, a soulevé sa concordance temporelle avec la fin des indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain et a estimé curieux que l'expert n'ait détecté aucune trace de celle-ci. Un nouvel avis était cependant encore nécessaire concernant l'embolie pulmonaire survenue en juillet 2018 (pièce OAI 35).

Le 3 janvier 2019, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'embolie pulmonaire était actuellement guérie. Selon elle, le seul problème majeur et incapacitant résidait dans le trouble psychiatrique (pièce OAI 38).

Un avis spécialisé a encore été requis au Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre au SMR. Celui-ci a rejoint, dans un avis médical interne du 14 février 2019, l'avis du Dr F \_\_\_\_\_ et a estimé que les conclusions du CCPP n'étaient pas soutenables et celles de l'Hôpital de

Malévoz contradictoires. Selon lui, ces derniers n'étaient ainsi pas assez précis dans la description clinique, si bien qu'un diagnostic de schizophrénie paranoïde ne pouvait pas être retenu (pièce OAI 40).

**C.** Le 19 février 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des prestations AI, au motif qu'il ne présentait aucune incapacité de travail depuis le 21 mars 2018 (date de l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_), puis depuis sa sortie de Malévoz le 27 septembre suivant. Dans cette mesure, l'OAI a soutenu qu'il ne remplissait pas les conditions lui ouvrant un droit à des prestations et pouvait reprendre n'importe quelle activité (pièce OAI 41).

Dans un courrier du 8 mars 2019, la Dresse C \_\_\_\_\_ a fait part de son étonnement quant à ce projet de décision. Elle a simplement soutenu que la situation de santé de son patient s'était encore dégradée (pièce OAI 42). Le 2 avril suivant, X \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il souhaitait s'opposer au projet de décision du 19 février 2019 (pièce OAI 45).

L'assuré a ensuite produit un rapport du 13 avril 2019 de son nouveau psychiatre-traitant, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel attestait une incapacité de travail totale dans toute activité. De l'avis de ce spécialiste, son patient présentait plus des manières que des vrais rituels de lavages. Il a également observé des symptômes hallucinatoires cinesthésiques de l'hémicorps sous la forme de fourmillements et de céphalées avec une importante anxiété et agitation psychomotrice. Le psychiatre traitant a dès lors retenu un trouble délirant persistant sans précision (F22.9) et une anxiété généralisée (F41.1), incapacitants et défavorables pour une réadaptation (pièce OAI 46).

Le 26 avril 2019, les spécialistes du SMR ont soutenu que les descriptions faites par le Dr I \_\_\_\_\_ étaient subjectives et ne se basaient pas sur des éléments suffisants pour retenir un diagnostic précis. S'agissant de l'anxiété généralisée retenue par le psychiatre traitant, le SMR a indiqué que ce n'était pas un élément nouveau, dès lors qu'elle était l'une des caractéristiques du TOC. Le SMR a partant confirmé ses précédentes conclusions (pièce OAI 48).

Par décision du 2 mai 2019, l'OAI a nié tout droit de l'assuré à des prestations AI. Il a repris les motifs développés dans sa décision du 19 février précédent et a ajouté que les rapports médicaux des Drs C \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ n'apportaient pas de nouveaux éléments objectifs propres à remettre en doute les conclusions émises par le Dr F \_\_\_\_\_ (pièce OAI 49). Cette décision n'a pas été contestée.

**D.** X \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 12 mars 2020 en indiquant que son état de santé s'était nettement aggravé depuis sa dernière demande. Il a annexé un certificat d'incapacité de travail du 13 février 2020 au 13 mars suivant de son psychiatre traitant (pièces OAI 52 et 54).

Sur demande de l'OAI, le 25 avril 2020, le Dr I \_\_\_\_\_ a déclaré que les symptômes psychotiques et anxieux de son patient s'étaient aggravés de façon exponentielle depuis le 14 décembre 2018. Le psychiatre a décrit que l'assuré présentait désormais des hallucinations cinesthésiques lui procurant des sensations « bizarres » en cas de port de sous-vêtements. De plus, en raison de son anxiété, il n'était plus en mesure de conduire ou d'être en présence de ses proches et le traitement antipsychotique restait sans effets. Selon lui, la symptomatologie était totalement incapacitante (pièce OAI 57).

Ce nouvel avis a été soumis au SMR le 1<sup>er</sup> mai 2020 qui a soutenu que la symptomatologie décrite par le Dr I \_\_\_\_\_ était la même que celle retenue dans son précédent rapport du 13 avril 2019. De l'avis du psychiatre du SMR, ce rapport ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré (pièce OAI 59).

Reprenant l'avis du SMR, l'OAI a indiqué à l'intéressé, le 7 mai 2020, qu'il allait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 12 mars précédent (pièce OAI 60). Par décision du 18 juin 2020, l'OAI a confirmé le refus d'entrée en matière sur cette nouvelle demande (pièce OAI 61).

**E.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre cette décision le 21 juillet 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'il ordonne la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique puis rende une nouvelle décision tenant compte du résultat de celle-ci. Il a également requis l'assistance judiciaire totale avec désignation de son avocat comme défenseur d'office, ce qui lui a été accordé par décision présidentielle du 7 septembre 2020 (S3 20 45). Le recourant a fait valoir que le rapport du 18 septembre 2018 du Dr E \_\_\_\_\_ n'avait pas été pris en compte et qu'il présentait de nombreux symptômes incapacitants. Par ailleurs, il faisait l'objet d'une mesure de curatelle limitant l'exercice de ses droits civils. A son avis, l'OAI n'avait ainsi pas pris en considération la réalité médicale du dossier et notamment les grandes divergences d'appréciation entre les différents intervenants, ce qui justifiait le prononcé d'une expertise neutre.

Dans sa réponse du 3 novembre 2020, l'OAI a affirmé que l'ensemble des pièces médicales au dossier, dont le rapport du 18 septembre 2018, avait été pris en

considération dans l'analyse détaillée du SMR, si bien qu'une expertise ne se justifiait pas.

Le 12 novembre 2020, le recourant a maintenu ses arguments développés dans son recours et a reformulé ses conclusions, demandant, à titre principal, l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2018 et subsidiairement le renvoi du dossier à l'OAI. Il a joint deux nouveaux rapports de son médecin traitant des 6 septembre 2018 et 8 mars 2019, lequel attestait d'une péjoration progressive de l'état de santé de son patient qui avait nécessité une prise en charge psychiatrique, une mise sous curatelle, puis une hospitalisation à Malévoz. Il a aussi annexé un certificat médical du 28 septembre 2018 du Dr E \_\_\_\_\_ attestant que la mise en place d'une aide-ménagère deux fois par semaine avait été nécessaire.

En l'absence de nouvelles observations, l'échange des écritures a été clos le 16 décembre 2020.

### **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 21 juillet 2020, le présent recours à l'encontre de la décision du 18 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 et 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 n'a pas retenu qu'une aggravation de l'état de santé du recourant avait été rendue plausible et, partant, a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 12 mars 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.** Il est rappelé qu'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. 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 du recourant tendant à ce stade à l'allocation d'une rente est irrecevable.

**4.** Dans le cas d'espèce, il sied uniquement d'examiner si le recourant a rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise, soit le 18 juin 2020, une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue le 2 mai 2019 et entrée en force, reposant sur un examen matériel complet du droit à des prestations AI.

**4.1.** A titre liminaire, 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) ou, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (arrêt 8C\_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités).

**4.2.** Lors de la première procédure qui a conduit à la décision du 2 mai 2019 refusant au recourant tout droit à des prestations AI, l'OAI s'était principalement fondé sur l'expertise du 14 avril 2018 du Dr F \_\_\_\_\_, dont les conclusions avaient été reprises par le SMR. L'expert avait en particulier relevé les importantes discordances entre les déclarations du recourant et ses constatations médicales, si bien que le TOC atypique présenté par celui-ci n'entraînait aucune incapacité de travail. S'agissant de la schizophrénie paranoïde retenue par le psychiatre traitant, le SMR avait estimé que ce diagnostic ne reposait que sur les déclarations subjectives du recourant et qu'aucun élément objectif ne permettait de le confirmer, ce d'autant plus que l'expert n'avait observé aucun signe y relatif.

**4.3.** Dans le cadre de sa nouvelle demande du 12 mars 2020, déposée moins d'une année après la décision de l'OAI lui refusant tout droit à des prestations AI, le recourant a produit un nouveau rapport de son psychiatre traitant. Dans le cadre de la procédure judiciaire, il a encore versé en cause deux rapports de la Dresse C \_\_\_\_\_ et un certificat médical du Dr E \_\_\_\_\_, tous antérieurs à la décision du 2 mai 2019, et certains figurant d'ailleurs déjà au dossier. Ceux-ci ont donc déjà été pris en compte lors de la première procédure et n'entrent ainsi pas en considération pour l'examen du caractère plausible ou non d'une aggravation de la situation. Il en va de même pour le rapport du 18 septembre 2018 du Dr E \_\_\_\_\_ discuté par le SMR dans son avis du 14 novembre suivant (pièce OAI 35).

Il convient dès lors de se baser uniquement sur le rapport du 25 avril 2020 du Dr I \_\_\_\_\_ pour déterminer si l'OAI a, à juste titre, refusé d'entrer en matière. Dans ce rapport, le psychiatre traitant a prétendu que les symptômes psychotiques et anxieux s'étaient aggravés de façon exponentielle malgré un traitement antipsychotique et antidépresseur soutenu. Il a ajouté que le recourant avait développé des hallucinations auditives et cinesthésiques (liées au port de sous-vêtement) et une anxiété l'empêchant de conduire ou d'être en présence de proches.

Cela étant, il sied de relever que la symptomatologie décrite par le Dr I \_\_\_\_\_ était déjà présente lors de la dernière décision du 2 mai 2019. Il n'a ainsi posé aucun nouveau diagnostic et a décrit des symptômes et des plaintes qui avaient essentiellement déjà fait l'objet d'investigations dans le cadre de la première procédure et avaient à raison été écartés. Ce psychiatre traitant ne fournit par ailleurs aucune indication précise (sur le plan clinique et sur le plan diagnostique) qui permettrait d'admettre une aggravation des symptômes telle qu'ils seraient incapacitants pour le recourant. Plus particulièrement, il s'est limité à énumérer certains symptômes de manière générale sans les placer dans un examen clinique qui aurait permis concrètement de justifier son point de vue. Il ne donne pas plus d'explications au taux d'incapacité de travail de 100% qu'il retient. En l'état, son avis ne constitue ainsi qu'une appréciation différente des conséquences de la situation médicale qui est en outre basée sur les plaintes subjectives de son patient et manifestement influencée par le rapport particulier qui le lie à celui-ci (sur la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants : ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 125 V 351 consid. 3a/cc et les références). Le seul fait qu'un spécialiste émette une appréciation différente au sujet de la capacité de travail ne permet de toute manière pas encore de conclure à l'existence d'un motif de révision (arrêt I 671/99 du 11 février 2000 consid. 2b).

Il convient donc de considérer que l'on se trouve dans une situation inchangée depuis celle qui prévalait en mai 2019, dans la mesure où le rapport du 25 avril 2020 du Dr I \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément objectif nouveau d'une aggravation significative permettant de conclure à une diminution de la capacité de travail du recourant, étant rappelé que l'assurance-invalidité devait se limiter à examiner si les allégations présentées par ce dernier étaient crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Or, après avoir reçu le projet de décision du 7 mai 2020 l'informant qu'aucun nouvel élément médical objectif propre à rendre plausible une aggravation de son état de santé n'avait été apporté, le recourant n'a pas été en mesure de produire un autre rapport objectivant son point de vue. En outre, le taux d'incapacité de travail de 100% retenu par le Dr I \_\_\_\_\_, qui n'est d'ailleurs fondé sur aucun élément concret, apparaît dès lors totalement injustifié, en présence d'une symptomatologie alléguée mais aucunement objectivée à l'instar de la situation qui avait été observée par l'expert F \_\_\_\_\_ en 2018. A cela s'ajoute encore que le mal-être ressenti par le recourant à la suite de la demande de divorce de son épouse relève manifestement de considérations psychosociales qui n'ont pas à être prises en charge par l'assurance-invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; VSI 2000 p. 149 consid. 3 ; arrêt 9C\_752/2007 du 3 novembre 2008 consid. 4).

Au demeurant, on ne voit pas en quoi la mesure de curatelle de représentation et de gestion, qui limite l'exercice de ses droits civils dans la gestion financière, lui causerait une incapacité de travail ; en particulier dans son activité habituelle d'aide de cuisine ou d'ouvrier dans la construction (cf. en ce sens l'arrêt 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.1). Cette curatelle le limite du reste aux actes ayant trait à sa gestion financière et ne fait aucunement état d'une capacité de discernement entravée (le certificat médical du 4 octobre 2017 de la Dresse C \_\_\_\_\_ produit au stade de la réplique n'est à cet égard aucunement probant). En outre, si tel avait été le cas, le consentement de l'autorité de protection de l'adulte aurait dû être requis par sa curatrice, respectivement son représentant conventionnel, pour pouvoir plaider au nom du recourant (art. 416 al. 1 ch. 9 et al. 2 CC). Cela n'a cependant pas été fait et ne ressort de surcroît pas des compétences octroyées (et limitées à la gestion financière) à la curatrice par la lettre de nomination du 13 mars 2018, ce qui aurait dès lors dû conduire à l'irrecevabilité du recours (arrêt 6B\_70/2020 du 28 avril 2020 consid. 3.2 et 3.3).

**4.4.** Eu égard à ce qui précède, le Tribunal considère que le recourant n'a apporté aucun élément médical objectif nouveau ni rendu plausible une détérioration de sa situation durant la période sujette à examen, soit entre mai 2019 et juin 2020. Dès lors, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande, ni à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires.

Partant, le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté et la décision du 18 juin 2020 confirmée.

**5.** Par décision présidentielle du 7 septembre 2020, X \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale.

**5.1.** 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 fr., 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).

**5.2.** 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, le mandataire du recourant a produit un recours de cinq pages, une réplique de deux pages et un courrier supplémentaire, le tout accompagné d'une quarantaine de copies (au tarif de 50 centimes la copie ; ATF 118 Ib 349 consid. 5 ; RVJ 2002 p. 316 consid. 2b). Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures déposées par le recourant, de l'activité de travail utile déployée par son avocat (estimée à 5 heures), de l'ampleur du dossier et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe les honoraires de Me de Werra à un montant arrondi de 1000 fr., débours et TVA compris.

Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse 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).

### **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'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. Un montant de 1000 francs sera versé à Me Guérin de Werra par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 25 avril 2022.