

S1 23 106

**ARRÊT DU 30 SEPTEMBRE 2025**

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

Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(Refus d'augmentation d'une rente d'invalidité, capacité de travail)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né en 1966, ressortissant A \_\_\_\_\_, est arrivé en Suisse en 1991. Sans formation professionnelle, il a exercé le métier de ferblantier-couvreur jusqu'en 2008.

Souffrant du dos, notamment à la suite d'une chute d'un toit sans fracture survenue le 30 juin 2007, il s'est annoncé auprès de l'assurance-invalidité en avril 2008. L'OAI a alors recueilli les renseignements médicaux et économique usuels.

Dans un rapport du 5 mai 2008, le Dr B \_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé le diagnostic de maladie de Bechterew (spondylarthrite ankylosante) et a estimé que son patient ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle mais qu'il était en mesure d'exercer une profession à mi-temps, en position alternée, sans travaux lourds et sans ports de charges excédant 15 kg. Il a noté une nette diminution de l'endurance et a considéré qu'il n'y avait pas de limitations au plan psychique et mental. Cette capacité de travail a été confirmée dans un avis du 29 janvier 2009, puis du 15 juin suivant.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ayant considéré qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de ces conclusions, l'OAI a, par décision du 16 février 2010, mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 51%, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2008 et lui a refusé un reclassement, tout en lui accordant une aide au placement.

**B.** Dans un nouvel avis du 30 mars 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a souligné que son patient était en grande difficulté financière compte tenu de ses faibles revenus et du fait qu'il avait cinq enfants. Il a évoqué un état dépressif en suggérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En outre, un stage effectué auprès Trempl'intérim dans le cadre de l'aide au placement n'avait pas donné les résultats escomptés en raison de la non-acceptation de la situation par l'intéressé.

Compte tenu de ces éléments, le SMR a considéré qu'une telle expertise se justifiait et l'a confiée à la Clinique romande de réadaptation (CRR). A la suite d'exams pratiqués par les Drs C \_\_\_\_\_ (rhumatologue) et D \_\_\_\_\_ (psychiatre), la Dresse E \_\_\_\_\_, experte principale, a synthétisé les avis dans un rapport du 13 décembre 2010. Les experts ont conclu à une atteinte significative à la santé comportant une spondylarthrite ankylosante et une modification durable de la personnalité succédant à

un état de stress post traumatique. Il a été relevé que l'assuré ne sortait presque plus et que ses contacts sociaux étaient très limités. En outre, la position assise ne pouvait être tenue plus de quinze minutes durant l'entretien. Les experts ont ainsi estimé que le taux d'incapacité de travail était de 100% dans quelque activité que ce soit depuis le 11 décembre 2007. L'état de l'assuré était peu susceptible d'évoluer, le pronostic étant extrêmement réservé.

Ces conclusions ont été corroborées par le Dr F \_\_\_\_\_, psychiatre au sein du SMR, ce dernier estimant toutefois que le début de l'invalidité du point de vue psychiatrique se situait en mars 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ ayant noté des problèmes psychiques pour la première fois à cette date.

Par décision du 12 juillet 2010, l'OAI a ainsi accordé à l'assuré une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2010.

**C.** A la suite d'une révision initiée en mai 2014, la rente entière a été maintenue par communication du 24 février 2015.

Des mesures de surveillance mises en place par le Service de protection des travailleurs et ensuite par l'OAI en octobre 2016 et mars 2017 ont mis en évidence que l'intéressé aidait son fils, gérant d'un restaurant à Martigny, notamment en installant du mobilier sur la terrasse, en procédant à certains achats de marchandises et en officiant comme agent de sécurité privé.

Compte tenu du résultat de ces mesures d'observation, l'OAI a suspendu le droit aux prestations de l'intéressé par décision du 11 juillet 2017, avec effet au 31 juillet suivant, tout en poursuivant l'instruction du dossier.

Le Dr B \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un rapport du 2 août 2017 dans lequel il a fait état de cervico-dorso-lombalgies d'allure mixte décrites comme invalidantes, de céphalées fréquentes, de scapulalgies plus marquées du côté gauche non dominant, de gonalgies et de douleurs des chevilles. Il a également fait mention d'un état dépressif toujours présent, avec des idées noires. Compte tenu de ces observations, il a estimé que la situation médicale de son patient ne s'était pas améliorée par rapport à l'expertise de la CRR de 2010.

**D.** Par écriture du 4 septembre 2017, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision de suspension de sa rente, en concluant à son annulation. Il a également requis la restitution de l'effet suspensif de son recours. Il a fait valoir que les observations d'août

2016 et de mai 2017 ne démontraient pas la réalisation d'une activité professionnelle et qu'il s'agissait de simples coups de main donnés à son fils. Il a enfin fait valoir que la surveillance dont il avait été l'objet était illicite et que dès lors les éléments recueillis à cette occasion devaient être retirés du dossier.

Dans sa réponse du 10 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, soutenant que la surveillance de l'assuré était licite en raison de sa faible intensité (un jour en 2016 et trois jours en 2017) et que dès lors ces observations pouvaient être admises comme preuves. Sur la suspension, il a considéré qu'elle était justifiée compte tenu du faisceau d'indices en faveur d'une amélioration de l'état de santé du recourant.

Le 20 novembre 2017, l'assuré a répliqué en maintenant que sa situation médicale ne s'était pas améliorée et a confirmé que les preuves acquises lors de la surveillance (vidéos et photos) devaient être écartées du dossier.

Par décision présidentielle du 19 décembre 2017 (S3 17 66), la requête de restitution de l'effet suspensif a été rejetée.

**E.** Dans le cadre des mesures d'instructions mises en place à la suite de la suspension de la rente d'invalidité de l'assuré, l'OAI l'a convoqué pour un examen clinique auprès du SMR.

Dans son rapport du 19 septembre 2017, le Dr G \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a relevé d'importantes discordances entre les plaintes de l'assuré et les observations cliniques. Il a estimé que le terme de maladie de Bechterew était inadéquat et devait être remplacé par celui de spondylarthrite, étant donné que l'inflammation ne s'était pas diffusée au niveau rachidien et qu'elle n'avait provoqué aucune fusion ankylosante vertébrale. Même en faisant abstraction du comportement démonstratif et de l'amplification des plaintes, il n'a pas exclu que l'intéressé souffre de lombalgies ou de rachialgies et que la spondylarthrite soit restée plus ou moins symptomatique, raison pour laquelle il a reconnu une incapacité de travail de 50% à l'instar de ce qui avait été reconnu en 2009 par le SMR.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré a été examiné par le Dr H \_\_\_\_\_. Ce dernier a considéré que l'assuré ne souffrait d'aucune symptomatologie psychiatrique d'une intensité telle qu'elle pourrait être incapacitante, seul un épisode dépressif léger pouvant être admis. Il a estimé que les diagnostics posés par le Dr D \_\_\_\_\_ d'état post-traumatique (F 43.1) et de modification durable de la personnalité succédant à un état de stress post-traumatique (F 62.0) ne pouvaient pas être retenus, aucune différence

essentielle dans la personnalité de l'assuré ne pouvant être relevée entre la période précédant et celle suivant l'accident de 2007. En outre, contrairement aux constatations faites par le Dr D \_\_\_\_\_ en 2010, les fonctions intellectuelles de l'assuré n'étaient pas ralenties, la thymie n'était pas abaissée et il n'existait pas d'idées suicidaires. Les seules plaintes spontanées étaient liées à des difficultés financières en lien avec l'établissement public de son fils et avec ses douleurs rhumatologiques. De plus, les antidépresseurs prescrits n'avaient été pris que de manière très partielle durant les dix dernières années et les analyses actuelles avaient permis de douter de la prise régulière de ces médicaments. Aucune incapacité de travail d'origine psychiatrique ne pouvait ainsi être documentée à la date de l'examen, soit au 19 septembre 2017, ni dans les mois précédents celui-ci, en particulier au moins depuis le mois d'octobre 2016, lors des premiers enregistrements vidéo effectués lors de la surveillance de l'assuré par les organes étatiques de protection des travailleurs.

Compte tenu du résultat de cet examen clinique, l'OAI a notifié le 4 décembre 2017 à l'assuré un projet de décision dans lequel le degré d'invalidité de l'assuré était fixé à 51% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 et sa rente entière diminuée à une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> février 2017. Il a estimé que l'assuré ne l'avait fautiveusement pas informé de l'amélioration de son état de santé et que dès le mois d'octobre 2016, une capacité de travail résiduelle de 50% pouvait lui être reconnue.

Du 8 novembre au 7 décembre 2017, l'assuré a été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de I \_\_\_\_\_ pour une recrudescence d'une symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires scénarisées par tentamen médicamenteux et par pendaison (rapport des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2017). Était ainsi retenu un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Une amélioration de la symptomatologie dépressive avait pu être constatée durant le séjour par l'intermédiaire d'un traitement psychiatrique intégré.

Le 23 janvier 2018, l'assuré s'est opposé au projet de réduction de sa rente d'invalidité, au motif que son état de santé psychique s'était dégradé. Il a complété cette prise de position le 29 janvier suivant en produisant un avis du Dr B \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018, selon lequel l'état dépressif de son patient était préoccupant.

Dans un avis du 5 février 2018, le SMR, sous la plume du Dr H \_\_\_\_\_, a estimé que le rapport des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ n'apportaient pas la preuve médicale d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, faute de description clinique des symptômes ; en outre, le trouble dépressif récurrent ne pouvait être admis faute de

traitement régulièrement suivi antérieurement à l'hospitalisation, ce d'autant plus qu'aucun symptôme moyen à sévère n'avait pu être mis en évidence lors de l'examen clinique de septembre 2017.

Par décision du 9 mars 2018, l'OAI a ainsi émis sa décision de réduction de la rente d'invalidité de l'assuré à une demi-rente, avec effet au 1<sup>er</sup> février 2017.

**F.** X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre cette décision le 30 avril 2018 en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2017 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

Par jugement du 4 février 2020 (S1 17 176 / S1 18 107), la Cour de céans a rejeté les recours de l'intéressé (suspension de la rente et diminution de celle-ci), en considérant que la surveillance qui avait été effectuée pouvait être utilisée, que la valeur probante de l'avis psychiatrique du Dr H \_\_\_\_\_ était avérée et que c'était ainsi à juste titre que l'OAI avait suspendu puis réduit la rente du recourant.

Par jugement du 10 juillet 2020 (9C\_195/2020), le Tribunal fédéral a rejeté le recours que l'intéressé avait formé contre le jugement du Tribunal cantonal et a confirmé ce dernier.

**E.** Dans l'intervalle, soit le 20 août 2018, le représentant de l'assuré a transmis à l'OAI un avis médical du Centre de compétences en Psychiatrie Psychothérapie (CCPP) Martigny du 9 août précédent, établi par le Dr L \_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du CCPP et la Dre M \_\_\_\_\_, médecin assistante. Ces derniers avaient retenu un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) qui induisait une incapacité complète de travail. Depuis la sortie de I \_\_\_\_\_, l'évolution de l'état psychique avait rapidement été marquée par la recrudescence de la symptomatologie dépressive sévère. L'assuré avait en outre présenté des hallucinations auditives et visuelles ainsi que des comportements bizarres, avec une thymie abaissée, une perte d'estime de soi et des ruminations. Selon les psychiatres, l'état psychique du patient ne permettait pas une reprise du travail et le pronostic était défavorable.

L'assuré a été hospitalisé une seconde fois à I \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2018 au 15 novembre 2018.

La Dre M \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 23 mars 2019, a indiqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) avait été retenu, un diagnostic de modification durable de la

personnalité succédant à un état de stress post-traumatique ayant également été évoqué. La Dre M \_\_\_\_\_ a listé les symptômes suivants : baisse de l'humeur avec tristesse mais moins prononcée qu'avant l'hospitalisation, aboulie, anhédonie, perte d'espoir, sentiment de culpabilité et idée de dévalorisation, ralentissement psychomoteur, idées suicidaires, troubles du sommeil, hallucinations acoustico-verbales, troubles de la concentration et de la mémoire. Depuis la sortie de l' \_\_\_\_\_, la situation s'était légèrement améliorée, la capacité de travail restant cependant nulle.

A la suite du jugement du Tribunal fédéral du 10 juillet 2020, l'OAI a requis des informations du Dr B \_\_\_\_\_, lequel a considéré que lors de sa dernière consultation le 17 juin précédent, la situation était inchangée.

Le 28 septembre 2020, le CCPP a précisé que l'assuré n'avait pas consulté depuis la fin de l'année 2018, mais qu'il était hospitalisé à l' \_\_\_\_\_ (3<sup>ème</sup> séjour) depuis le 18 septembre précédent. Ce séjour a duré jusqu'au 30 septembre 2020.

Dans un avis du 18 mars 2021, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique, afin de clarifier l'évolution depuis son dernier examen de septembre 2017 par le Dr H \_\_\_\_\_. Par pli du 8 septembre 2021, l'OAI a requis certaines informations du CCPP. Ce dernier, sous la plume de la Dre O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint auprès du CCPP, lui a répondu le 1<sup>er</sup> octobre suivant en indiquant que l'évolution clinique restait défavorable tant sur le plan de l'humeur que sur le plan psychotique et somatique se cristallisant avec le temps. Elle relevait une persistance des troubles du sommeil, avec des réveils nocturnes multiples et réveils matinaux précoces. Sur le plan de l'humeur, étaient mentionnés un abaissement thymique avec une anhédonie, une aboulie, une perte d'élan vital et une fatigabilité accrue. Le patient était régulier dans le suivi, à raison d'une consultation médicale une à deux fois par mois, et était compliant aux traitements médicamenteux et partiellement aux propositions de psychothérapie, compte tenu d'une faible capacité d'introspection et d'une psychorigidité rendant incertain l'accès à de telles thérapies. La capacité de travail restait cependant nulle.

Le Dr H \_\_\_\_\_ a procédé à son examen clinique le 11 janvier 2022. Dans son rapport du 17 octobre 2022, ce spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F 33.10), autres troubles anxieux sans précision, (F 41.9) et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Ont notamment été exclus les diagnostics de troubles somatoformes, de modification durable

de la personnalité succédant à un état de stress post-traumatique (F 62.0) et d'état post-traumatique. Le Dr H \_\_\_\_\_ a en outre relevé le manque de régularité dans le suivi psychique, soulignant qu'il n'y avait pas de traitement suivi régulièrement entre 2017 et 2020. Il a estimé que le trouble dépressif récurrent induisait une réduction de la capacité de travail, mais que cette dernière demeurait à plus de 60%. Il a également souligné que la personnalité de l'assuré était marquée par une réticence à donner des informations, une rigidité mentale, une non compliance aux traitements pendant de très longues périodes et une incapacité à se remettre en question. Le Dr H \_\_\_\_\_ a également procédé à une analyse des traitements médicamenteux suivis par l'assuré, en constatant qu'il n'y avait eu aucun traitement antidépresseur en 2019 de février à juillet 2020 et d'octobre à décembre 2020, l'arrêt du traitement initié en août 2020 étant de la responsabilité de l'assuré. A partir du début de l'année 2021, il était vraisemblable que l'intéressé ait pris son traitement jusqu'à la date de l'examen, soit en janvier 2022. Compte tenu des périodes de traitement suivi et des interruptions, le Dr H \_\_\_\_\_ a ainsi conclu à la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, sous traitement, depuis décembre 2020 (F 33.10).

A la suite de l'examen clinique du SMR, l'OAI a établi un projet de décision visant à refuser d'augmenter la rente d'invalidité perçue par l'intéressé, au motif que son état de santé n'avait subi aucune modification sur le plan psychiatrique de 2017 à 2020. Depuis janvier 2021, sa situation psychique demeurait ainsi compatible avec l'exercice de n'importe quelle activité lucrative légère et adaptée à 60%, avec un rendement normal. Sa demi-rente AI, fondée sur un degré d'invalidité de 51% était dès lors maintenue.

Dans un courrier de son mandataire du 18 novembre 2022, l'assuré a estimé que le rapport du Dr H \_\_\_\_\_ était inexploitable, étant donné que neuf mois s'étaient écoulés entre la date de l'examen et la rédaction du rapport final, de sorte que ledit rapport ne pouvait refléter la réalité des faits constatés des mois auparavant. Il a ainsi requis la mise en œuvre d'une expertise externe.

Le 28 février 2023, la Dre P \_\_\_\_\_, médecin assistante au CCPP de Martigny, a indiqué que l'état de santé mental de l'assuré était stationnaire depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021, qu'elle voyait son patient une fois par mois et que ce dernier n'était pas suivi par un psychologue, son suivi infirmier ayant été interrompu en avril 2021. Elle a estimé que le diagnostic était un trouble dépressif récurrent, son état à ce moment-là étant sévère avec des idées noires et des symptômes psychotiques.

Dans un avis du 8 mars 2023, le Dr H \_\_\_\_\_ du SMR a maintenu ses conclusions initiales, en considérant que le diagnostic à retenir était celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique (F 33.10). Il a considéré que les récents rapports médicaux ne démontraient pas d'aggravation de la situation.

L'assuré s'est déterminé le 10 mai 2023 en soutenant que son traitement médicamenteux avait été modifié à plusieurs reprises, sans amélioration notable. Il a relevé que le Dr B \_\_\_\_\_ et le CCPP confirmaient un risque suicidaire important et que sa situation s'était aggravée. Il a ainsi conclu à l'octroi d'une rente entière.

Par décision du 2 juin 2023, l'OAI a maintenu son projet de décision et a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, en retenant que son état de santé psychiatrique n'avait subi aucune modification de 2017 à 2020 et que dès janvier 2021, une capacité de travail de 60% dans toute activité légère et adaptée était exigible. L'OAI a en particulier affirmé que l'intervalle de 9 mois entre l'examen clinique et la présentation du rapport du Dr H \_\_\_\_\_ ne remettait pas en cause la validité des conclusions posées et que ses constatations étaient détaillées, précises et claires.

**F. X \_\_\_\_\_** a interjeté recours céans contre cette décision le 7 juillet 2023 en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et de dépens. Il a fait valoir qu'il était incapable d'exercer une quelconque activité lucrative et a insisté sur le fait que ses médecins traitant attestaient une incapacité de travail complète. Il a critiqué la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H \_\_\_\_\_ en soulignant que ce dernier n'avait absolument pas tenu compte des avis de ses médecins traitants, et que le délai de neuf mois pour établir le rapport était clairement excessif. Il a dès lors requis subsidiairement dans ses conclusions la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

A la suite de la demande d'avance de frais établie par le Tribunal, le recourant a requis par pli du 8 août 2023 d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, Me Michel De Palma lui étant désigné comme avocat d'office. Cette requête a été rejetée par décision présidentielle du 23 novembre 2023 (S3 23 37). Le recourant a dès lors payé l'avance de frais de 500 fr. requise par la Cour de céans en date du 7 décembre 2023.

Le 12 décembre 2023, le recourant a déposé en cause un avis de la Dre P \_\_\_\_\_ du CCPP du 19 octobre 2023, dans lequel cette dernière a attesté une incapacité de travail complète en raison des troubles psychiatriques chroniques et sévères, ajoutant que le pronostic était réservé, une stabilisation de la situation étant probable mais une amélioration semblant moins probable. Enfin, les taux plasmatiques liés à son traitement médicamenteux montraient que l'assuré était observant à ce dernier.

Dans sa réponse du 13 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en renvoyant à la motivation de la décision attaquée. Il a joint à son envoi un rapport final du SMR du 7 février 2024 qui estimait que la situation n'avait pas évolué depuis sa dernière prise de position et que le rapport de la Dre P \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2023 n'apportait pas de nouveaux éléments.

Le recourant a répliqué le 21 mars 2024 en rappelant qu'il n'avait pas été condamné sur le plan pénal à la suite de la dénonciation de l'OAI pour obtention illicite de prestations d'assurance ou de l'aide sociale. Il n'était pas un quérulent, rappelant qu'il était suivi depuis longtemps sur le plan psychiatrique, que sa médication était en constante augmentation et qu'il avait effectué plusieurs séjours en hôpital psychiatrique. Ces éléments attestaient une incapacité de travail complète.

Par pli du 30 avril 2024, l'OAI n'a pas développé de nouveaux arguments.

Le 2 juin 2025, le recourant a transmis à la Cour de céans le jugement du Tribunal de Martigny et St-Maurice du 14 octobre 2024 le concernant, dont le dispositif mentionne que la poursuite contre X \_\_\_\_\_ pour obtention illicite d'une prestation d'assurance ou de l'aide sociale est définitivement classée en raison de la prescription de l'action pénale.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles observations des parties.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

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

Posté le 7 juillet 2023, le présent recours à l'encontre de la décision datée du 2 juin précédent et reçue le 7 juin 2023 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.

**1.2.** La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date étant donné que ce dernier a requis l'augmentation de sa rente en 2020, 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.

## **2.**

**2.1** Le litige porte sur le refus par l'OAI d'augmenter la rente d'invalidité perçue par le recourant, ce dernier estimant qu'il devrait être mis au bénéfice d'une rente entière compte tenu de son état de santé.

**2.2** A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa version 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 même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

A teneur de l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, le sens et le but de cette disposition est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, une fois entré en force l'octroi d'une rente doit avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et 9C\_1022/2012 précité consid. 3.3.1).

**2.3** 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 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).

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'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa 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).

**2.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 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, 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 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est non plus pas 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).

### **3.**

**3.1** En l'occurrence, le recourant requiert une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à une rente entière en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le dernier examen matériel de son droit.

Dans ce cadre, il convient de préciser que l'état de santé du recourant du point de vue somatique n'est pas contesté, ce dernier conservant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, élément admis par l'OAI. En revanche, la capacité de travail du point de vue psychique est litigieuse.

**3.2** Pour rappel, dans sa décision du 9 mars 2018 octroyant à l'intéressé une demi-rente d'invalidité, l'OAI avait repris les conclusions du SMR qui avait considéré dans son rapport du 5 février précédent qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant du point de vue psychique, le Dr H \_\_\_\_\_ excluant la présence d'un trouble dépressif récurrent.

**3.3** Pour confirmer le maintien de la demi-rente d'invalidité, l'OAI s'est basé sur le rapport du Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre au sein du SMR.

Le recourant insiste particulièrement dans son recours sur le fait l'intervalle entre l'examen clinique effectué (11 janvier 2022) et la date du rapport (17 octobre 2022) serait trop long et qu'un tel délai sèmerait le doute sur la pertinence et la fiabilité d'un rapport rédigé neuf mois après l'examen.

Le rapport établi par le Dr H \_\_\_\_\_ est particulièrement fouillé (34 pages) et comporte une synthèse complète et attentive du dossier médical du recourant. On ne voit pas en quoi le fait qu'il ait été rendu plusieurs mois après l'examen médical pourrait entacher la qualité de son contenu. Le spécialiste du SMR a pris en compte les plaintes du recourant (spontanées et sur demande), a retracé l'anamnèse professionnelle et familiale de l'intéressé. Lors de son examen clinique, il a pu constater que le recourant restait très précautionneux dans son discours et qu'il était sur ses gardes. Le Dr H \_\_\_\_\_ a procédé à une analyse détaillée des médicaments antidépresseurs pris depuis 2019, et est arrivé à la conclusion que pour les années 2019 et 2020, aucun traitement médicamenteux n'avait été pris régulièrement. Ce point n'est pas remis en cause par le recourant.

S'agissant des diagnostics à prendre en compte, ceux retenus par les médecins traitants du CCPP diffèrent de ceux listés par le Dr H \_\_\_\_\_. Le CCPP retient depuis de nombreuses années un trouble dépressif récurrent sévère, avec symptômes psychotiques (rapports du CCPP des 9 août 2018, 23 mars 2019 et 28 février 2023), le CCPP affirmant en 2023 que le recourant était suivi à raison d'un rendez-vous par mois et qu'il ne disposait pas d'un autre traitement psychologique. Après une analyse complète des prises de médicaments entre décembre 2020 et janvier 2022, le Dr H \_\_\_\_\_ a conclu de manière convaincante à la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, sous traitement bien conduit, depuis décembre 2020. Il a également nié l'existence de troubles psychotiques, en expliquant qu'en l'absence d'hallucinations auditives ou olfactives et compte tenu d'une humeur stable sans modification ni détérioration au cours du nycthémère, ils ne pouvaient être retenus.

Les rapports médicaux du CCPP ne permettent pas jeter le doute sur ces conclusions. En effet, ils sont largement moins motivés que le rapport du Dr H \_\_\_\_\_ et reprennent les diagnostics posés depuis de nombreuses années, sans tenir compte du fait que ceux-ci ont été invalidés lors de la précédente procédure devant la Cour de céans qui faisait suite à un examen clinique déjà effectué par le Dr H \_\_\_\_\_ le 19 septembre 2017. Certains diagnostics sont ainsi obsolètes (modification durable de la personnalité, état de stress post-traumatique) et ne peuvent ainsi être pris en considération. On ajoutera en outre que les psychiatres du CCPP ne font aucunement référence aux rapports du SMR, que ce soit pour critiquer les prises de positions du Dr H \_\_\_\_\_ ou pour étayer leur appréciation de la situation.

Si le Dr H \_\_\_\_\_ admet effectivement un trouble dépressif récurrent de degré moyen, sans syndrome somatique, il le fait débiter au mois de décembre 2020 et considère que la capacité de travail du recourant n'est pas altérée au point d'entraîner une modification à la hausse de son degré d'invalidité, ceci compte tenu du fait que l'incapacité de travail du point de vue rhumatologique lui permet déjà de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité.

Compte tenu de ces éléments, il convient de retenir à la suite de l'intimé que l'état de santé psychique du recourant ne s'est pas péjoré de manière à influencer sur son droit aux prestations, étant souligné qu'il est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. C'est dès lors de manière justifiée que l'intimé a refusé de procéder à une augmentation de la rente d'invalidité du recourant.

Le recours doit ainsi être rejeté et la décision de refus d'augmentation de rente du juin 2023, confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire comme requis par le recourant, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1).

#### **4.**

**4.1** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI).

Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 fr., au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Ce montant est compensé par la somme équivalente déjà versée à titre d'avance de frais.

**4.2** Le recourant n'ayant pas eu gain de cause il ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

**Prononce**

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

Sion, le 30 septembre 2025