

S1 22 168

ARRÊT DU 13 MAI 2025

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

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

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître David Métille, avocat, à Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; révision, nouvelle demande écartée)

Faits

A. X _____, né le xx.xx.xxxx, est titulaire d'un CFC d'employé de commerce et d'un CFC de maçon. De mars 2007 à février 2013, il a travaillé comme chauffeur-livreur-monteur à plein temps pour le compte de l'entreprise A _____, à B _____, pour un salaire mensuel de 4600 francs (pièces 7 et 35).

B.a Le 9 avril 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), en raison de lombalgies.

Le 9 juillet 2013, le Dr C _____ du service de réadaptation de la D _____ a posé les diagnostics de troubles lombaires dégénératifs L5-S1 avec réaction de type Modic 1 et de protrusion discale médiane droite au contact de la racine S1 droite, entraînant des douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le membre inférieur gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis février 2013 dans l'activité de chauffeur-livreur-monteur et une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pièce 42).

Le 4 mars 2014, l'assuré a été opéré d'une hernie discale L5-S1 à droite (pièces 67, 74, 76, 77 et 83). L'évolution a été favorable (pièce 85). En janvier 2015, il a été hospitalisé pour subir une décompression cervicale, en raison d'un syndrome radiculaire irritatif C6 sur hernie discale cervicale (pièce 119). Le 22 mai 2015, la Dresse E _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation fonctionnelle, a attesté que l'évolution était bonne et que le patient pouvait entreprendre un stage à l'OSEO (pièce 115). La mesure a toutefois dû être interrompue en raison des plaintes algiques de l'assuré (pièces 121 et 122).

Un séjour à la D _____ a dès lors été organisé du 5 au 25 août 2015 (pièce 138). Dans son rapport du 25 septembre 2015, le Dr C _____ a indiqué que le bilan biologique n'avait pas montré de syndrome inflammatoire, que l'ENMG n'avait pas mis en évidence d'atteinte périphérique ni de signe de radiculopathie et que les douleurs des membres inférieurs étaient mises sur le compte des douleurs référées du rachis. Il a ajouté qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue lors du consilium psychiatrique. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de position en porte à faux du tronc et pas de position prolongée statique assise et debout. Il a estimé que le pronostic de réinsertion était limité en raison de la situation socio-professionnelle complexe du patient (pièce 141).

B.b Afin de déterminer la capacité de travail exigible, le SMR a considéré qu'une expertise rhumatologique s'imposait (pièce 144, p. 295). Celle-ci a été confiée à la Dresse F _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du G _____, à H _____. Dans son rapport du 11 juillet 2016, l'experte a retenu les diagnostics de syndrome lombaire modéré résiduel et de syndrome cervical discret (pièce 159, p. 358 et 361). Elle a remarqué que ces troubles ne permettaient pas d'expliquer le niveau d'impotence allégué par l'assuré et l'échec des mesures de réadaptation et a suspecté une surcharge d'ordre psychique entravant la mobilisation des ressources (p. 358 et 362). Elle a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail statique, totalement sédentaire, pas de port de charges répétitif de plus de 5 kg et occasionnel de plus de 10 kg, pas de travail en flexion de la nuque, immobile devant un écran ou autre, pas de travail prolongé en flexion, en extension et en porte à faux du tronc et de la nuque et pas de micro-vibrations dans un véhicule plus de 4h/j (p. 359). De son point de vue, dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail n'était pas limitée (p. 359 et 363).

B.c Lors de l'entretien du 6 septembre 2016 avec le Service de réadaptation de l'OAI, l'assuré s'est plaint de ressentir des douleurs des hanches jusqu'aux pieds et de ne pas pouvoir marcher au-delà de 45 minutes. Il a expliqué avoir pris rendez-vous le 19 septembre 2016 avec le Dr I _____ du Service de neurologie de J _____ qui traitait son père pour une maladie auto-immune rare qu'il avait peut-être lui aussi (pièce 164).

Dans son rapport du 3 octobre 2016, le Dr I _____ a posé le diagnostic de suspicion de paraparésie spastique familiale (maladie de Strümpell-Lorrain). Il a observé une spasticité d'action à la marche et a estimé que l'assuré présentait vraisemblablement une paraparésie spastique familiale comme son père, que seuls des tests génétiques complexes et coûteux pouvaient confirmer (pièces 171 et 193). Il a ordonné un examen neurologique et a proposé d'introduire un traitement à faible dose pour la spasticité afin de voir s'il y avait une influence sur les lombalgies (pièce 171). A l'examen des potentiels moteurs du 10 novembre 2016, le Dr K _____, médecin-chef du Service de neurologie de J _____ a constaté une altération du faisceau corticospinal compatible avec une paraparésie spastique familiale (pièce 185).

Le 26 décembre 2016, le Dr I _____ a indiqué que la capacité de travail n'était pas limitée en position assise et alternée, mais qu'elle l'était en cas de port de charges, de marche dans des escaliers et en terrain irrégulier, notamment en raison des spasmes

douloureux qui n'avaient pas répondu au traitement *per os* et pourraient éventuellement être améliorés par une pompe intrathécale (pièces 190 et 193).

Mandaté, le SMR a pris note de la paraparésie spastique familiale objectivée par l'examen neurologique du Dr K_____ le 11 novembre 2016. Il a relevé que cette affection était susceptible de s'aggraver avec le temps, de sorte qu'il y avait lieu de tenir compte de limitations fonctionnelles supplémentaires lors du choix de l'activité professionnelle, à savoir : position de travail alternée (5-20% debout et 80-95% assis), port de charges répétitif limité à 5 kg et occasionnel limité à 10 kg, pas de travaux lourds, marche uniquement en terrain plat et pas plus de 20 minutes d'affilée, sans usage répétitif d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, pas de travaux répétitifs statiques, en flexion de la nuque, immobile devant un écran ou autre, pas de travaux répétitifs en porte-à-faux ou en flexion/extension de la nuque et du tronc et pas d'exposition aux vibrations d'un véhicule plus de 4h/j (pièce 203).

B.d Lors d'un entretien avec l'OAI en mai 2017, l'assuré a signalé qu'il n'allait pas bien psychologiquement et était fatigué par la situation, raison pour laquelle il avait consulté le Dr L_____ du M_____ (pièce 206). Interpellé, ce dernier a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il a décrit une irritabilité, de l'anxiété, une thymie abaissée, une perte de plaisir et d'intérêt, une asthénie, une aboulie, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité et des plaintes physiques récurrentes au niveau dorsal et des membres inférieurs (pièce 213).

Dès février 2018, l'assuré a été suivi par la Dresse N_____ du O_____, à P_____, à raison d'une séance toutes les 2-3 semaines, voire un mois (pièce 221). Dans son rapport du 29 octobre 2018, cette dernière a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de personnalité émotionnellement labile (F60.3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant, pour lesquels elle avait prescrit la médication suivante : Rivotril 0,5 mg (1-0-0), Sertraline 100 mg (2-0-0) et Temesta Expidet 1 mg (1-1-1). Elle a relevé une histoire de vie chaotique au niveau familial avec des comportements inadéquats du père sous forme de violence et d'attouchements sexuels selon les dires du patient. Elle a décrit un état de santé chronicisé et compliqué, marqué par une dépression matinale, des malaises, de l'irritabilité, des douleurs chroniques, une fatigabilité, une perte de l'élan vital, des relations instables, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles cognitifs, une perte de confiance en soi et des idées suicidaires. Elle a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis janvier 2018, en estimant le

pronostic mauvais dès lors que le patient ne disposait d'aucune ressource utile pour sa réinsertion professionnelle (pièce 243).

B.e Sur le plan somatique, le Dr I _____ a signalé, en septembre 2017, que la formule médicamenteuse mise en place convenait bien à l'assuré (pièce 217). Le 26 juin 2018, il a fait état d'une situation figée, en relevant que la spasticité des membres inférieurs, probablement familiale, était d'évolution très lente et ne nécessitait pour l'instant pas de stimulateur médullaire ou de pompe intrathécale (pièce 230), mesures qui étaient de toute façon refusées par le patient (pièce 242).

Sollicité, le SMR a estimé qu'une confirmation génétique du diagnostic n'était pas nécessaire puisqu'il n'y avait pas de traitement curatif de la maladie, mais uniquement symptomatique (pièce 240). Au vu de la faible argumentation clinique des troubles psychiatriques, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique (pièce 248). Celle-ci a eu lieu auprès du Q _____ les 4 et 5 février 2019 (pièce 253) et le rapport rendu le 26 mars 2019 (pièces 264 et 265).

Sur le plan somatique, le Dr R _____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu des rachialgies cervico-lombaires chronifiées sur troubles dégénératifs, un status après cure de hernie discale C5-C6 droite sans déficit neurologique résiduel, un status après cure de hernie discale L5-S1 sans atteinte radiculaire résiduelle et une suspicion de maladie de Strümpell-Lorrain en cours d'investigation, sans expression clinique significative au moment de l'examen (pièce 264, p. 604). Il n'a pas remarqué de spasticité significative ni de difficultés particulières à la marche, hormis une légère raideur. En revanche, il a noté que l'expertisé avait eu des urgences mictionnelles par le passé et souffrait de diarrhées depuis l'enfance. Il a estimé que même s'il existait une vivacité des réflexes et une certaine diffusion, la maladie - si elle était confirmée - n'entraînait pas pour le moment de conséquences fonctionnelles significatives dans une activité légère, sédentaire, sans engagement physique lourd et sans déplacements importants à pied. Il a conclu qu'en tenant compte à la fois des éléments liés au système locomoteur et à l'éventuelle atteinte neurologique (maladie de Strümpell-Lorrain), la capacité de travail était complète depuis 2013, dans une activité légère, sédentaire, en positions alternées, sans travaux lourds, sans port régulier de charges de plus de 10-15 kg, sans déplacements à pied importants et sans montées et descentes régulières d'escaliers et d'échelles (pièce 264, p. 608).

Sur le plan psychique, le Dr S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé une enfance difficile avec suspicion d'attouchements sexuels

et consommation de cannabis depuis l'âge de 16 ans. Il a observé passablement de colère, un certain « ras-le-bol » et une inhibition avec une asthénie/fatigabilité, sans véritable tristesse ni ralentissement psychomoteur ni idéation suicidaire exprimée. Il a retenu un trouble mixte de la personnalité (F61.0), non décompensé, sans troubles comportementaux majeurs ni atteinte de l'humeur et qui n'avait jamais empêché l'assuré de travailler, ainsi que des troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.24), sans répercussion sur la capacité de travail (pièce 265, p. 637 et 639). Il a noté que l'assuré était capable de fonctionner de manière autonome au quotidien, que son aptitude à communiquer était conservée, qu'il disposait d'un réseau social et de bonnes relations familiales (excepté son père), qu'il ne présentait pas d'atteinte cognitive et qu'il conservait un bon contrôle de ses affects et de ses pulsions. Il a dès lors conclu que sa capacité de travail était totale sur le plan psychiatrique.

Cette expertise bi-disciplinaire a été soumise au SMR qui a constaté, le 8 avril 2019, que les conclusions du neurologue ne changeaient pas fondamentalement de celles prises par la Dresse F _____ en 2016. Il a observé que le diagnostic de paraparésie spastique familiale - qu'il soit retenu ou non - n'avait pas de conséquences fonctionnelles significatives pour le moment. Ainsi, il a fait remonter la pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 25 août 2015, date de sortie de la D _____. Dès cette date, l'assuré était pleinement apte à exercer une activité en positions alternées, sans travaux lourds, sans port de charges supérieures à 10-15 kg, avec marche uniquement en terrain plat et pas plus de 20 minutes, sans usage répétitif d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, sans exposition aux vibrations d'un véhicule plus de 4h/j et dans le respect de l'hygiène posturale du rachis cervical et lombaire. Il a toutefois estimé que le pronostic professionnel était très mauvais pour des raisons non médicales liées au positionnement d'invalidé de l'assuré qui était dans l'attente d'une rente AI et était hors du circuit du travail depuis plus de six ans (pièce 267).

C.a Par projets de décision du 12 avril 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait, d'une part, lui refuser tout droit à des mesures professionnelles (pièce 270) et, d'autre part, lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1^{er} février 2014 au 30 novembre 2015, au motif qu'à partir du 25 août 2015, on pouvait attendre de lui l'exercice à 100% de n'importe quelle activité légère et adaptée aux limitations fonctionnelles médicalement admises, ce qui représentait un taux d'invalidité de 9% (pièce 272).

C.b Représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais, l'intéressé s'est opposé à ses projets le 28 mai 2019 (pièce 280). Il a remis divers documents dont notamment un

rapport de la Dresse N _____ du 7 août 2019, qui confirmait que le tableau clinique restait inchangé avec une symptomatologie anxieuse et dépressive accompagnée de douleurs chroniques et que l'état psychique du patient compromettait son adaptation sociale et entraînait une incapacité de travail totale (pièce 294), ainsi qu'un rapport du 6 août 2019 du Dr I _____ qui retenait, entre autres, le diagnostic de syndrome pyramidal fruste et qui doutait que l'assuré puisse travailler à plus de 40%, même dans une activité adaptée sans effort (pièce 297).

Sollicité, le SMR a pris position et a remarqué que le Dr I _____ ne pouvait pas confirmer le diagnostic de paraparésie spastique familiale et que cette maladie n'avait, quoi qu'il en soit, pas pour l'instant de conséquences fonctionnelles importantes, qu'elle soit *in fine* retenue ou non. Il a ajouté que la notion de spasticité (raideur) débutante des membres inférieurs avait été prise en compte par l'expert du Q _____ qui avait fixé les limitations y relatives, notamment en termes de marche. S'agissant de l'état dépressif récurrent mentionné, il a rappelé que tout diagnostic psychiatrique incapacitant avait été écarté par l'expert psychiatre (pièces 290 et 299).

C.c Nanti de ces conclusions, l'OAI a rendu une décision d'octroi de rente limitée dans le temps, le 7 novembre 2019, estimant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise du Q _____ et du SMR concernant la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles à prendre en considération (pièce 304).

D. Le 5 décembre 2019, l'assuré a recouru céans contre cette décision (S1 19 265), en concluant à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 novembre 2015, sous suite de frais et dépens, aux motifs qu'il y avait lieu de tenir compte de la paraparésie spastique familiale, qui limitait sa capacité de travail à 40% selon le Dr I _____, et de l'incapacité psychiatrique attestée par la Dresse N _____.

Par jugement du 25 février 2021, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision d'octroi de rente limité dans le temps, en se ralliant aux conclusions des experts du Q _____ et du SMR quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 25 août 2015 (pièce 332).

E. Le 12 octobre 2021, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI (pièce 339), en invoquant une aggravation de son état de santé d'année en année, notamment avec le développement d'idées suicidaires nécessitant une hospitalisation à T _____ du 12 au 16 octobre 2020 (pièce 347) et avec l'opération d'une déchirure du ménisque le 24 septembre 2021 (pièce 336, p. 863 et 866).

Selon le rapport de fin d'activité du Dr I _____ du 19 février 2021 (pièce 336, p. 881), lors de la consultation du 12 février 2021, l'assuré s'était plaint que son périmètre de marche était divisé en trois ; il ressentait des paresthésies dans les membres et des décharges électriques dans les membres inférieurs, mais n'avait plus de cervicobrachialgies et ne perdait pas les urines ; son traitement était composé de 5 gouttes de CBD 30% le soir, Sertraline 100 mg, Lioresal 10 mg 2x20, Mydocalm 150 mg 1x, Solmag cp 1x, Rivotril 0,5 mg 1x et Tramadol Ret 100 mg 1x ; le dossier devait être repris par la Dresse U _____. Dans son rapport du 25 juin 2021, cette dernière rapportait que le patient était très fatigué, qu'il présentait des douleurs à la marche et qu'il était toujours gêné par des douleurs aux membres inférieurs avec des crampes, lesquelles étaient cependant assez bien gérées par le traitement, de sorte qu'elle ne proposait aucun changement (pièce 348, p. 918).

Au vu de ces éléments, l'OAI a accepté d'entrer en matière sur la demande (pièce 341) et a repris l'instruction médicale du dossier.

Interpellé, le Dr V _____, médecin adjoint du Service d'orthopédie de W _____, a attesté, dans un rapport du 29 octobre 2021, une incapacité de travail totale durant les 6 semaines post arthroscopie et ménissectomie du genou gauche et a indiqué qu'une évaluation clinique serait effectuée au prochain contrôle (pièce 351).

Dans son rapport du 23 novembre 2021, le Dr Y _____ a confirmé les diagnostics de rachialgies, de paraparésie spastique familiale et d'état dépressif sévère. Il a estimé que les obstacles limitant le retour à l'activité professionnelle étaient majoritairement d'ordre physique, mais aussi biopsychosocial, incluant l'environnement du patient, une dépression sévère, un pauvre soutien social, un conflit avec les assurances sociales et la présence de diagnostics multiples. Il a relevé que la situation était cristallisée tant du point de vue psychologique que du point de vue des douleurs et a conclu à une incapacité de travail totale dans toutes activités (pièce 352). Il a remis le rapport de sortie établi par Z _____ à la suite de l'hospitalisation de l'assuré du 30 mars 2021 au 24 avril suivant, en raison des troubles de la marche et de l'équilibre, ainsi que de la fatigue, liés à la paraparésie spastique familiale de type Strümpell-Lorrain (pièce 352, p. 946 et pièce 362, p. 1008). Selon ce rapport, le patient présentait une humeur très dépressive en rapport avec le refus des prestations AI et son divorce, ainsi qu'une perte de confiance associée à un modèle de pensée rigide, mais avait pris ses distances par rapport aux pensées suicidaires ; en raison de la spasticité et de la douleur, il prenait depuis longtemps un traitement médicamenteux intensif, complété depuis septembre 2019 par du THC sous forme de haschich et de marijuana prescrit par le Dr I _____ ;

grâce au programme de thérapie, le patient avait obtenu une amélioration de son état général et de sa mobilité, sans diminution des douleurs, ainsi qu'une réduction de son stress.

Contacté par l'OAI en décembre 2021, l'assuré a expliqué qu'il n'était plus en mesure de gérer ses courriers et qu'il avait déposé une demande de curatelle auprès de l'APEA (Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ; pièces 356 et 361). Cette requête a été appuyée par la Dresse N_____ qui a remis un certificat médical attestant que l'assuré était dans l'incapacité d'assurer la sauvegarde de ses intérêts en raison de troubles psychiques chroniques (pièce 362, p.1002). Ceci étant, l'intéressé a été mis au bénéfice d'une curatelle de représentation au sens de l'article 394 alinéa 1 CC, pour qu'il puisse être aidé dans la gestion de ses affaires administratives (cf. décision du 5 avril 2022, pièce 369).

Dans son rapport du 31 mars 2022 à l'attention de l'OAI, la Dresse N_____ a attesté une incapacité de travail totale depuis janvier 2018, en raison de troubles psychiatriques existants depuis 2016, à savoir : état de stress post traumatique (F43.1), anxiété généralisée (F41.1), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), personnalité émotionnellement labile (F60.3), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), autres troubles mentaux (F06). Elle a expliqué que le départ à la retraite du Dr I_____, qui représentait symboliquement une figure paternelle, avait déclenché une aggravation de la symptomatologie anxiodépressive, renforcée par le traumatisme d'abus sexuel de la part de son père, avec des cauchemars et des flashs backs. Elle a indiqué que malgré l'augmentation de l'antidépresseur Sertraline couplé au Rivotril et Temesta, l'état du patient ne s'était pas amélioré ; elle a préconisé une hospitalisation en réadaptation et une adaptation du traitement, tout en précisant que le pronostic allait en s'aggravant (pièce 362, p. 994).

Mandaté, le SMR a constaté sur le plan somatique qu'il y avait eu une opération au genou gauche dont on ignorait les suites à distance. Sur le plan psychique, il a relevé que le seul séjour à T_____ avait eu lieu dans le contexte du stress lié à l'attente du jugement de la Cour de céans et qu'il n'avait duré que 4 jours ; il a remarqué que la polyopathie psychiatrique décrite par la Dresse N_____ existait depuis 2016 et qu'il n'y avait pas vraiment d'élément de rupture, en dehors du départ à la retraite du Dr I_____, étant précisé que le traitement par Sertraline et Rivotril était déjà d'actualité en 2018 et que les violences alléguées du père de l'assuré étaient déjà connues au moment de l'expertise du Q_____. Il a dès lors estimé qu'il y avait lieu de compléter l'instruction médicale (pièce 365, p. 1019).

Répondant aux questions du SMR le 5 juin 2022, la Dresse N _____ a expliqué que son patient avait bénéficié d'une évaluation psychiatrique en 2015-2016 et qu'un traitement par Sertraline avait été mis en place, médication qu'elle n'avait pas voulu changer lors de sa prise en charge dès 2018 pour éviter l'apparition de symptômes paradoxaux. Elle a attesté une aggravation de l'état de santé psychique, sous forme d'une altération du fonctionnement psychique et social et d'un déclin cognitif et des mécanismes adaptatifs, qui s'était manifestée de manière progressive depuis le départ à la retraite du Dr I _____. Elle a indiqué que le patient avait comme loisir la bande dessinée, qu'il pouvait conduire sur de courts trajets, qu'il n'était pas parti en vacances et qu'il n'avait pas modifié ses activités et était toujours aidé par le CMS (pièce 372).

Le 7 juin 2022, l'OAI a reçu un rapport du Dr V _____ qui attestait que l'évolution du genou gauche était bonne et qu'il n'y avait pas de limitations résiduelles (pièce 371). Au contrôle du 11 novembre 2021, il n'y avait pas de douleurs et la mobilité était excellente (pièce 371, p. 1032).

Prenant position le 20 juin 2022, le SMR, par le Dr AA _____, a conclu à l'absence de modification significative sur le plan somatique, dès lors que l'intervention au genou gauche n'avait laissé aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Sur le plan psychiatrique, il a relevé que la Dresse N _____ retenait des diagnostics datant de 2016 et n'avait procédé à aucun changement thérapeutique, ce qui ne plaidait pas en faveur d'une aggravation ; il a également constaté que bien qu'elle décrivait le départ du Dr I _____ comme un facteur de crise, la psychiatre n'avait pas mentionné d'élément clinique objectif en dehors des plaintes du patient, lesquelles avaient déjà été relevées par le Dr S _____ en 2019, à savoir la fatigue, la tristesse, le sentiment de persécution et l'irritabilité, etc. En outre, il a remarqué que l'assuré n'avait pas changé ses activités. De son point de vue, il n'y avait pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé depuis la décision du 7 novembre 2019, de sorte que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée restée inchangée (pièce 373).

Nanti de cet avis, l'OAI a informé l'assuré, par projet de décision du 24 juin 2022, qu'il entendait écarter sa nouvelle demande de prestations AI (pièce 375).

F. Le 20 juillet 2022, l'assuré s'est opposé à ce projet par l'intermédiaire de son curateur, en déclarant que la Dresse N _____ se tenait à disposition pour argumenter son appréciation (pièce 379).

En l'absence de tout autre élément médical objectif, l'OAI a rendu sa décision le 6 septembre 2022 (pièce 380).

Le 9 septembre 2022, l'assuré a mandaté M^e David Métille pour défendre ses intérêts (pièces 381 et 382). Contacté par l'OAI, le curateur de l'assuré a accepté que le dossier de l'assuré soit transmis au mandataire (pièce 383).

G. Par écriture du 7 octobre 2022, l'assuré a recouru céans contre la décision de l'OAI du 6 septembre 2022, aux motifs qu'il y avait bien eu des changements notables dans son état de santé depuis novembre 2019, puisqu'il avait dû être hospitalisé à T_____ en raison du développement d'idées suicidaires, qu'il avait dû être mis sous curatelle de représentation car il ne pouvait plus gérer ses affaires administratives et que son traitement avait été modifié avec l'introduction de Seroquel 50 mg et son suivi psychothérapeutique intensifié (chaque 2 semaines), selon le rapport établi par la Dresse N_____ le 4 octobre 2022. De son point de vue, une expertise psychiatrique indépendante devait être mise en œuvre au vu de ces nouveaux éléments. Au terme de son écriture, il a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale, laquelle lui a été octroyée dès le 7 octobre 2022, par décision présidentielle du 27 octobre 2022 (S3 22 65).

Répondant le 22 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, après avoir soumis le recours au SMR. Dans son avis du 16 novembre 2022, celui-ci a relevé que la Dresse N_____ n'avait pas fourni un descriptif clinique complet et n'avait pas quantifié la consommation de cannabis qui était bien au-delà d'une simple visée antalgique lors de l'expertise du Q_____ ; il a également constaté que la quétiapine (commercialisée sous les noms Xeroquel, Seroquel, Sequase, Ketipinor) avait été introduite uniquement à hauteur de 50 mg, ce qui était une faible posologie à visée purement anxiolytique puisque la dose recommandée en cas de dépression avérée était de 150 à 300 mg par jour.

Dans sa réplique du 3 janvier 2023, le recourant a observé que l'aggravation de l'état de santé d'un assuré pouvait également consister dans un changement important dans le quotidien vécu par celui-ci, ce qui était son cas, et a estimé que l'intimé n'avait pas suffisamment tenu compte du changement de médication et de l'institution de la curatelle.

Prenant position le 7 février 2023, l'intimé a rappelé que le SMR s'était prononcé sur le rapport du 4 octobre 2022 de la Dresse N_____ et sur la prescription de Seroquel, de sorte que les reproches du recourant étaient sans fondement. S'agissant de la curatelle, il a relevé qu'elle n'était pas de portée générale et donc moins restrictive quant aux droits de la personne et qu'une telle mesure ne permettait d'établir une incapacité de travail d'un point de vue médical.

Après la clôture de l'échange d'écritures le 9 février 2023, le recourant a encore produit un rapport du 23 mai 2023 du Dr BB _____, médecin adjoint du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du CC _____, qui estimait que le tableau clinique (avec des réflexes hypervifs aux 4 membres, une capacité de marche fluctuante, une grande lenteur dans les activités quotidiennes et un inconfort intestinal peut-être dû à une maladie coeliaque), ainsi que les problèmes sphinctériens (pollakiurie diurne) parlaient clairement pour une pathologie de la famille des paraparésies hérédofamiliales.

Cette nouvelle pièce médicale a été transmise à l'intimé qui l'a soumise au SMR. Dans son avis du 13 juillet 2023, celui-ci a remarqué que les troubles digestifs et mictionnels n'étaient pas nouveaux et avaient déjà été pris en compte dans l'expertise du Q_____. Il a relevé que les problèmes sphinctériens prédominaient au niveau de la vessie selon le rapport du Dr BB _____, ce qui était moins préoccupant que si l'assuré souffrait d'incontinence fécale. En outre, concernant les troubles digestifs, il a estimé que même si une maladie coeliaque était confirmée, cela n'impacterait pas la capacité de travail puisque le traitement consistait en l'éviction du gluten de l'alimentation.

En l'absence de nouvelles remarques du recourant, l'échange d'écritures a été définitivement clos le 11 septembre 2023.

Le 20 mars 2025, le recourant a transmis à la Cour un rapport du 24 février 2025 du Dr DD _____ du Service de médecine génétique du CC _____, qui indiquait que les troubles neurologiques restaient sans étiologie mais qu'une origine génétique n'était pas exclue. Il a également déposé une note d'honoraires de son mandataire à hauteur de 3140 fr. 76, dont 149 fr. 99 de débours forfaitaires, correspondant à 15h25 d'activité, pour la période du 9 septembre 2022 au 13 novembre 2025.

Ces documents ont été transmis à l'OAI le 26 mars 2025. Dans sa détermination du 30 avril 2025, l'intimé a indiqué qu'il avait soumis le nouveau rapport du Dr DD _____ au SMR, qui avait dans son rapport final du 15 avril 2025 confirmé ses précédentes conclusions en précisant que la distinction entre possible et certain n'avait aucune répercussion sur le plan pratique. En effet, le SMR avait constaté que la nouvelle analyse génétique ne permettait pas de confirmer formellement le diagnostic de paraparésie spastique familiale mais qu'un diagnostic de « possible paraparésie spastique familiale » pouvait néanmoins être posé ; il a également relevé qu'aucune manifestation clinique nouvelle n'avait été décrite par le spécialiste.

Ces ultimes observations ont été notifiées au recourant le 1^{er} mai 2025.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

1.2 Remis à la poste le 7 octobre 2022, le recours dirigé contre la décision du 6 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et a été adressé à 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.

1.3 Au 1^{er} 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). 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 au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, le recourant prétend que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 7 novembre 2019. Une partie des faits déterminants étant antérieurs au 31 décembre 2021, il sied d'appliquer l'ancien droit.

2. Est litigieux le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 7 novembre 2019 au point de lui ouvrir le droit à des prestations AI.

2.1.1 A teneur de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 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 134 V 131 consid. 3 et 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2), soit en l'occurrence depuis la décision du 7 novembre 2019.

2.1.2 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est capable ou non de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. ; 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 LAI ; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité - CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, 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). Ce type de rapport a 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 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ;

VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid.8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

2.1.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit cependant souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré, qui d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

2.2 En l'espèce, l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 12 octobre 2021, qui alléguait une péjoration de son état de santé tant sur le plan somatique que psychiatrique, en raison du fait que ce dernier avait été hospitalisé à T_____ en octobre 2020 en raison d'idées suicidaires et avait été opéré du genou gauche le 24 septembre 2021.

L'OAI a repris l'instruction médicale du dossier afin de déterminer si une aggravation significative et durable de l'état de santé de l'assuré, modifiant sa capacité de travail résiduelle, était établie au degré de la vraisemblance prépondérante depuis la décision du 7 novembre 2019, respectivement l'expertise du Q_____ de mars 2019.

3.

3.1 A cette date, l'assuré souffrait de rachialgies cervico-lombaires chronifiées et de symptômes compatibles avec une paraparésie spastique familiale (maladie de Strümpell-Lorrain). Il se plaignait de raideur et de tension musculaire avec des spasmes qui entraînaient des difficultés à la marche. Il présentait également des problèmes de diarrhées depuis l'enfance et avait vécu par le passé des épisodes d'urgence mictionnelle. En tenant compte à la fois des éléments liés au système locomoteur et à l'éventuelle atteinte neurologique (maladie de Strümpell-Lorrain), sa capacité de travail était complète dans une activité légère, sédentaire, en positions alternées, sans travaux lourds, sans port régulier de charges de plus de 10-15 kg, sans déplacements à pied importants et sans montées et descentes régulières d'escaliers et d'échelles (pièce 264, p. 608).

Sur le plan psychique, l'assuré était au bénéfice d'un suivi depuis novembre 2016 par le M _____, puis par la Dresse N_____ depuis février 2018, en raison d'un trouble dépressif en lien avec les problèmes de santé physique, d'un trouble de la personnalité se manifestant depuis l'enfance avec une vie familiale chaotique et des comportements inadéquats du père et d'un trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis (cf. rapport du M _____ du 19 juin 2017, pièce 213 ; cf. rapport de la Dresse N_____ du 29 octobre 2018, pièce 243). Lors de l'expertise en mars 2019, le Dr S_____ avait également retenu un trouble mixte de la personnalité, en lien avec l'enfance difficile. Il n'avait toutefois pas observé de troubles comportementaux majeurs et avait constaté que ce trouble n'avait pas empêché l'assuré de travailler. Il avait observé passablement de colère et une inhibition avec une asthénie/fatigabilité, mais pas de véritable tristesse ni de ralentissement psychomoteur et d'idéation suicidaire exprimée. Il avait confirmé des troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.24), pris depuis l'âge de 16 ans et qui n'avaient pas de répercussion sur

la capacité de travail (pièce 265, p. 637 et 639). Au terme de son examen, il avait conclu que l'assuré présentait une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

Au jour de l'expertise, le traitement de l'assuré était composé de Lioresal, Rivotril, Tramadol, Sertraline, Mydocalm et Temesta (cf. expertise Q_____, pièce 264, p. 601).

Dans son rapport du 8 avril 2019, le SMR avait conclu que l'assuré était pleinement apte à exercer une activité en positions alternées, sans travaux lourds, sans port de charges supérieures à 10-15 kg, avec marche uniquement en terrain plat et pas plus de 20 minutes, sans usage répétitif d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, sans exposition aux vibrations d'un véhicule plus de 4h/j et dans le respect de l'hygiène posturale du rachis cervical et lombaire (pièce 267).

3.2 Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'intimé a recueilli tous les rapports médicaux établis postérieurement à la décision du 7 novembre 2019 et les a soumis au SMR pour appréciation.

3.2.1 Au niveau physique, le Dr V _____ a certifié que l'opération au genou gauche n'avait pas laissé de séquelles (pièce 371, p. 1032), ce que le recourant ne conteste pas.

S'agissant des nuchalgies et rachialgies, celles-ci n'ont pas évolué défavorablement, puisque selon le rapport du Dr I _____ du 19 février 2021, lors de la consultation du 12 février 2021, l'assuré avait déclaré ne plus souffrir de cervicobrachialgies (pièce 336, p. 881).

Restent les troubles liés à la paraparésie spastique familiale. Même si ce diagnostic n'a pas pu être formellement posé par le corps médical, ce sont les répercussions fonctionnelles auxquelles est confronté le recourant qui doivent être prises en compte dans la détermination de la capacité de travail. Selon le rapport final du Dr I _____, en date du 12 février 2021, l'assuré estimait que son périmètre de marche avait été divisé en trois. Hors lors du séjour à Z _____ en avril 2021, la distance de marche libre s'élevait à environ 1 à 2 km sans pause ni aide, selon les jours, et le temps maximal d'activité physique était de 30 minutes (pièce 352, p. 948). Dans le formulaire relatif à sa nouvelle demande, le recourant a expliqué qu'il mettait 10 minutes pour faire 500 mètres et qu'il ressentait une péjoration au niveau de sa marche. Lors de la consultation auprès du Dr BB _____ du 23 mars 2023, il a confirmé que son périmètre de marche était trois fois plus réduit qu'il y avait 10 ans, qu'il arrivait à faire les escaliers, mais avait peur de tomber et ne s'aventurait pas sur les terrains instables. Ces restrictions sont

compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR en 2019, lequel préconisait une activité sans travaux lourds, avec marche uniquement en terrain plat et pas plus de 20 minutes, sans usage répétitif d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés. Le Q _____ avait estimé quant à lui qu'il ne fallait pas de déplacements à pied importants et pas de montées et descentes régulières d'escaliers et d'échelles. Quant au dernier rapport du Dr DD _____ du 24 février 2025, force est de constater qu'il ne décrit aucune manifestation clinique nouvelle. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 15 avril 2025, le fait que le diagnostic puisse être formellement confirmé ou pas ne change rien au tableau clinique présenté par le recourant.

En ce qui concerne les troubles digestifs et mictionnels invoqués par le recourant et rapportés dans le rapport du 23 mai 2023 du Dr BB _____, postérieurement à la décision entreprise du 6 septembre 2022, il sied de constater, à l'instar de l'intimé et du SMR, que cette problématique était déjà connue lors de l'expertise en 2019 et ne paraît pas s'être aggravée de manière significative. En effet, lors de la consultation du 12 février 2021 auprès du Dr I _____, le patient ne souffrait pas de perte d'urine (pièce 336, p. 881). En outre, en cours du séjour à Z _____, la miction et les selles étaient discrètes selon le patient (pièce 948). Enfin, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 13 juillet 2023, les problèmes de vessie sont moins préoccupants que s'il s'agissait d'incontinence fécale. Ils ne sauraient justifier à eux seuls une incapacité de travail à long terme, respectivement une invalidité au sens de l'AI. Il en va de même pour les troubles digestifs, puisque si une maladie coeliaque était confirmée, il s'agirait uniquement d'éliminer le gluten de l'alimentation.

Il sied dès lors de confirmer l'absence de modification notable de l'état de santé physique depuis la décision de novembre 2019. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas le contraire dans son recours.

3.2.2 Le recourant prétend en revanche que son état de santé psychique s'est aggravé de manière significative depuis 2019, justifiant une révision et la mise en œuvre d'une expertise pour apprécier sa capacité de travail résiduelle. A cet égard, il relève trois éléments.

Tout d'abord, il met en évidence le développement d'idées suicidaires nécessitant son hospitalisation. A cet égard, la Cour constate que la Dresse N _____ faisait déjà état de pensées suicidaires dans ses rapports de 2018 (cf. pièce 243), de sorte qu'il ne s'agit pas d'un élément nouveau. En outre, il appert que le recourant n'a été hospitalisé que 4 jours à T _____ en 2020, dans le cadre de l'attente « stressante » du jugement de

la Cour de céans à la suite de son premier recours, et qu'à sa sortie, il ne présentait plus d'idées suicidaires. Si la Dresse N _____ mentionne toujours des pensées suicidaires dans son rapport du 31 mars 2022, il ressort des divers rapports médicaux que le patient a toujours été participatif dans les traitements proposés, y compris concernant la médication psychotrope (cf. rapport du Dr Y _____ du 23 novembre 2021, pièce 352, p. 931), qu'il n'a plus eu besoin d'être hospitalisé à T _____ depuis 2020 et qu'il n'y a jamais eu de tentative de passage à l'acte. Le rapport du séjour à Z _____ en avril 2021 mentionne d'ailleurs que le patient a clairement pris ses distances avec ses pensées suicidaires antérieures et est capable d'en parler (pièce 362 p. 1008). Il n'y a dès lors pas lieu de retenir une aggravation significative sous cet angle.

Dans un deuxième point, le recourant remarque que son traitement médicamenteux a dû être modifié avec l'introduction de Seroquel 50 mg et que son suivi psychothérapeutique s'est intensifié, puisqu'il voit dorénavant la Dresse N _____ deux fois par mois. A cet égard, s'il est vrai que dans son rapport du 4 octobre 2022 produit en annexe du recours, la Dresse N _____ indique que le suivi se fait chaque 2 semaines, au lieu de chaque 2-3 semaines antérieurement (pièce 221), cela ne permet pas encore d'établir une aggravation notable de l'état de santé psychique au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, hormis le départ à la retraite du Dr I _____, la psychiatre ne décrit pas d'éléments cliniques nouveaux par rapport à 2019 et retient toujours les mêmes diagnostics depuis 2016. A la lecture du dossier, il apparaît que le recourant présente toujours la même symptomatologie depuis des années (fatigue, humeur dépressive, ruminations, sentiments de persécution, colère, irritabilité, ... ; cf. rapport du 31 mars 2022, pièce 362, p. 993 et rapport du 5 juin 2022, pièce 372, p. 1034). Quant au Seroquel (ou quétiapine) - introduit vraisemblablement après la décision contestée dès lors que le dernier rapport de la Dresse N _____ de juin 2022 n'en faisait pas mention -, la Cour se rallie à l'avis du SMR du 16 novembre 2022 selon lequel la posologie de 50 mg extrêmement basse démontre qu'il s'agit uniquement d'un traitement adjuvant à visée anxiolytique et non pas d'un véritable traitement pour combattre une dépression prolongée, puisque dans un tel cas la dose recommandée serait de 150 et 800 mg par jour. La prescription hors indication de la quétiapine à des doses inférieures à 150 mg/j (dès 12.5mg/j) est largement répandue pour les patients souffrant d'anxiété ou de troubles du sommeil (cf. www.CC_____ch, Département de psychiatrie - En bref - Liste des actualités du DP - Quétiapine et effets secondaires métaboliques : l'importance du dosage).

Enfin, dans un dernier argument, le recourant rappelle qu'il a été mis sous curatelle en avril 2022 dès lors qu'il n'était plus en mesure de gérer ses affaires administratives en raison de son état de santé psychique. Comme l'a relevé l'intimé dans sa réponse du 7 février 2023, la curatelle de représentation mise en place est moins restrictive quant aux droits de la personne qu'une curatelle de portée générale. Cette mesure instituée à la demande de l'assuré lui-même confirme simplement l'existence de difficultés dans la gestion administrative, lesquelles étaient déjà présentes en 2019, époque où l'assuré bénéficiait déjà du soutien du CMS. En aucun cas, cette curatelle ne prouve que la capacité de travail résiduelle du recourant est diminuée dans une activité adaptée, simple et légère, ne demandant pas de compétences particulières, notamment au niveau intellectuel, comme le retenait la décision du 7 novembre 2019 (pièce 304, p. 756).

A l'instar du SMR dans son appréciation du 20 juin 2022, puis dans celle du 16 novembre 2022, il sied de confirmer également l'absence de toute modification objective, significative et durable de l'état de santé psychique du recourant, susceptible d'influencer son droit aux prestations AI, depuis la décision du 7 novembre 2019.

3.3 Il s'ensuit que le recours est rejeté et la décision du 6 septembre 2022 confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre l'expertise psychiatrique requise par le recourant (principe de l'appréciation anticipée des preuves : ATF145 I 167 consid. 4.1).

4. Par décision présidentielle du 27 octobre 2022 (S3 22 65), le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dès le 7 octobre 2022. Celle-ci comprend la dispense des avances de frais et des sûretés, la dispense des frais de procédure et la désignation d'un conseil juridique, en la personne de M^e David Métille (art. 3 al. 1 LAJ)

4.1 Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ, 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).

4.2 Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, 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 du Tribunal fédéral 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). Lorsqu'il existe un tarif ou une règle légale fixant des minima et maxima, le juge ne doit motiver sa décision que s'il sort de ces limites, si des éléments extraordinaires sont invoqués par la partie concernée ou si le juge s'écarte d'une note de frais produite par l'intéressé et alloue une indemnité inférieure au montant habituel, en dépit d'une pratique bien définie (ATF 139 V 496 consid. 5.1 et 111 la 1 consid. 2a, cités dans l'arrêt du Tribunal fédéral 1C_170/2014 du 10 décembre 2014 consid. 3.1). Il est admis de façon générale que le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées. Ainsi, il peut, d'une part, revoir le temps de travail allégué par l'avocat, s'il l'estime exagéré en tenant compte des caractéristiques concrètes de l'affaire, et ne pas rétribuer ce qui ne s'inscrit pas raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche ; d'autre part, il peut également refuser d'indemniser le conseil pour des opérations qu'il estime inutiles ou superflues (ATF 122 I 1 consid. 3a et 117 la 22 consid. 4c et les réf. cit.).

En l'occurrence, l'intervention du mandataire du recourant a consisté en la rédaction d'un recours motivé de 17 pages, d'une réplique, d'une détermination complémentaire et de deux correspondances en lien avec l'assistance judiciaire. Le 20 mars 2025, M^e Métille a déposé une liste d'opérations effectuées du 9 septembre 2022 au 13 novembre 2025, pour un total de 3140 fr. 76, TVA comprise, qui incluait des honoraires de 2775 fr. pour 15h25 de travail à 180 fr. de l'heure, ainsi que des débours forfaitaires de 5% de 149 fr. 99.

Certaines opérations ressortant de la note d'honoraires en question concernent des tâches de nature administrative qui ne relèvent pas du travail proprement dit de l'avocat, notamment les simples communications au client ou à la Cour de céans et la préparation des bordereaux. En outre, certains postes concernent des activités postérieures à la clôture de l'échange d'écritures, le 11 septembre 2023, qui sont uniquement « à prévoir »

et non effectives. Au égard à ce qui précède, il se justifie dès lors de réduire la note d'honoraires en conséquence.

Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures déposées et de l'ampleur du dossier, la Cour estime le temps utilement consacré par le mandataire à cette affaire à environ dix heures et fixe les honoraires de M^e Métille, dans le cadre de l'assistance judiciaire, au montant arrondi de 2000 fr., débours et TVA compris. Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, le recourant étant 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).

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision du 6 septembre 2022 est confirmée.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. L'Etat du Valais versera à M^e David Métille une indemnité de 2000 francs dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 13 mai 2025