

S1 21 33

**JUGEMENT DU 22 MAI 2023**

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

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

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Virginie Lugon-Luyet, avocate, 1950 Sion

**contre**

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

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, refus de prestations, valeur probante des rapports médicaux)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, d'origine sri-lankaise, sans formation, né en 1969, marié, père d'un enfant né en 2004, est arrivé en Suisse en 1989 (pièce 3 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées, sauf mention contraire). Il a d'abord travaillé dans le secteur du nettoyage durant 15 ans, puis comme aide-sanitaire auprès de A \_\_\_\_\_ SA de juin 2008 à février 2014 (pièce 199). Par l'intermédiaire de son employeur, il était assuré auprès de Helsana Assurances SA dans le cadre d'une assurance indemnités journalières maladie selon la LAMal. De janvier 2013 à janvier 2014, il a bénéficié d'indemnités journalières de cette assurance. Il a ensuite touché des prestations de l'assurance-chômage puis de l'aide sociale (pièces 199, attestation du 11 février 2021 annexée à la requête d'assistance judiciaire).

Le 14 juin 2013, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), invoquant une incapacité de travail entière dès le 22 janvier 2013 pour cause de hernie discale (pièce 3). Le bilan radiologique a mis en évidence une hernie discale médiane et paramédiane gauche au niveau L2-L3 et des troubles dégénératifs lombaires étagés avec en L5-S1 une petite réaction de type Modic I à gauche. Aucune indication chirurgicale n'a été retenue (pièce 16). Dans un rapport final du 25 novembre 2013, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que l'assuré disposait dès le 11 juillet 2013 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité prolongée en terrain décline ou accidenté, pas d'activité en situation de porte-à-faux, pas de port de charges répétitif ou soulèvement de charges répétitif de plus de 10 kg, pas d'accroupissements ni d'agenouillements prolongés, pas de rotation itérative du tronc et pas de flexion antérieure répétitive du tronc (pièce 51). Le 1<sup>er</sup> avril 2014, l'OAI a rendu une décision, dans laquelle il a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, motif pris d'un taux d'invalidité de 2% insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation (pièce 67). Le même jour, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures de reclassement (pièce 66).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2014, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, a noté une évolution stationnaire des douleurs lombosacrées et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes de manière répétée et pas d'activité nécessitant le maintien d'une position du tronc en porte-à-faux de façon prolongée (pièce 89).

L'IRM cérébrale réalisée le 31 octobre 2014 s'est révélée dans la norme (pièce 89).

La Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a indiqué que l'assuré souffrait de vertiges depuis juillet 2014 (pièce 89). Elle a adressé son patient à la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale FMH, afin de déterminer l'origine de ces vertiges. Cette spécialiste ORL, qui a examiné l'assuré le 19 décembre 2014, a posé le diagnostic de déficit vestibulaire à droite en voie de compensation centrale. Elle a recommandé à l'assuré de se mobiliser le plus possible afin d'accélérer le processus de compensation (pièce 89).

Le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué le 7 janvier 2015 que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que les douleurs dorsales étaient à son avis d'origine dysfonctionnelle en lien avec un déconditionnement et a encouragé son patient à chercher une activité adaptée (pièce 89).

Dans un rapport du 16 janvier 2015, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré l'avait consultée pour la première fois le 3 octobre précédent et qu'il était suivi par le Dr E \_\_\_\_\_ depuis 2012 pour des lombalgies non déficitaires. Une consultation auprès de l'ORL avait permis de diagnostiquer un déficit vestibulaire à droite, lequel était actuellement traité avec de la physiothérapie vestibulaire. Elle a estimé qu'une fois la physiothérapie terminée, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité respectant les limitations suivantes : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétée, pas de maintien du tronc en position de porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs du tronc et pas de mouvements répétés de la tête ou du corps en rotation. L'hypercholestérolémie n'avait pas d'influence sur la capacité de travail (pièces 88, 89).

Dans un rapport du 11 juin 2015, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait décrit une légère amélioration de son état de santé et qu'il présentait toujours des douleurs lombaires basses en barre, augmentées aux activités d'intensité légère, et s'étendant proximale au reste du rachis et aux épaules. Il a en outre mentionné que selon les activités réalisées, les douleurs augmentaient et s'associaient à des sensations de vertige et parfois à des fourmillements dans les membres inférieurs. Ce spécialiste a relevé l'importance du retentissement fonctionnel annoncé (score d'Oswestry à 40%) chez un patient dont l'examen clinique était tout à fait rassurant. Selon lui, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à retenir. Il a confirmé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pièce 111).

Dans un rapport du 3 août 2015, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait fait état d'une exacerbation des douleurs lombaires, de sensation de vertige et de fourmillements

dans la plante des pieds après un voyage en voiture. Il a en outre relevé que son patient n'envisageait pas de travailler estimant qu'il n'en était pas capable, même dans une activité légère. Ce spécialiste a constaté une évolution stationnaire chez l'assuré, a indiqué que les limitations fonctionnelles évoquées par l'intéressé n'étaient que partiellement explicables à partir des constatations radiologiques et que l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de limitations (pièce 111).

**B.** Le 28 avril 2015, l'assuré a demandé à l'OAI un réexamen de sa situation en invoquant une aggravation de son état de santé (pièce 99). Le dossier a été soumis au SMR, lequel a conclu dans son rapport du 25 juin 2015 que les documents médicaux produits depuis sa dernière appréciation médicale n'apportaient pas d'élément médical objectif susceptible de rendre plausible une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré et une modification de sa capacité de travail. Il a indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation des problèmes médicaux connus et que le déficit vestibulaire gauche (recte : droit) retenu par la Dresse D \_\_\_\_\_ ainsi que l'hypercholestérolémie n'avaient pas de répercussions durables sur la capacité de travail (pièce 101). L'OAI a informé l'assuré le 1<sup>er</sup> juillet suivant de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande (pièce 103). L'intéressé a contesté ce prononcé le 23 juillet 2015 et a notamment fait valoir qu'il ne pouvait plus porter de charges (pièce 104). L'OAI a alors requis un rapport médical de la Dresse C \_\_\_\_\_. Cette médecin traitant a indiqué le 20 septembre 2015 qu'il n'y avait pas de changement depuis son dernier rapport de janvier 2015 et que son patient disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a relevé que le discours de son patient était toujours centré sur ses douleurs cervico-dorso-lombaires et ses vertiges de peu d'intensité et que celui-ci estimait ne pas pouvoir exercer d'activité professionnelle (pièce 108). Nanti de ces informations, le SMR a considéré qu'il n'existait aucun indice d'une aggravation significative, durable et objective de l'état de santé de l'assuré. Il a ainsi confirmé ses conclusions précédentes, en particulier la pleine capacité de travail de l'assuré dès le 11 juillet 2013 dans une activité adaptée. Il a rappelé que la Dresse C \_\_\_\_\_ avait indiqué que seules les plaintes subjectives de son patient avaient changé, que le status était inchangé et qu'il n'y avait pas de nouvelle incapacité de travail (cf. rapport du 6 octobre 2015, pièce 109).

En raison de plaintes somatiques multiples, toutes investiguées, sans résultat, la Dresse C \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au F \_\_\_\_\_ afin de déterminer d'éventuelles répercussions psychiques sur son fonctionnement. Le Dr G \_\_\_\_\_ n'a pas retenu

de diagnostic psychiatrique avec effets sur la capacité de travail au décours de son examen du 16 novembre 2015 (cf. rapport du 20 janvier 2016, pièce 127).

Par décision du 22 mars 2016, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé (pièce 132).

**C.** Le 6 octobre 2016, l'OAI a reçu une nouvelle demande de prestations de la part de l'assuré (pièce 136). Dans un rapport du 14 novembre 2016, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait depuis 2012 de symptômes douloureux cervico-dorso-lombaires et de vertiges rotatoires, lesquels avaient fait l'objet de diverses investigations. Les diagnostics de lombalgies sur discopathies pluriétagées dégénératives L5-S1 et de petite hernie discale à gauche au niveau L2-L3 ainsi que de déficit vestibulaire à droite avaient été posés. Elle a expliqué que ces pathologies étaient restées stables. Elle a ajouté que le Dr E \_\_\_\_\_ avait également constaté l'absence d'évolution de la pathologie cervico-dorso-lombaire et que l'évaluation psychiatrique effectuée auprès du F \_\_\_\_\_ le 16 novembre 2015 avait permis de conclure à l'absence de diagnostic psychiatrique. Elle a ainsi conclu que l'assuré était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée (pas de port de charges répétées supérieures à 5-10 kg, pas de position du tronc en porte-à-faux et pas de mouvements répétés du tronc, de la tête et du corps en rotation ; pièce 141). Par décision du 12 janvier 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande (pièce 143).

**D.** Le 21 septembre 2017, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI (pièce 146). Dans un rapport du 31 octobre 2017, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé justifiant une modification des limitations fonctionnelles (pièce 150). Dans sa décision du 8 janvier 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande (pièce 152).

**E.** Le 12 novembre 2019, l'assuré a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI, exposant souffrir de fourmillements dans les extrémités, de vertiges, de douleurs cervicales ainsi que de très courtes pertes de vision et de perception en cas de stress émotionnel, lesquelles pouvaient provoquer un déséquilibre voire une chute (pièce 153).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2019, la Dresse C \_\_\_\_\_ a rappelé que son patient souffrait de douleurs cervico-dorso-lombaires et de vertiges depuis 2012. Elle a indiqué qu'une IRM cervicale, réalisée le 2 février 2017, avait mis en évidence des cervicalgies sur uncordiscarthrose pluriétagée C3 à C7, lesquelles n'engendraient toutefois pas de traitement particulier ni d'incapacité de travail. Elle a en outre mentionné

que les pathologies étaient restées stables depuis qu'elle connaissait le patient (octobre 2014). D'un point de vue somatique, elle a considéré que son patient disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. D'un point de vue psychique, l'assuré serait suivi régulièrement à la consultation du F \_\_\_\_\_ (pièce 155).

Dans des rapports du 13 décembre 2019, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était stationnaire, qu'il existait une discordance entre les plaintes de son patient et l'examen clinique, qu'hormis quelques troubles dégénératifs connus, il n'y avait pas d'élément lésionnel organique à même d'expliquer l'ampleur des plaintes douloureuses et qu'il n'y avait pas de raisons de modifier les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI (pièces 157, 160).

Par projet de décision du 19 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande du 12 novembre précédent au motif que le rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2019 de la Dresse C \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau allant dans le sens d'une aggravation de son état de santé (pièce 156).

L'assuré s'est soumis à une IRM rachidienne le 28 janvier 2020. Cet examen a mis en évidence une disco-uncarthrose entre C4 et C7, des sténoses foraminales et préforaminales étagées et marquées en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 à gauche, des hernies discales L1-L2 et L2-L3 non conflictuelles ainsi qu'une discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée également sans compression radiculaire (pièce 165).

Le 17 février 2020, l'assuré a consulté la Dresse H \_\_\_\_\_, spécialiste de la douleur SPS, laquelle a diagnostiqué des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Cette spécialiste a relevé l'importance d'une mobilisation régulière pour éviter un déconditionnement ainsi que d'un suivi psychologique (pièce 164).

Le 12 mars 2020, la Dresse C \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le rapport de la Dresse H \_\_\_\_\_ du 17 février précédent ainsi que la nouvelle IRM rachidienne du 28 janvier précédent et a indiqué qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical depuis son dernier rapport (pièce 165).

Dans son avis du 26 mars 2020, le SMR a estimé qu'il n'existait aucun élément nouveau sur le plan somatique. En revanche, sur le plan psychique, la notion de suivi au F \_\_\_\_\_ constituait un indice pour une aggravation de l'état de santé de l'assuré (pièce 167). Le 30 mars 2020, l'OAI a annulé son projet de décision de refus d'entrer en matière du 19 décembre 2019 et a poursuivi l'instruction de la demande de prestations AI (pièce 169).

**F.** Le 28 avril 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI indiquant souffrir de lombalgies chroniques depuis décembre 2012 (pièce 173).

**G.** Dans un rapport du 11 septembre 2020, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré était suivi au Centre de psychiatrie et psychothérapie Les Toises depuis novembre 2018 à raison d'une à deux fois par mois. Il a noté que l'assuré exprimait les mêmes doléances depuis huit ans, en particulier des douleurs de type lombalgie, associées parfois à des cervicalgies, entraînant des phases de vertige, plus particulièrement après un effort ou une période de concentration. Il n'a retenu aucune pathologie psychiatrique. Un bilan neuropsychologique a été effectué, lequel s'est avéré sans particularité en dehors d'un léger trouble attentionnel, d'une fatigabilité et de quelques troubles induits probablement par les difficultés à s'exprimer dans un français correct. Un bilan d'ergothérapie a mis en évidence les mêmes plaintes susmentionnées. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à raison d'une à deux heures par jour au maximum en raison de la fatigabilité, des troubles de l'attention modérés, des troubles de la concentration et des troubles vertigineux secondaires (pièce 186)

Après avoir pris connaissance du rapport du Dr I \_\_\_\_\_, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision sur le fond. Il a indiqué qu'aucune pathologie psychique n'avait été retenue et que la situation était inchangée sur le plan somatique. Il a ainsi confirmé la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 septembre 2020, pièce 187).

Le 24 septembre 2020, l'OAI a rendu un projet de décision, dans lequel il a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité, mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières) au motif qu'aucune péjoration de son état de santé n'avait été objectivée tant sur le plan somatique que psychiatrique et qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pièce 188).

L'OAI a confirmé son projet de refus de prestations par décision du 10 décembre 2020 en exposant que le courrier du 23 novembre précédent de Me Virginie Lugon-Luyet, rédigé pour le compte de l'assuré, ne comportait aucun nouvel élément propre à remettre en cause les conclusions du SMR (pièce 194).

**H.** X \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Lugon-Luyet, a recouru céans contre cette décision le 31 janvier 2021, concluant, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise des investigations et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a

en outre requis l'assistance judiciaire totale, Me Lugon-Luyet lui étant désignée comme avocate d'office. En substance, il a fait valoir que selon les rapports médicaux au dossier le diagnostic – notamment d'une pathologie psychiatrique – était toujours en cours et que l'OAI aurait dû poursuivre les investigations en mettant notamment en œuvre une expertise psychiatrique. Sur le plan organique, il a allégué que le diagnostic de la Dresse C \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2019 différait de celui figurant dans son rapport du 14 novembre 2016, dès lors qu'elle avait noté l'apparition de cervicalgies sur uncodiscarthrose pluriétagée C3 à C7. Il a ajouté que la dégradation de son état de santé avait aussi été constatée par les personnes qui le côtoyaient notamment dans le cadre de ses cours de français au J \_\_\_\_\_. Finalement, il a estimé, en se fondant sur les rapports du Dr I \_\_\_\_\_, que sa capacité de travail était inférieure à 25%, soit au maximum deux heures de travail par jour.

Dans un rapport du 22 janvier 2021, établi à la demande du recourant, le Dr I \_\_\_\_\_ a mentionné une forte fatigabilité et de nombreuses somatisations dans la journée après un effort de concentration et d'attention ainsi que des pseudo-malaises à la suite d'un effort constatés dans le cadre de l'ergothérapie. Il a indiqué que ces éléments pouvaient faire évoquer des troubles somatoformes ou psychosomatiques (F45.0) et que la capacité de travail de l'assuré était de deux heures par jour au maximum. Ce spécialiste a par ailleurs confirmé qu'aucun trouble psychotique majeur n'avait été constaté et que les somatisations évoquées étaient probablement d'ordre somatique au vu des différents bilans effectués précédemment par la Dresse C \_\_\_\_\_ et d'autres confrères.

Par décision présidentielle du 22 mars 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et Me Lugon-Luyet lui a été désignée comme avocate d'office (S3 21 15).

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en indiquant avoir requis une nouvelle fois l'appréciation du SMR. Dans son avis du 24 mai 2021, celui-ci est arrivé à la conclusion que le rapport du 22 janvier 2021 du Dr I \_\_\_\_\_ et les griefs formulés par le recourant ne remettaient pas en question ses précédentes conclusions. Sur le plan psychiatrique, il a relevé en substance que le Dr I \_\_\_\_\_ admettait lui-même que les somatisations évoquées par le recourant n'avaient pas d'origine psychiatrique et que les réquisits posés dans la classification internationale des maladies (CIM-10) pour retenir un trouble somatisation n'étaient manifestement pas remplis. Sur le plan somatique, le SMR a rappelé en substance que les cervicalgies sur troubles dégénératifs (évoquées dans le recours) étaient connues de longue date et que les constatations faites à l'IRM du 2 février 2017 n'avaient entraîné ni traitement

particulier, ni reconnaissance d'une nouvelle incapacité de travail, ni nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles qui avaient déjà été prises en considération antérieurement par l'OAI.

Dans sa réplique du 17 juin 2021, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante. En annexe de son écriture, le recourant a déposé un rapport du 9 juin 2021 du Dr I \_\_\_\_\_, lequel a en particulier insisté sur le fait que le diagnostic de trouble somatoforme n'était qu'une hypothèse et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan psychique et somatique.

L'OAI a dupliqué le 6 juillet 2021. Il a considéré qu'en l'absence de toute pathologie psychiatrique retenue par le Dr I \_\_\_\_\_, le rapport du 17 juin précédent n'était pas de nature à mettre en doute l'appréciation du SMR et a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

Par courrier du 16 août 2021, la Fondation institution supplétive LPP a renoncé à se déterminer sur l'objet du litige.

L'échange d'écritures a été clos le 19 août 2021.

### **Considérant en droit**

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

Posté le 31 janvier 2021, le présent recours à l'encontre de la décision du 10 décembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA), et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021

705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.1** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**2.2.** Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'Office AI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2).

Selon l'article 17 aLPGA (dans sa teneur 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.

On est notamment en présence d'un motif de révision, c'est-à-dire d'une modification déterminante des circonstances donnant droit à la rente, en cas de modification de l'état de santé. Par contre, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 259).

Selon la jurisprudence, la rente peut aussi être révisée lorsque l'état de santé est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour déterminer si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss).

**2.3** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt 9C\_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2).

La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt 8C\_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont des employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par les médecins de l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5 et ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6).

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 souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise car, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci 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 8C\_517/2017 précité consid. 6.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**2.4** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

**2.5** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse 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 (appréciation anticipée des preuves; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 140 I 285 consid. 6.3.1, arrêts 9C\_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2, 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2).

**3.** En l'occurrence, il sied d'examiner si et comment l'état de santé de l'assuré, ainsi que sa capacité de travail, ont évolué depuis la décision de l'OAI du 22 mars 2016, date de la dernière décision ayant fait l'objet d'un examen complet du droit à la rente.

A l'époque de la décision de refus de prestations de mars 2016, le recourant présentait des douleurs cervico-dorso-lombaires et des vertiges. Sur le plan somatique, les diagnostics suivants avaient été posés : discopathie pluriétagée dégénérative L5-S1, petite hernie discale L2-L3 à gauche, déficit vestibulaire à droite et hypercholestérolémie. Les médecins traitants E \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ ainsi que le SMR avaient reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic invalidant n'avait été retenu par le psychiatre du F \_\_\_\_\_.

**3.1** Lors de la décision litigieuse de décembre 2020, les Drs E \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ ainsi que le SMR ont considéré que la situation médicale était inchangée sur le plan somatique et que la capacité de travail du recourant demeurait entière dans une activité adaptée. La consultation auprès de la Dresse H \_\_\_\_\_ n'a pas apporté d'élément médical nouveau. Le recourant a allégué que le diagnostic de la Dresse C \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2019 différait de celui figurant dans son rapport du 14 novembre 2016, dès lors qu'elle avait noté l'apparition de cervicalgies sur uncodiscarthrose pluriétagée C3 à C7. Le recourant ne peut être suivi sur ce point. D'une part, la Dresse C \_\_\_\_\_ elle-même a indiqué dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2019 que la pathologie cervico-dorso-lombaire était restée stable depuis octobre 2014, ce qui avait également été constaté par le Dr E \_\_\_\_\_ qui suivait régulièrement le recourant. Elle a en outre mentionné que les cervicalgies sur uncodiscarthrose pluriétagée C3 à C7, révélées lors de l'IRM cervicale du 2 février 2017, n'engendraient pas de traitement particulier ni d'incapacité de travail. D'autre part, comme exposé par le SMR dans son avis du 24 mai 2021, les douleurs cervicales étaient déjà présentes avant la décision du 22 mars 2016 et les examens radiologiques ont uniquement permis de nommer ces douleurs, une uncodiscarthrose étagée signifiant simplement une dégénérescence des disques.

Sur le plan psychiatrique, le SMR n'a pas retenu de pathologie. Pour sa part, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 11 septembre 2020 que le recourant ne présentait pas de pathologie psychiatrique avant d'évoquer dans son rapport du 22 janvier suivant, établi à la demande du recourant, des troubles somatoformes ou psychosomatiques (F45.0) puis de préciser le 9 juin 2021 qu'il ne s'agissait que d'une simple hypothèse. Ainsi, ce diagnostic n'est pas établi au degré de preuve requis en matière d'assurances sociales et doit être écarté. Par ailleurs, ce spécialiste reconnaît lui-même que les troubles ont probablement une origine somatique. Son appréciation de la capacité de travail du recourant, soit l'exercice d'une activité adaptée pendant deux heures par jour au maximum, n'est au demeurant pas convaincante. En effet, on rappellera que ce spécialiste n'a pas retenu de pathologie psychiatrique avérée. De plus, il n'a prescrit aucun traitement à son patient et son appréciation se base principalement sur les dires de celui-ci.

Le recourant fait valoir que selon les rapports médicaux le diagnostic – notamment d'une pathologie psychiatrique – était toujours en cours et que l'intimé aurait dû poursuivre ses investigations en mettant notamment en œuvre une expertise psychiatrique. Le recourant ne peut pas être suivi sur ce point non plus. Aucun des médecins traitants du

recourant (Drs E \_\_\_\_\_, C \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_) n'a indiqué que des investigations supplémentaires sur le plan somatique et/ou psychiatrique étaient nécessaires. L'absence de diagnostic psychiatrique ne signifie pas que le diagnostic n'a pas encore pu être posé mais que les réquisits pour retenir une maladie de la CIM-10 ne sont pas remplis. Le psychiatre traitant a indiqué dans le formulaire de l'OAI que le pronostic était difficile parce que la symptomatologie était présente depuis plusieurs années. Mme K \_\_\_\_\_, neuropsychologue MAS et psychologue FSP, a effectivement conseillé au recourant de consulter un ORL mais ceci uniquement dans un but préventif en raison de sa difficulté à distinguer les sons aigus et graves. Par ailleurs, lorsqu'elle a conseillé de poursuivre les investigations psychiatriques et médicales, il s'agissait avant tout d'une recommandation à l'attention du psychiatre qui l'avait mandatée pour la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Ce dernier n'a cependant pas jugé utile de mettre en œuvre d'investigations.

La Cour estime en conséquence que les griefs soulevés par le recourant et les divers rapports médicaux au dossier ne sont pas de nature à faire douter du caractère fiable et fondé des conclusions du SMR selon lesquelles l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé dès lors que la situation sur le plan somatique est restée inchangée et qu'aucune pathologie psychiatrique n'a été retenue.

Quant au témoignage écrit de Madame L \_\_\_\_\_, assistante sociale, et de Madame M \_\_\_\_\_, enseignante auprès du J \_\_\_\_\_, il n'est pas susceptible de remettre en cause l'appréciation de la Cour. Il a été rédigé à la demande du recourant et après que celui-ci ait eu connaissance de la décision de refus de prestations du 10 décembre 2020. Il ne saurait en outre remettre en doute les conclusions des médecins ayant examiné le recourant, lesquels n'ont pas constaté d'aggravation de son état de santé.

**3.2** Se fondant sur les rapports du Dr I \_\_\_\_\_, le recourant allègue que sa capacité de travail est inférieure à 25%. On rappellera que la Cour considère que l'appréciation de la capacité de travail du recourant par ce spécialiste n'est pas convaincante. A l'inverse, l'avis du SMR, selon lequel la capacité de travail du recourant demeure entière dans une activité adaptée, est pleinement probant.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la situation du recourant ne s'est pas aggravée depuis mars 2016, de sorte que l'évaluation de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée doit être confirmée.

Eu égard au principe de l'appréciation anticipée des preuves (cf. supra consid. 2.5), la mise en œuvre d'une expertise médicale, sollicitée par le recourant, se révèle donc inutile.

**4.1** Les frais judiciaires, fixés sur le vu du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2, 89 al. 1 LPJA). Celui-ci ayant toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, par décision présidentielle du 22 mars 2021 (S3 21 15), et aucun indice ne permettant de retenir que sa situation économique aurait notablement changé depuis lors, le recourant doit être maintenu dans son droit à l'assistance judiciaire gratuite et être dispensé de verser les frais de la cause mis à sa charge, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

**4.2** Me Lugon-Luyet ayant été désignée comme avocate d'office dès le 29 janvier 2021, les dépens doivent être fixés au tarif de l'assistance judiciaire. Selon l'article 30 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar) du 11 février 2009, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. 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.

Sur la base du dossier, la Cour fixe les débours de M<sup>e</sup> Lugon-Luyet forfaitairement, en l'absence de décompte, à 50 fr. (trois envois en recommandé et une septantaine de copies). Quant aux honoraires, ils sont arrêtés à la somme de 1400 fr., TVA comprise, compte tenu de la nature et de la relative simplicité de la cause, de l'ampleur du travail et du temps qu'y a utilement consacré la mandataire du recourant qui s'est contentée de réitérer les griefs soulevés dans le cadre de la procédure administrative (art. 26 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Partant, compte tenu du tarif applicable en assistance judiciaire (70% de 1400 fr. + 50 fr. de débours), le montant de 1030 fr. sera versé à M<sup>e</sup> Lugon-Luyet par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. L'État du Valais versera à M<sup>e</sup> Lugon-Luyet une indemnité de 1030 francs pour ses dépens dans le cadre de l'assistance judiciaire.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 22 mai 2023