

S1 23 57

**ARRET DU 10 MAI 2025**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier ;

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat à Sion ;

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé.

(refus de prestations de l'assurance-invalidité ; expertise psychiatrique et surveillance LFA)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née en 1960 en A \_\_\_\_\_ et d'origine albanaise, est arrivée en Suisse en 1979. Titulaire d'un permis C, elle est mariée et mère de cinq enfants nés entre 1980 et 1990. Sans formation professionnelle, elle a travaillé principalement en tant que femme au foyer et, occasionnellement, en tant que femme de ménage et ouvrière agricole (taux d'environ 30 % en 2005 et 2006).

**B.** Le 2 février 2009, l'intéressée s'est annoncée une première fois auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), indiquant être en incapacité de travail depuis le 24 décembre précédent en raison d'une hernie discale (cf. pièce n° 3 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées, sauf indication contraire). L'OAI a derechef recueilli les renseignements médicaux et économiques usuels.

Dans un rapport du 21 avril 2009, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a indiqué que l'assurée souffrait d'une hernie cervicale C5-C6 à gauche, d'installation récente, et qu'elle était suivie depuis plusieurs années pour des troubles somatoformes de type tendinomusculaire ainsi que des migraines s'inscrivant dans le contexte d'un syndrome hystérimforme avec des manifestations toujours plus démonstratives. Il a estimé que sa patiente, qui avait consulté à plusieurs reprises les urgences de l'Hôpital de C \_\_\_\_\_ pour ses problèmes qui perturbaient la vie familiale, présentait une incapacité de travail totale en tant que ménagère, pronostic qui ne s'améliorerait pas (cf. pièce n° 12).

L'assurée a été adressée par son médecin traitant à la Clinique de D \_\_\_\_\_ et à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) afin de prendre en charge sa radiculopathie cervicale (infiltrations et traitement médicamenteux ; cf. notamment rapport du 19 juin 2009, sous pièce n° 21, et rapport du 28 juillet 2009, sous pièce n° 24).

En octobre 2009, l'OAI a en outre diligenté une enquête économique au domicile de l'intéressée, dont il ressortait que celle-ci était limitée dans certaines activités relatives à la tenue du ménage et qu'elle recevait pour ce faire l'aide de son époux et de l'une de ses filles (cf. pièces n°s 27 s.).

Le 19 décembre 2009, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant, n'a fait part d'aucune amélioration de l'état de santé de sa patiente, qui souffrait d'une asthénie importante, de céphalées fréquentes et de

cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur gauche. Il a relevé que la prise en charge était très difficile pour cette assurée qui ne parlait pratiquement pas le français et qui présentait des plaintes généralisées chroniques ne répondant pas aux traitements. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et a précisé que son confrère allergologue, le Dr F \_\_\_\_\_, avait diagnostiqué chez la patiente une fibromyalgie floride (cf. pièce n° 36).

Le 30 avril 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumato-psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Au plan rhumatologique, ont été diagnostiquées des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (M50.9) ainsi qu'une aponévrosite plantaire et éperon calcanéen bilatéral. Selon les médecins du SMR, l'atteinte dégénérative étagée du rachis cervical pouvait, certes, expliquer la symptomatologie douloureuse et un certain nombre de limitations fonctionnelles. Toutefois, les plaintes alléguées par l'assurée ainsi que son comportement (à la limite de la plégie du membre supérieur gauche avec troubles subjectifs diffus de la sensibilité) ne pouvaient en aucune manière relever d'une explication objective et devaient être mis sur le compte des diagnostics psychiatriques retenus, à savoir un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) se greffant sur une personnalité histrionique (F60.4) qui n'affectait pas la capacité de travail. L'examen clinique excluait également le diagnostic évoqué par le médecin traitant de fibromyalgie floride. Il concluait à un empêchement de 20 % dans l'activité habituelle et de 10 % dans les activités ménagères, en raison des troubles dégénératifs du rachis cervical ; par contre, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles (positions de travail alternées, port de charges limité à 10 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en flexion de nuque prolongée, pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de travail sur une échelle, un escabeau ou un échafaudage ; cf. pièce n° 44).

Sur la base de ces renseignements et après avoir préalablement communiqué à l'assurée un projet de décision, le 13 décembre 2010 (cf. pièce n° 45), l'OAI a refusé tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et reclassement), le 8 février 2011. Il a considéré que l'intéressée ne présentait aucune perte de gain relative à son activité habituelle d'ouvrière agricole à temps partiel (29 %), dès lors qu'elle pouvait exercer au même taux une activité adaptée qui, selon les données statistiques tirées de l'enquête suisse sur la structure des salaires, était mieux rémunérée. Quant à l'empêchement à l'exercice de l'activité ménagère (71 %), évalué à 10 %, il permettait

de reconnaître un degré total d'invalidité de 7 %, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité (cf. pièce n° 50).

**C.** X \_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, le 15 septembre 2017, alléguant souffrir d'une fibromyalgie (cf. pièce n° 52).

Dans un rapport du 17 octobre suivant, le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé que sa patiente était atteinte d'une fibromyalgie sans état dépressif associé, avec des céphalées intermittentes, des nualgies et des douleurs au pied qui entravaient toute activité y compris les activités ménagères. Il a rappelé que l'examen clinique présentait une discrédance très spectaculaire avec les plaintes de l'assuré et que toutes les thérapies entreprises avaient échoué. Il a également noté une composante psychosomatique importante (cf. pièce n° 55).

Dans un rapport du 2 novembre 2017, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé qu'aucun élément médical ne rendait plausible une modification de l'état de santé de l'assurée, ce qui justifiait de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande (cf. pièce n° 57).

Après avoir préalablement communiqué à l'intéressée un projet de décision qui se fondait sur cet avis du SMR, le 8 novembre 2017 (cf. pièce n° 58), l'OAI a rendu une décision de refus d'entrée en matière, le 3 juillet 2018, retenant qu'aucune modification de l'état santé de l'assurée n'avait été mise en évidence depuis sa décision précédente (cf. pièce n° 75).

**D.** Le 27 août suivant, l'intéressée a transmis à l'OAI un rapport du 3 août 2018 établi par le Dr H \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique adjoint au I \_\_\_\_\_, et par J \_\_\_\_\_, psychologue, qui diagnostiquaient chez elle un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) entraînant d'importantes limitations fonctionnelles. Sur le vu de cette pièce, l'assurée a requis, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. pièce n° 77).

Cette requête a été considérée comme une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI a décidé d'entrer en matière (cf. pièces nos 78 à 80).

Celui-ci a ainsi requis l'avis du SMR au sujet de la nouvelle pièce médicale produite par l'assurée. A cet égard, le Dr G \_\_\_\_\_ a observé, dans un rapport du 17 octobre 2018, notamment que l'objectivité des constats posés par les médecins du I \_\_\_\_\_

était d'emblée biaisée. Il a en effet relevé que l'essentiel de la traduction auprès du psychiatre avait été réalisée par le fils de l'intéressée et que les hallucinations évoquées par celle-ci devaient être interprétées dans le contexte du trouble du comportement hystérisiforme avec démonstrativité majeure que l'assurée présentait depuis de nombreuses années. A cela s'ajoutait que la patiente s'opposait à tout traitement pharmacologique, y compris l'antidépresseur prescrit depuis 2009 et pourtant non détecté lors d'un dosage sanguin. Le Dr G \_\_\_\_\_ a ainsi conclu que les médecins du I \_\_\_\_\_ faisaient une interprétation différente d'une situation strictement inchangée depuis la décision de l'OAI du 8 février 2011, qu'il n'y avait en réalité pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations et que, partant, une expertise psychiatrique ne se justifiait pas (cf. pièce n° 88).

Sur la base de cet avis médical, l'OAI a communiqué à l'assurée, le 31 octobre 2018, un projet de décision qui lui refusait tout droit à une rente d'invalidité, retenant que le rapport des médecins du I \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément objectif nouveau allant dans le sens d'une aggravation l'état de santé et ne décrivait aucune éventuelle nouvelle pathologie objective susceptible de modifier les droits de la patiente (cf. pièce n° 90).

Celle-ci a contesté ce point de vue dans une détermination du 7 décembre 2018 (cf. pièce n° 92), sans toutefois convaincre l'OAI qui, le 24 janvier suivant, lui a formellement refusé tout droit à une rente d'invalidité, conformément au projet de décision précité et en se référant aux conclusions du Dr G \_\_\_\_\_ qu'il qualifiait de probantes (cf. pièce n° 99).

**E.** Dans un arrêt du 10 mars 2021 (S1 19 53), la Cour de céans a partiellement admis le recours que l'intéressée avait déposé, le 27 février 2019, contre cette décision de l'OAI. Estimant que l'instruction médicale était insuffisante et que la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique n'avait pas été établie à satisfaction de droit, elle a annulé ladite décision et a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il sollicite l'avis motivé soit d'un psychiatre du SMR, soit d'un expert externe, ceci afin de confirmer ou d'infirmer les constatations et les conclusions des psychiatres du I \_\_\_\_\_ (cf. pièce n° 117).

**F.** A la suite de cet arrêt, l'OAI a derechef entrepris des investigations auprès des médecins du I \_\_\_\_\_, qui ont indiqué que X \_\_\_\_\_ n'avait plus été suivie à leur consultation depuis le mois de novembre 2018 (cf. notice d'entretien téléphonique du 7 avril 2021, sous pièce n° 121), et auprès du Dr E \_\_\_\_\_, qui ne s'est pas prononcé

sur l'état de santé de sa patiente et a uniquement communiqué la liste de médicaments prescrits à celle-ci (cf. formulaire signé le 11 avril 2021, sous pièce n° 122).

Dans un rapport du 11 juin 2021, le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, et J \_\_\_\_\_, psychologue, ont indiqué qu'ils suivaient l'intéressée depuis le mois de février 2019, à une fréquence mensuelle. Ils ont diagnostiqué chez elle un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), voire (diagnostics différentiels) un trouble délirant (F22.0), une anxiété généralisée (F41.1), un trouble obsessionnel compulsif (F42) et des troubles schizo-affectifs (F25). En particulier, ils ont constaté une symptomatologie d'allure dépressive, avec une thymie sévèrement abaissée, un émoussement affectif évident, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie et une aboulie marquées ainsi qu'un sommeil perturbé et un isolement social important. A ce tableau clinique s'ajoutaient des manifestations d'allure psychotiques constantes dans le temps, telles qu'un discret délire de persécution, une méfiance face à la nouveauté et des angoisses. Les thérapeutes ont noté que la communication avec la patiente était très réduite, du fait qu'elle se déconnectait dès les premiers échanges et semblait se retirer dans un monde obscur que peuplaient ses angoisses (idées délirantes et hallucinations acoustico-verbales et visuelles). La médication comprenait un antidépresseur et un somnifère. Selon ces thérapeutes, le pronostic était sombre et la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité lucrative, l'atteinte psychique chronique étant par ailleurs trop invalidante et les ressources de l'intéressées trop déficitaires pour envisager une réadaptation (cf. pièce n° 129).

Sur proposition du SMR (cf. avis du 18 juin 2021, sous pièce n° 131), l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, qui a examiné l'assurée, le 3 novembre 2021. Dans son rapport du 26 novembre suivant, cet expert a notamment relevé que le tableau psychopathologique systématique était d'une intensité et d'une étendue pathologique rares. Il a constaté des perturbations dans beaucoup de domaines (conscience, orientation, cours de la pensée, cognitif, affectif, etc.), la patiente présentant des capacités cognitives sévèrement abaissées, voire inexistantes, et étant totalement enfermée dans une pathologie psychiatrique complexe, au point de réduire à l'extrême toute expression, toute compréhension et tout échange et échapper ainsi, au moins en partie, à la détermination de l'étiologie et du diagnostic. L'expert a néanmoins observé, sur le plan affectif, une thymie très nettement abaissée et, par ailleurs, des signes d'une symptomatologie psychotique nette qui appelaient au plus haut point un traitement. Il a

estimé que la pathologie développée ces dernières années (entre trois et cinq ans) n'était absolument pas identique à ce qui avait été observé auparavant, toutes les informations et observations convergeant dans un constat grave de psychose qui avait d'ores et déjà laissé des traces sur la personnalité de la patiente. Il a ainsi posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), ou (diagnostic différentiel) d'autre trouble délirant persistant (F22.8), affections qui nécessitaient selon lui de toute évidence une véritable prise en charge dans les règles de l'art pour la partie psychotique et délirante (hospitalisation ou, à défaut, introduction de traitements spécifiques, protocolés et contrôlés selon leur efficacité). A le suivre, il n'existait donc plus aucune capacité de travail depuis longtemps (au plus tard, depuis septembre 2017), les limitations présentées à cet égard étaient uniformes dans les différents domaines de la vie de l'expertisée, qui était démunie de toute ressource (cf. pièce n° 145).

Dans un rapport final du 1<sup>er</sup> décembre 2021, le Dr G \_\_\_\_\_ a estimé que cette expertise était probante (cf. pièce n° 147), ce qui a conduit l'OAI à communiquer à l'intéressée un projet de décision d'acceptation de rente, le 12 janvier 2022 (cf. pièce n° 154).

Entre le 12 janvier et le 2 février 2022, l'assurée a fait l'objet d'une surveillance par des spécialistes de la lutte contre la fraude à l'assurance (ci-après : LFA), lesquels ont établi des rapports, les 24 janvier et 8 février 2022. Il en est ressorti notamment que l'intéressée se déplaçait quotidiennement comme passagère à bord d'un véhicule, mais aussi à pied, seule ou accompagnée. Elle s'était rendue dans des magasins pour y effectuer des achats ou dans des établissements publics, seule ou accompagnée, sans difficultés visibles ou apparentes. En outre, elle interagissait avec des tiers de manière expressive et sortait régulièrement sur le balcon de son logement pour y effectuer des tâches indéterminées, saluer des passants ou observer les environs. Selon les enquêteurs, au cours de ces observations, l'intéressée s'était comportée normalement et n'avait montré aucune limitation physique, psychique ou fonctionnelle visible ou apparente (cf. pièces n°s 157 s.).

Le 3 mars 2022, X \_\_\_\_\_ a été convoquée par l'OAI afin de se déterminer sur les résultats de cette enquête. Elle a maintenu qu'elle ne faisait pratiquement rien de ses journées et qu'elle ne participait en rien aux tâches ménagères, restant dans sa chambre afin de parler à sa défunte mère. Confrontée aux résultats de l'enquête LFA, elle a indiqué ne rien savoir et n'avoir rien d'autre à dire (cf. pièces n°s 164 et 166).

Le Dr G \_\_\_\_\_ a considéré, dans un rapport du 11 mars suivant, que le contraste entre la description réalisée par l'expert psychiatre et les éléments de surveillance rapportés par le service LFA était si caricatural que la question d'une production intentionnelle de symptômes (simulation – Z76.5, trouble factice – F68.1) ne pouvait que s'imposer. Il a dès lors indiqué que son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2021 était caduc et a proposé de soumettre ces nouveaux éléments à l'expert (cf. pièce n° 170).

Le 28 mars 2022, celui-ci a relevé les contradictions énormes entre le comportement de l'assurée lors de l'expertise et les observations faites lors de la surveillance LFA. Il a estimé qu'à l'évidence, l'intéressée avait appris, en face d'intervenants médicaux ou sociaux, à montrer des symptômes et attitudes évoquant à la fois un tableau dépressif et un tableau psychotique et neurocognitif. On pouvait donc clairement conclure à la production intentionnelle de symptômes et il n'existait aucun argument pouvant se rapprocher d'une quelconque pathologie psychiatrique véritable. L'expert a ainsi retenu le diagnostic de simulation consciente (Z76.5) et a estimé qu'il n'y avait aucune atteinte psychiatrique, ni incapacité de travail pour des raisons psychiatriques (cf. pièce n° 173).

Deux jours plus tard, le Dr G \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expert et a indiqué qu'il n'y avait dès lors aucune modification objective, significative et durable de l'état de santé, susceptible d'influencer le droit aux prestations depuis la décision de l'OAI du 8 février 2011 (cf. pièce n° 174).

Sur la base de ces renseignements, l'OAI a communiqué à l'assurée, le 12 mai 2022, un nouveau projet de décision qui lui refusait tout droit à une rente d'invalidité (cf. pièce n° 176) et contre lequel l'intéressée a fait valoir ses objections, les 13 juin, 27 juin et 22 août suivants, estimant notamment que les observations faites lors de la surveillance LFA étaient insuffisantes pour nier toute pathologie psychiatrique (cf. pièces n<sup>os</sup> 188, 192 et 195).

Le 19 octobre 2022, l'assurée a confirmé son point de vue, en s'appuyant sur deux nouveaux rapports médicaux. Le premier a été établi par le Dr E \_\_\_\_\_, le 3 octobre précédent. Ce médecin traitant y a indiqué son grand étonnement à la lecture des éléments rapportés par le service LFA. Il a relevé que la maladie psychiatrique de sa patiente était fluctuante dans le temps, mais précisé qu'au cours de son suivi depuis plus de 12 ans, il n'avait jamais pu constater une quelconque capacité de travail en raison du trouble somatoforme et de la pathologie psychiatrique. Le second rapport, établi le 16 octobre 2022, émanait du Dr K \_\_\_\_\_ et de J \_\_\_\_\_. Ils ont rappelé leurs précédents diagnostics et ont précisé que ceux-ci avaient été posés au regard de

symptômes anxio-dépressifs sévères, ainsi que de manifestations psychotiques. Ils ont souligné que la patiente bénéficiait d'un traitement antidépresseur depuis juillet 2019 combiné, depuis avril 2022, avec un neuroleptique (abilify 5mg/j). Ils ont relevé que les bilans sanguins qu'ils avaient effectués montraient une bonne compliance au traitement, le dosage du neuroleptique devant encore être augmenté progressivement compte tenu de la symptomatologie psychotique qui demeurait inchangée (lors des entretiens, la patiente tenait toujours des discours avec sa défunte mère et présentait une attitude non verbale avec des balancements stéréotypés du buste de l'avant vers l'arrière, ainsi qu'une attitude bizarre en décalage avec la réalité et des idées paranoïaques). Ils ont donc maintenu leur point de vue quant à l'incapacité de travail totale de l'assurée. Quant aux résultats de l'enquête LFA, les thérapeutes ont indiqué que, selon eux, la pathologie psychiatrique de la patiente ne l'empêchait pas de sortir de chez elle et de procéder à des gestes courants de la vie quotidienne lorsqu'elle n'était pas aux prises avec ses idées délirantes. Ils ont ainsi indiqué que les observations sur le terrain ne permettaient pas de conclure à une attitude de simulation de la part de l'assurée (cf. pièce n° 196).

Ces deux rapports ont été soumis au Dr G \_\_\_\_\_ qui, dans un avis du 21 novembre 2022, a rappelé que le matériel d'observation LFA montrait une assurée au mode de fonctionnement strictement normal et a souligné que de nombreux éléments d'anamnèse fournis par l'assurée et sa famille à l'expert étaient erronés (est quasi en permanence dans sa chambre, sort uniquement pour les repas, est en dialogue constant avec sa mère, ne fait pas les courses, ne sort jamais seule, etc...). Il en a conclu que, quoi qu'en pensaient les thérapeutes traitants, il y avait bien eu d'énormes contrevérités dites à l'expert. Il a dès lors proposé de recueillir l'avis de celui-ci sur les deux nouveaux rapports précités (cf. pièce n° 198).

Le 12 décembre suivant, le Dr L \_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions précédentes, rappelant que le décalage entre ses observations de la patiente lors de l'expertise et les résultats de la surveillance LFA était tel qu'il n'existait aucune autre explication que celle de la simulation (cf. pièce n° 201).

Le Dr G \_\_\_\_\_ a ainsi lui aussi maintenu son point de vue, le 2 janvier 2023 (cf. pièce n° 203). Quant à l'assurée, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, le 30 janvier suivant (cf. pièce n° 205).

Par décision du 7 mars 2023, l'OAI a refusé à l'intéressée tout droit à une rente d'invalidité, estimant qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'une gravité telle qu'elle pourrait justifier une incapacité de travail de

longue durée. En particulier, il a relevé que le Dr L \_\_\_\_\_ avait exposé de manière probante dans ses différents rapports les raisons qui l'amenaient à modifier son diagnostic et par conséquent ses conclusions. En effet, l'expert revenait sur les contrevérités constatées entre l'anamnèse transcrite lors de l'examen psychiatrique et les images de surveillance et il rappelait la constatation faite lors de l'expertise, selon laquelle il lui était difficile de poser un diagnostic en raison du manque d'informations et des observations cliniques. Par voie de conséquence, une nouvelle expertise n'était pas justifiée (cf. pièce n° 206).

**G.a** Le 24 avril 2023, X \_\_\_\_\_ a contesté céans cette décision, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en outre requis des dépens qu'elle chiffrait à 5000 francs.

A l'appui de ses conclusions, la susnommée a d'abord soutenu que le revirement opéré par le Dr L \_\_\_\_\_ dans ce dossier, après avoir consulté les résultats de la surveillance LFA, n'était pas probant, car il n'était étayé par aucun constat médical, émanait d'un expert qui n'était plus impartial et prenait radicalement le contrepied des observations motivées, objectives et concluantes qui avait été rendues dans le rapport du 26 novembre 2021. A cet égard, elle a affirmé qu'une nouvelle expertise psychiatrique était indispensable pour clarifier la situation, mesure que le Dr L \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs suggérée dans son dernier rapport du 12 décembre 2022 sans toutefois que l'OAI n'en tienne compte. Ensuite, elle a allégué que les rapports des thérapeutes traitants qu'elle avait déposés, le 19 octobre 2022, remplissaient les conditions pour leur reconnaître une pleine valeur probante, ce que l'OAI avait omis de considérer. Enfin, l'intéressée a invoqué une violation du principe de la bonne foi, arguant que cet office avait adopté un comportement contradictoire en lui communiquant un projet de décision d'acceptation de rente, le 12 janvier 2022, tout en la soumettant à son insu à des mesures de surveillance LFA.

A titre de moyens de preuve, outre l'expertise précitée, l'assurée a requis l'édition par l'OAI de son dossier complet ainsi que du dossier S1 19 53 par la juridiction de céans.

**G.b** Le 25 mai 2023, l'intéressée a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, requête que la Cour de céans a rejetée, le 29 août 2023 (S3 23 25).

L'OAI a déposé son dossier, le 22 juin 2023, et a conclu au rejet du recours, le 12 septembre suivant.

Dans sa réplique du 16 octobre suivant, X \_\_\_\_\_ a maintenu ses motifs et conclusions.

Le 14 novembre 2023, l'OAI a indiqué qu'il maintenait lui aussi sa position.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain, avec la communication de cette écriture à la susnommée, pour information.

### **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 24 avril 2023, le recours dirigé contre la décision du 7 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA). Par ailleurs, il a été adressé à l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA) et répond aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.3** Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), la recourante sollicite, à titre de moyen de preuve, l'édition du dossier de l'intimé. Cette requête est satisfaite, puisque ledit dossier a été déposé césans, le 22 juin 2023.

La Cour se référera en outre, dans la mesure utile, au dossier S1 19 53 ayant conduit à l'arrêt de renvoi à l'OAI du 10 mars 2021. La demande de la recourante visant l'édition de ce dossier peut, partant, être également considérée comme satisfaite.

Quant à la demande visant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, elle sera examinée en fin d'arrêt (cf. *infra*, consid. 7).

**2.** Le litige s'inscrit dans le cadre d'une troisième demande de prestations AI, sur laquelle l'intimé est entré en matière. Celui-ci a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité, considérant que son état de santé ne s'était pas notablement modifié depuis

sa dernière décision matérielle du le 8 février 2011. Pour l'essentiel, la recourante reproche céans à l'intimé de n'avoir pas correctement apprécié la situation médicale.

### **3.**

**3.1** En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), le point de savoir si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré doit être tranché, par analogie avec le cas de la révision au sens de l'article 17 LPGA, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances prévalant lors du prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3, cité p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_652/2022 du 7 août 2023 consid. 3.2).

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.

**3.2** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

**3.3** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et les réf. cit.).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPG. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants

n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à l'affaire 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1, cité p. ex. *in* : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2022 du 22 mars 2023 consid. 3.2). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_670/2020 du 28 juillet 2021 consid. 3.2 et les réf. cit.).

**3.4** Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence opérée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui

sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2).

**3.5** Quant à la valeur probante des observations d'une enquête LFA, la jurisprudence retient qu'un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut, tout au plus, fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (cf. ATF 143 V 105 consid. 2.4 et 137 I 327 consid. 7.1) ; cela vaut également dans un contexte de troubles psychiatriques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_586/2022 du 26 avril 2023 consid. 4.3.1). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, *in* RSAS 57/2013, p. 129 ss, plus spécialement p. 152).

**3.6** Selon la jurisprudence (ATF 143 V 418), il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir une évaluation de l'invalidité au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

**3.7** Le juge des assurances sociales 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 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_483/2022 du 13 mars 2023 consid. 4.3.3).

#### **4.**

**4.1** Dans un premier moyen, la recourante conteste la valeur probante de l'avis exprimé par le Dr L \_\_\_\_\_, après qu'il eut consulté le matériel d'observation LFA. Elle relève que cet avis n'est étayé par aucun constat médical et soutient que l'expert n'avait, à ce

moment-là, plus l'impartialité pour émettre une opinion objective, prenant radicalement le contrepied des observations motivées et concluantes qu'il avait rendues dans son rapport du 26 novembre 2021.

**4.2** On rappellera que les motifs de récusation que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle ; les motifs formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 148 V 225 consid. 3.3 et les réf. cit.).

S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs et l'expertisé étant ainsi tenu de rapporter la preuve du contraire permettant de renverser la présomption d'impartialité dont bénéficie l'expert (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les réf. cit.).

**4.3** En l'occurrence, on ne saurait considérer que l'impartialité du Dr L \_\_\_\_\_ a été mise à mal par la communication du matériel d'observation LFA. Au contraire, il était exigé de l'intimé qu'il consulte l'expert à ce propos et lui demande dans quelle mesure ces observations sur le terrain influent sur les conclusions émises dans le rapport d'expertise (cf. *supra*, consid. 3.5). On relèvera encore que, si l'expert a bien mentionné dans son dernier avis du 12 décembre 2022 la possibilité qu'un nouvel examen de la patiente soit mené par un autre spécialiste que lui, cette suggestion n'était nullement liée à une prévention de sa part dans ce dossier et elle supposait, au demeurant, que l'intimé ait encore des doutes au sujet de l'évaluation de la santé psychique de la recourante (cf. pièce n° 201), ce qui n'a en définitive pas été le cas. Partant, cette proposition n'est ici pas déterminante.

**4.4** Quant à la valeur probante des conclusions que le Dr L \_\_\_\_\_ tire du matériel d'observation LFA, il convient d'observer ce qui suit.

Dans son rapport du 28 mars 2022, cet expert a notamment relevé que la recourante était sortie de son domicile, seule ou accompagnée, tous les jours où les observations avaient eu lieu, que ce soit à pied ou en tant que passagère dans un véhicule. Dans l'espace public, elle se mouvait sans difficultés apparentes, saluait spontanément des connaissances dans la rue, ouvrait une boîte aux lettres devant son domicile, faisait des achats, se rendait seule à l'office postal ou conversait ou mangeait avec des connaissances dans une cafétéria. A l'intérieur des magasins, elle prenait régulièrement l'initiative de choisir des produits qui lui convenaient et sortait son porte-monnaie pour payer. Elle consultait en outre son téléphone portable et elle le mettait régulièrement à son oreille. On la voyait aussi en échange avec un enfant qu'elle embrassait occasionnellement. L'expert a noté que tous les mouvements filmés (entrée dans un véhicule, sortie d'un véhicule, se mouvoir dans la rue, bouger dans un grand magasin, marcher seule, marcher avec d'autres personnes) étaient sans exception fluides et même dans une certaine dynamique, l'assurée accélérant parfois le pas, ceci jusqu'à sautiller légèrement. Il a aussi observé qu'elle n'avait visiblement aucune difficulté d'orientation et que les échanges avec d'autres personnes étaient normaux, sa mimique étant vivace et aucun élément ne montrant une quelconque attitude d'absence, un regard vers le haut ou un regard vers le côté. L'assurée était toujours bien présente dans l'espace-temps dans lequel elle se trouvait et elle pouvait se montrer occasionnellement souriante. Pour une autre partie son expression faciale était légèrement dysphorique. Sur la base de ces constatations, l'expert a estimé que l'intéressée simulait consciemment sa maladie (Z76.5) et qu'il n'y avait dès lors aucune atteinte psychiatrique et, de ce fait, aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques (cf. pièce n° 173).

Force est de constater que la valeur probante intrinsèque de ces constatations est entière. En effet, le Dr L \_\_\_\_\_ est un spécialiste de la psychiatrie et de la psychothérapie et il a lui-même examiné l'assurée, le 3 novembre 2021. A ce titre, les conclusions qu'il a émises à l'issue de cet examen et qu'il a par la suite modifiées, après les avoir confrontées aux observations ressortant de l'enquête LFA, sont hautement convaincantes. L'expert était ainsi parfaitement à même de déterminer si ces observations sur le terrain étaient ou non compatibles avec le premier diagnostic psychiatrique qu'il avait posé. On relèvera que ses explications à ce propos sont claires, motivées et dépourvues de contradictions. On comprend ainsi les raisons objectives pour lesquelles cet expert a estimé devoir revenir sur ses premières observations cliniques et conclure à un diagnostic de simulation consciente (Z76.5).

La recourante affirme que ce revirement complet de l'expert n'est pas étayé, ni justifié d'un point de vue médical. Pourtant, la comparaison entre les observations initiales de l'expert et celles qui ressortent de l'enquête LFA parle d'elle-même, tant les constatations sont opposées. En effet, si l'on se fie à la teneur du rapport d'expertise, la recourante présenterait des affections psychiques d'une intensité et d'une étendue pathologique rares, étant fortement perturbée dans beaucoup de domaines (conscience, orientation, cours de la pensée, cognitif, affectif, etc.) et montrant des capacités cognitives sévèrement abaissées, voire inexistantes. A titre d'exemples, lors de l'expertise, l'assurée a déclaré ne connaître ni le lieu où elle se trouvait, ni celui où elle habitait, ni son âge, ni l'âge de son mari, ni les années de naissance de ses enfants ou leurs âges ; elle a en outre régulièrement indiqué à l'expert qu'elle conversait avec sa mère défunte (cf. rapport d'expertise p. 7 et 15, sous pièce n° 145). Un tel tableau, paraissant dominé par une psychose grave et fortement invalidante dans presque toutes les activités du quotidien et tout type de relations sociales, est manifestement incompatible avec les observations résumées ci-dessus, qui montrent une assurée semblant assumer son quotidien de manière tout à fait normale. Les observations de l'enquête LFA sont en outre en contradiction avec les allégations de l'un des fils de la recourante, selon lesquelles celle-ci reste le plus souvent prostrée dans sa chambre, doit être surveillée en permanence et ne peut jamais être laissée seule (cf. *idem* p. 21 s.). Dans ces conditions, l'expert pouvait constater de manière convaincante l'existence d'un cas de simulation, en faisant l'impasse sur un nouvel examen de la recourante, mesure qui pouvait à l'évidence apparaître superflue. On relèvera d'ailleurs que, lors de l'expertise, le Dr L \_\_\_\_\_ avait souligné que la patiente échappait, au moins en partie, à la détermination de l'étiologie et d'un diagnostic, car son comportement réduisait à l'extrême toute expression, toute compréhension et tout échange (cf. *idem* p. 26).

L'intéressée argue en vain que les nouvelles conclusions de l'expert ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles valant pour l'évaluation de l'invalidité due à des troubles psychiques (cf. *supra*, consid. 3.6) : en effet, une évaluation de l'exigibilité du point de vue psychiatrique ne se justifie pas lorsque l'on se trouve face à un cas de simulation (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_95/2019 du 3 juin 2019 consid. 3.2).

**4.5** Attendu ce qui précède, la valeur probante intrinsèque de l'avis du Dr L \_\_\_\_\_ résiste aux critiques de la recourante.

## **5.**

**5.1** Celle-ci se réfère par ailleurs aux rapports émis par ses thérapeutes traitants à la

suite de l'enquête LFA. A la suivre, ces pièces sont concluantes et de nature à invalider l'avis de l'expert quant à l'absence de toute pathologie psychiatrique.

**5.2** S'agissant tout d'abord du rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2022, on relèvera notamment que ce médecin traitant y indique n'avoir « jamais réussi à avoir une discussion limpide » avec sa patiente (en raison de la nécessité de passer par un proche faisant office de traducteur) et avoir été confronté à une impossibilité d'établir un *status* clinique, l'intéressée présentant, au moindre effleurement sur ses articulations ou son corps, des douleurs et des gémissements avec mouvements de repoussement et d'évitement (cf. rapport précité p. 1, sous pièce n° 196). Dans ces conditions, les constatations de ce médecin, le diagnostic de fibromyalgie (dans un contexte probablement de trouble somatoforme douloureux chronique) qu'il pose et les conséquences qu'il en tire sur la capacité de travail de la recourante apparaissent d'emblée sujettes à caution.

A propos des observations résultant de l'enquête LFA, le Dr E \_\_\_\_\_ a fait part de son grand étonnement, indiquant que le tableau constaté ces dernières années lui « semblait cohérent » et que le mari et le fils de l'intéressée lui avaient toujours affirmé, sans qu'il puisse vérifier ces propos, que celle-ci était « dépendante pour toutes les activités de la vie quotidienne » et « pas capable de faire ses courses, de se déplacer seul[e], de rencontrer du monde, de s'occuper de ses enfants ou petits-enfants ni de téléphoner » (cf. *idem* p. 2). Ce faisant, le médecin traitant ne dément aucunement les conclusions de l'expert psychiatre et illustre les contradictions qui ont été mises en évidence par celui-ci.

Certes, le Dr E \_\_\_\_\_ indique plus loin que le revirement de cet expert est probablement subjectif, celui-ci ayant pu ressentir le désagréable sentiment d'avoir été floué par la recourante. Il affirme que la prise de vidéos ne permet pas de présumer la capacité de travail d'un assuré sur le plan psychiatrique et précise que, chez sa patiente, la maladie est fluctuante, avec des périodes favorables et d'autres non (cf. *idem* p. 2). Ces considérations de nature générale ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions motivées du Dr L \_\_\_\_\_. On rappellera à cet égard que la relation de confiance que le Dr E \_\_\_\_\_ entretient avec sa patiente pourrait le conduire, en cas de doute, à se prononcer plutôt en faveur de celle-ci (cf. *supra*, consid. 3.2). On soulignera également que ce médecin n'est pas psychiatre, de sorte que son avis quant à la question de savoir si l'intéressée simule ou non les symptômes d'un trouble psychotique ne revêt pas la même valeur probante que celui du Dr L \_\_\_\_\_.

**5.3** Quant au rapport établi le 16 octobre 2022, le Dr K \_\_\_\_\_ et la psychologue J \_\_\_\_\_ y maintiennent que leur patiente souffre de troubles délirants persistants et soutiennent que les faits détaillés dans le rapport de surveillance LFA ne sont pas incompatibles avec de tels troubles.

Ils précisent à ce sujet que ces observations faites à l'insu de l'assurée ne permettent pas de déterminer son état psychologique et qu'au demeurant, les troubles diagnostiqués n'empêchent nullement celle-ci de sortir de chez elle. Cet argument ne convainc pas. Comme cela ressort du considérant 4.4 ci-dessus (2<sup>e</sup> par.), les conclusions que pose le Dr L \_\_\_\_\_ sont fondées sur des observations concordantes qui montrent une assurée évoluant sans difficultés dans divers environnements extérieurs (rue, restaurant, magasins), adoptant un comportement tout à fait normal et adéquat en fonction des situations et interagissant avec autrui de façon active, fluide et sans aucun trouble apparent. Manifestement, les informations et le matériel recueillis lors de la surveillance ne se limitent pas à montrer que la recourante sort de chez elle.

Les thérapeutes traitants relèvent aussi que, même atteinte de troubles délirants, la patiente peut présenter des phases durant lesquelles son comportement est adapté à la réalité objective. Ils arguent que ces troubles n'influencent pas forcément son comportement de façon continue, comme le laissent penser les résultats de la surveillance LFA, qui n'avait par ailleurs porté que sur cinq jours. Selon eux, une personne qui, comme la recourante, présente un délire de persécution se repère souvent lors de comportements relationnels où une idée ou quelqu'un ou encore quelque chose déclenche de la méfiance, des réactions inadéquates et/ou des comportements hostiles. On relèvera à cet égard que le comportement relationnel de la recourante observé lors de cette surveillance est apparu normal. En effet, l'expert psychiatre remarque notamment que l'intéressée salue spontanément des connaissances dans la rue, converse ou mange avec des connaissances féminines dans une cafétéria ou échange avec un enfant qu'elle embrasse occasionnellement. Il précise que les échanges avec autrui sont normaux, la mimique de l'assurée étant vivace, celle-ci pouvant se montrer occasionnellement souriante et aucun élément ne montrant une quelconque attitude d'absence, un regard vers le haut ou un regard vers le côté (cf. rapport du 28 mars 2022 p. 2, sous pièce n° 173). Cela signifie qu'à aucun moment lors de cette surveillance, la recourante n'a montré les symptômes d'un trouble délirant tels qu'observés, singulièrement, tout au long de l'expertise du 3 novembre 2021. La Cour estime que la durée de la surveillance LFA (cinq jours entre le 12 janvier et le 2 février 2022) n'est pas

critiquable et fournit un aperçu probant du quotidien de l'intéressée. Elle ne saurait en effet retenir, comme le laisse entendre les thérapeutes traitants, que ces cinq jours de surveillance auraient coïncidé avec de rares moments durant lesquels l'assurée est parfaitement lucide. En outre, comme le fait remarquer le Dr L \_\_\_\_\_ dans son dernier rapport du 12 décembre 2022 (cf. pièce n° 201), le décalage entre ses observations de la patiente lors de l'expertise et les résultats de la surveillance LFA est tel qu'il n'existe aucune autre explication que celle de la simulation.

On rappellera par ailleurs que ce qui ressort du matériel d'observation est également en contradiction avec les déclarations des membres de la famille de la recourante, qui décrivent celle-ci comme fortement dépendante et invalide dans pratiquement tous les aspects de son quotidien. On remarquera encore que les déclarations de l'assurée lorsqu'elle a été confrontée aux résultats de cette enquête ont été inconsistantes, celle-là ne fournissant aucune explication aux interrogations des collaborateurs de l'OAI (cf. procès-verbal d'entretien du 3 mars 2022 p. 5, sous pièce 166). Ces éléments dans leur ensemble, tout comme le fait que l'intéressée et son entourage se sont toujours opposés catégoriquement à une véritable prise en charge en milieu médicalisé sur une certaine durée, amènent à conclure que l'avis des thérapeutes traitants quant à l'existence d'une véritable pathologie psychiatrique invalidante ne peut être suivi.

**5.4** Attendu ce qui précède, on ne saurait retenir que les rapports précités des médecins traitants sont aptes à ébranler les conclusions posées par l'expert psychiatre dans son rapport du 28 mars 2022, que partage par ailleurs le médecin du SMR (cf. avis du 21 novembre 2022, sous pièce n° 198). Il s'ensuit que l'intimé s'est fondé à bon droit sur ces conclusions plutôt que sur celles des thérapeutes traitants et qu'il a constaté qu'aucun élément objectif nouveau mettait en évidence une aggravation notable de l'état de santé de la recourante depuis sa décision du 8 février 2011.

## **6.**

**6.1** Enfin, l'intéressée invoque une violation du principe de la bonne foi, arguant que cet office a adopté un comportement contradictoire en lui communiquant un projet de décision d'acceptation de rente, le 12 janvier 2022, tout en la soumettant à son insu à des mesures de surveillance LFA.

**6.2** Ce grief doit être écarté. En effet, lors de l'enquête LFA, l'OAI n'avait pas encore statué sur la demande de prestations de la recourante, seul un projet de décision ayant été communiqué à celle-ci. Cela signifie que cette demande pouvait toujours faire l'objet de mesures d'instruction. Certes, on comprend qu'en notifiant ce projet, l'intimé

envisageait, sur la base du premier rapport de l'expert psychiatre, d'admettre la demande de l'intéressée. Néanmoins, rien ne l'empêchait, dans le même temps, d'ordonner des investigations complémentaires, sous la forme d'une surveillance LFA. On précisera à ce propos que celle-ci a été mise en place conformément aux prescriptions légales (art. 43a LPGA). Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé un comportement contradictoire.

7. Dès lors que les pièces au dossier sont probantes et permettent de trancher le présent litige en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La demande en ce sens doit ainsi être rejetée (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

**8.**

**8.1** Partant, le recours, en tous points mal fondé, est rejeté.

**8.2** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance du même montant versée par l'intéressée.

**8.3** Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 91 al. 1 LPJA *a contrario*).

**Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :**

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

Sion, le 10 mai 2025.