

S1 23 144

**ARRÊT DU 4 MARS 2025**

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

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

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17 LPGA ; refus de rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations AI)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xxxx, originaire du A \_\_\_\_\_, est arrivée en Suisse avec son époux et ses trois enfants, en août 1998. Elle a travaillé comme employée au conditionnement des fruits et légumes auprès de divers maraîchers, jusqu'à un accident de la circulation survenu le 11 août 2007 au A \_\_\_\_\_, dont elle a été victime. A cette occasion, elle a subi une fracture-tassement de L1 sur AVP avec fracture de la clavicule droite, une fracture complexe du calcanéum gauche et une contusion thoracique (cf. protocole opératoire du 22 août 2007, page 1150 ; rapport de l'hôpital de B \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2007, page 1113). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Les examens effectués à la Clinique C \_\_\_\_\_ du 30 avril au 27 mai 2008 n'ont pas révélé de séquelles post-traumatiques cérébrales, ni de lésions de la moelle ou d'atteinte du système nerveux périphérique et ont montré une bonne consolidation de la clavicule, sans atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Au niveau du rachis, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie, a noté une perte de hauteur marquée du mur antérieur de L1 avec une angulation de l'ordre de 40° avec un minime glissement antérieur de D10 sur L1, non formellement stabilisé. Au membre inférieur gauche, il a diagnostiqué une algodystrophie de stade II-III. Du point de vue professionnel, il a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de conditionnement de fruits et légumes et a ajouté qu'il y avait plusieurs facteurs somatiques et psychosociaux défavorables qui laissaient présager une réintégration professionnelle difficile (cf. rapport du 16 juin 2008, page 1176).

**B.** Le 3 juin 2008, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI ; pièce 5, page 25).

Après avoir examiné l'assurée le 22 septembre 2008, en présence d'une interprète parlant E \_\_\_\_\_, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, a rendu un rapport le 30 décembre 2008, dans lequel il a posé les diagnostics de dorsalgies post-traumatiques chroniques et de podalgies gauches post-traumatiques chroniques. S'agissant des omalgies droites chroniques, il a observé que celles-ci n'avaient pas de substrat organique ni de répercussion fonctionnelle. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée en tant qu'ouvrière maraîchère au tri des fruits et légumes était nulle de manière définitive depuis le 11 août 2007, en raison des limitations fonctionnelles suivantes : position de travail libre alternée

assis-debout, pas de longues stations assises ou debout, pas de déplacements longs et répétitifs, dans les escaliers, sur une échelle et en terrain inégal, port de charges limitées à 5 kilos et non répétitif, pas d'exposition au froid, aux intempéries et aux vibrations (pièce 39, page 157).

Le 18 novembre 2009, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G \_\_\_\_\_, a examiné l'assurée et a constaté qu'il subsistait une limitation douloureuse et fonctionnelle à la marche ainsi que des douleurs associées à une cunéisation importante après fracture de L1. De son point de vue, une réintégration professionnelle était probablement illusoire dans le contexte global, essentiellement pour des facteurs étrangers à l'accident (par ex. le fait que l'assurée ne parle pas le français). Il a conclu qu'un horaire de travail d'au moins 50% était exigible dans une activité adaptée en position de prédominance assise avec la possibilité de changer de position au besoin, avec des petits déplacements en terrain plat, sans rotation répétitive du tronc, sans position en porte à faux et sans port de charges au-delà de quelques kilos (pièce 318, page 1437).

Un nouvel examen a été mis en œuvre auprès du SMR, par le Dr F \_\_\_\_\_, le 4 octobre 2010 (pièce 68, page 216). A cette occasion, le spécialiste a noté que l'assurée était fixée sur ses douleurs et que la présence de facteurs psychiques et sociaux orientait vers un pronostic défavorable l'éventuelle reprise d'une activité professionnelle. En raison de l'aggravation des altérations de la charnière dorsolombaire sous la forme d'une discopathie L1-L2, il a modifié son appréciation de la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée et l'a fixé à 50% dès le 22 septembre 2008. En revanche, s'agissant des limitations fonctionnelles, il a considéré que celles-ci demeuraient inchangées (cf. rapport du 13 octobre 2010 ; pièce 75, page 230).

Par décision du 16 mars 2011, la CNA a mis l'assurée au bénéfice d'une rente basée sur un taux d'invalidité de 18% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, sur la base des conclusions du Dr G \_\_\_\_\_ (pièce 321, page 1463).

Pour sa part, l'OAI a statué, par décision du 14 juillet 2011, l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2008, au motif que, depuis le 22 septembre 2008, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui correspondait, après comparaison des revenus, à un taux d'invalidité à 29% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (pièce 90, page 269). Sur recours de l'intéressée du 12 septembre 2011, la

Cour de céans a confirmé la décision de l'OAI, par jugement du 20 janvier 2012 (S1 11 156 ; pièce 111, page 409).

**C.** Le 16 novembre 2012, l'assurée a rempli une nouvelle demande de prestations AI en invoquant une aggravation de son état de santé sous la forme d'une fracture-tassement L1 avec hypercyphose de 40°, fracture-tassement du calcanéum gauche et d'un état dépressif. Étaient joints les rapports médicaux du Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ne pouvait pas poser un diagnostic (pièce 113, page 429), et du Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui confirmait l'état de la colonne dorso-lombaire (pièce 113, page 430).

Le 4 juin 2013, l'OAI a reçu un rapport du 29 mai 2013 du Dr J \_\_\_\_\_, médecin chef auprès du service d'orthopédie et traumatologie du K \_\_\_\_\_, qui constatait un effondrement complet du calcanéum avec perte de hauteur de l'arrière-pied, ainsi qu'une déformation cyphotique avec une angulation à la jonction thoraco-lombaire radiologiquement mesurée à plus de 45° actuellement et qui ne voyait pas comment il était possible d'imaginer que sa patiente, avec ses capacités cognitives et linguistiques, puisse reprendre une activité professionnelle avec son atteinte du pied et son atteinte du rachis (pièce 121, page 445).

Interpellé, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a confirmé, le 25 septembre 2013, l'incapacité de travail totale de sa patiente, en raison d'une boiterie de la cheville gauche et d'une déstabilisation complète du rachis dorsolombaire à attribuer à l'importante angulation de 40° de L1 (pièce 142, page 489). Le 15 décembre 2013, il a précisé que le problème n'était pas d'ordre psychiatrique, puisque l'évolution de la thymie avait été favorable grâce au soutien psychothérapeutique et au traitement d'antidépresseurs, mais que le problème était surtout d'ordre orthopédique (pièce 156, page 522).

Mandaté, le SMR a considéré, le 13 mars 2014, qu'il n'y avait aucun élément objectif rendant plausible une péjoration ou un changement de l'état de santé. Il a rappelé qu'aucune atteinte psychiatrique n'avait été diagnostiquée et a observé que, dans son rapport, le Dr J \_\_\_\_\_ avait mentionné plusieurs éléments étrangers à la notion de l'invalidité pour conclure au droit à une rente (pièce 159, page 542).

Une nouvelle IRM lombaire a été effectuée le 3 avril 2014. Dans son rapport, le radiologue a noté qu'il y avait toujours une fracture cunéiforme de L1, sans changement significatif et sans argument pour un processus aigu et qu'il n'y avait pas de hernie discale, de conflit radiculaire ou de compression du sac dural, ni de fragments osseux

libres, notamment intracanaux (pièce 167, page 571). Dans un rapport complémentaire du 11 avril 2014, le radiologue a procédé à une évaluation de l'évolution de la fracture L1 et est arrivé à la conclusion que la chronologie radiologique ne permettait pas de démontrer de changement du status radiologique (pièce 169, page 589).

Sollicité, le SMR, par le Dr F \_\_\_\_\_, a constaté qu'il n'existait pas de nouveaux éléments radiologiques parlant en faveur d'une aggravation de l'évolution de la fracture cunéiforme de L1, puisque le radiologue lui-même avait indiqué qu'elle ne présentait pas de changement significatif. Il a noté que le fragment libre qui avait été évoqué à la radiographie de mars 2014 n'avait pas été confirmé à l'IRM. Il a relevé que le petit recul du mur postérieur de la jonction de D12-L1 sans conséquence neurologique avait déjà été décrit par le Dr D \_\_\_\_\_ en juin 2008. Il a encore observé que la discopathie L1-L2 déjà connue ne s'était pas aggravée radiologiquement et que la déformation cunéiforme de L1 et l'ostéophytose intersomatique L1-L2 étaient inchangées. De son point de vue, la seule indication nouvelle était celle du Dr L \_\_\_\_\_ qui mentionnait une accentuation de la flexion antérieure du tronc sans pour autant la quantifier, alors qu'il rapportait la même angulation antérieure de 40 à 45°, préalablement connue et inchangée. En conséquence, il a conclu à l'absence d'éléments médicaux objectifs permettant d'affirmer une aggravation durable de l'état de santé (cf. avis du 11 juillet 2014 ; pièce 170, page 593).

Par décision du 3 septembre 2014, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en l'absence de toute aggravation durable objective de l'état de santé (pièce 174, page 600). Sur recours de l'intéressée, la Cour de céans a confirmé cette décision, par jugement du 15 janvier 2015 (S1 14 221), en raison de l'absence de modification « significative » au niveau du rachis et de limitation fonctionnelle supplémentaire à celles déjà reconnues auparavant (pièce 185, page 644).

**D.** Le 2 juin 2015, l'assurée a demandé la révision de son cas sur la base du rapport du 26 mai 2015 du Dr M \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie orthopédique des N \_\_\_\_\_ (pièce 198, page 670). Ce spécialiste avait constaté une boiterie antalgique de décharge du membre inférieur gauche et une fracture Burst traitée conservativement, avec une angulation cyphotique d'environ 40°, sans signe d'irritation neurologique. A l'IRM lombaire, il n'avait pas objectivé de discopathie ni de hernie pouvant entraîner des irritations dans le membre inférieur gauche. Il avait posé les diagnostics de déformation cyphosante de la jonction thoracolombaire sur une fracture Burst de L1 ancienne, fracture de la clavicule droite ancienne et fracture du calcaneum gauche ancienne.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé, il avait déclaré que l'état était stationnaire, mais que, depuis quelques mois (début de l'année 2015), l'assurée se trouvait être de plus en plus handicapée, avec des douleurs plus importantes.

Mandaté, le SMR a constaté, le 20 juin 2015, que ce rapport ne faisait état d'aucun élément objectif rendant plausible une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Il a relevé que la description du statut clinique était superposable à celle des rapports antérieurs, que les clichés radiologiques n'avaient pas mis en évidence de changement objectif d'un point de vue anatomique et que la liste des diagnostics était la même qu'avant (pièce 202, page 679).

Par décision du 2 décembre 2015 (pièce 209, page 719), l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'aggravation dont l'assurée se prévalait était purement subjective et n'était pas confirmée par des observations médicales concluantes.

Le 22 décembre 2015, l'assurée a fait savoir qu'elle n'était pas d'accord avec cette décision et a transmis un rapport établi le 13 décembre 2015 par le Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (pièce 211, page 727).

Par jugement du 28 avril 2016 (S1 16 7), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée et a confirmé le refus d'entrer en matière de l'OAI sur la base des éléments disponibles au moment de la décision, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte du rapport médical du Dr O \_\_\_\_\_ établi et produit par la recourante postérieurement à la décision attaquée du 2 décembre 2015 (pièce 226, page 808).

**E.** Par courrier du 28 juillet 2016, l'assurée a demandé le réexamen de son cas au vu des diagnostics psychiatriques posés par le Dr O \_\_\_\_\_ (pièce 228, page 827).

Dès lors que l'état de santé physique n'avait pas évolué, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièce 231, page 835). Celle-ci a eu lieu le 15 mars 2017 en présence d'un traducteur. Dans son rapport du 17 mars suivant (pièce 247, page 861), l'expert a indiqué que l'assurée s'était plainte spontanément de douleurs au dos et de maux de tête et que sur son questionnement, elle avait précisé qu'elle était triste et pleurait lorsqu'elle était seule. Il n'a pas observé d'humeur franchement déprimée, mais une labilité émotionnelle avec passage du rire aux pleurs lors de l'évocation de l'accident

de voiture du 11 août 2007. Il n'a pas constaté de trouble de la personnalité ni pu retenir les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif ou même de dysthymie. Il a relevé que l'assurée présentait certes des symptômes d'état de stress post-traumatique et de dépression, mais que ceux-ci étaient disparates, aspécifiques, réduits, non incapacitants et qu'ils n'étaient pas constitutifs d'un diagnostic psychiatrique. Il a conclu que sur un plan strictement psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était entière, en l'absence d'arguments en faveur d'une incapacité de travail durable, entière ou partielle, pour la période passée, pour des raisons psychiatriques (page 883). Il a précisé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques, mais que des facteurs extra-médicaux, à savoir le déconditionnement professionnel, la mauvaise adaptation à la culture d'accueil, ainsi que l'attitude de l'assurée (conviction d'être inapte à quelque activité lucrative que ce soit) rendaient difficile la reprise d'une activité professionnelle (page 884). Il a remarqué que la prescription de l'antidépresseur citalopram 20mg par le Dr L \_\_\_\_\_ avait permis d'améliorer la symptomatologie dépressive réactionnelle à l'accident et qu'il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique (les Drs H \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ ayant été vus à une seule reprise ; cf. expertise p. 14), une telle mesure n'étant pas nécessaire en l'absence de trouble mental avéré.

Prenant position le 5 juin 2017, le SMR a estimé que l'expertise était pleinement probante et qu'en l'absence de maladie psychiatrique invalidante et de péjoration de l'état de santé sur le plan somatique depuis 2015, il y avait lieu de confirmer que l'assurée était toujours capable d'exercer une activité adaptée à 50% depuis le 22 septembre 2008 (pièce 260, page 914).

Par projet de décision, puis décision du 24 août 2017, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité au motif que l'instruction médicale n'avait mis en évidence aucun élément nouveau, tant sur le plan somatique que psychiatrique, de sorte que son état de santé restait compatible avec l'exercice à 50% de toutes activités adaptées aux limitations fonctionnelles déjà décrites précédemment (pièce 263, page 921).

**F.** Le 20 décembre 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en invoquant toujours les suites de son accident de 2007 (pièces 264 et 269, page 949).

Dans le délai octroyé par l'OAI pour fournir les éléments médicaux rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, l'intéressée a remis les pièces suivantes (pièce 272) :

- un rapport du 31 janvier 2023 du Dr L \_\_\_\_\_, qui rappelait les douleurs au rachis et au pied gauche, ainsi que la présence d'un status anxieux-dépressif, pour lequel l'assurée recherchait l'aide d'un psychiatre (ce qui était difficile en raison de la barrière de la langue), et qui concluait à une incapacité de travail totale (page 966) ;
- les rapports du 15 mars 2022 (page 972) et du 29 novembre 2022 (page 969) de la Dresse Q \_\_\_\_\_, qui n'était pas convaincue qu'une chirurgie de correction améliore les symptômes lombaires ;
- les rapports du Centre R \_\_\_\_\_ des 24 janvier 2022 (page 967) et 3 octobre 2022 (page 970) qui mentionnaient les difficultés à soulager les douleurs mal ciblées de la patiente et attestaient l'échec des infiltrations sur les douleurs ;
- un rapport médical du 3 février 2022 du Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui faisait état de paresthésies et dysesthésies des membres inférieurs pouvant suggérer un syndrome des jambes sans repos, mais qui indiquait que l'examen clinique n'avait pas révélé de déficit sensitivomoteur ou d'altération des réflexes myotatiques aux membres inférieurs, que l'examen électro-physiologique était normal, que les neurographies avaient permis d'écartier une polyneuropathie et que l'EMG à l'aiguille concentrique n'avait apporté aucun élément en faveur d'une radiculopathie lombo-sacrée à gauche (page 964).

Interpellé par l'OAI, le Dr L \_\_\_\_\_ a rendu un rapport du 13 mars 2023 (pièce 281, page 984), dans lequel il a attesté une dégradation physique et psychique progressive au fil du temps, avec une lésion L1 de la colonne dorso-lombaire, une déformation du talon gauche et un important état anxio-dépressif et régressif. De son point de vue, il était impossible d'imaginer une capacité de travail dans n'importe quelle activité, sa patiente ne présentant aucun potentiel de réadaptation.

Prenant position le 30 mars 2023, le SMR a constaté que les radiographies du 16 janvier 2023 ne montraient aucune modification dégénérative supplémentaire au niveau de la colonne ni de signe de coxarthrose. Il a remarqué que le Dr S \_\_\_\_\_ n'avait signalé aucun déficit sur le plan neurologique, que la Dresse Q \_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné de nouveaux éléments et que les rapports du Centre R \_\_\_\_\_ décrivaient des douleurs déjà connues. S'agissant de la prétendue évolution dépressive mentionnée par le Dr L \_\_\_\_\_, il a observé qu'aucune nouvelle médication n'avait été prescrite et que l'assurée ne suivait pas de thérapie psychiatrique ou psychologique, apparemment pour des raisons linguistiques, de sorte qu'une aggravation sous cet angle n'était pas

rendue plausible. Il a dès lors conclu que ses appréciations antérieures restaient d'actualité (pièce 282, page 988).

Par projet de décision du 12 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, dès lors que les nouveaux documents médicaux reçus n'apportaient pas d'élément objectif nouveau allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé et ne décrivaient aucune éventuelle nouvelle pathologie objective susceptible de modifier ses droits et qu'en conséquence, une capacité de travail de 50% demeurait toujours exigible dans toute activité respectant les limitations détaillées dans la décision du 24 août 2017 (pièce 284, page 991).

Le 2 mai 2023, l'assurée a donné procuration à ses deux enfants T \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_ pour la représenter dans ses démarches administratives (pièce 288, page 1005). Par courrier du même jour, elle a contesté le projet de décision au motif que sa capacité de travail était clairement altérée par son état physique et psychique et que le degré d'invalidité de 29% ne correspondait pas à la réalité (pièce 289, page 1006).

Le 23 mai 2023, le Dr L \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI dans lequel il a rappelé l'état somatique de sa patiente et a relevé que sur le plan psychiatrique, malgré le traitement antidépresseur bien supporté, la situation de la patiente s'était dégradée avec un état régressif important, de sorte qu'il conseillait de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique et un examen somatique détaillé auprès du SMR (pièce 291, page 1008).

Mandaté, le SMR a relevé, le 11 juillet 2023, que le Dr L \_\_\_\_\_ n'avait pas décrit de troubles somatiques qui n'étaient pas déjà connus et que sur le plan psychiatrique, il n'avait pas mentionné de nouvel élément par rapport à l'expertise réalisée en 2017, de sorte que la demande d'un nouvel examen n'était pas justifiée (pièce 294, page 1012).

Par courrier du 19 juillet 2023, l'assurée a demandé à l'OAI de bien vouloir prendre en considération les recommandations du Dr L \_\_\_\_\_, car elle était anxieuse et avait perdu confiance en ses propres capacités (pièce 295, page 1014).

Par décision du 17 août 2023, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité, en se référant aux avis du SMR des 30 mars 2023 et 11 juillet suivant et en précisant que les courriers des 2 mai 2023 et 19 juillet 2023 ne contenaient aucun élément médical susceptible de modifier les conclusions du SMR (pièce 297, page 1017).

**G.** L'intéressée a recouru céans contre ce prononcé par écriture déposée auprès du Greffe du Tribunal le 20 septembre 2023. Elle s'est référée au rapport du 23 mai 2023

du Dr L \_\_\_\_\_ et a reproché à l'OAI, respectivement au SMR d'avoir écarté d'un « revers de la main » sa demande d'expertise psychiatrique, alors qu'elle était à la recherche d'un suivi chez un psychiatre pour son anxiété.

Répondant le 31 octobre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'en cas de demande de révision, il y avait lieu de comparer la situation avec celle qui existait lors du refus de prestations du 24 août 2017 et qu'en l'occurrence, les rapports médicaux postérieurs à cette date ne mettaient pas en évidence de nouveaux troubles somatiques ni ne rendaient plausible une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée qui avait été expertisée par le Dr P \_\_\_\_\_ en 2017, puisque le traitement médicamenteux était toujours le même et qu'un suivi psychiatrique n'avait pas été mis en place.

Dans sa réplique du 29 novembre 2023, la recourante a signalé qu'elle était à la recherche d'un psychiatre mais que la démarche était compliquée. Le 9 janvier 2024, elle a annoncé qu'elle avait eu un premier rendez-vous avec le Dr V \_\_\_\_\_, qui avait établi un certificat attestant qu'il avait rencontré l'assurée le 22 décembre 2023 dans le cadre de troubles sévères et invalidants du spectre post-traumatique (F43.1).

Prenant position le 16 janvier 2024, l'intimé a relevé que le Dr V \_\_\_\_\_ n'avait pas fait état d'élément objectif nouveau susceptible de remettre en question les conclusions médicales.

L'échange d'écritures a été clos le 18 janvier 2024.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Déposé au Greffe du Tribunal le 20 septembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 17 août 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** 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). Compte tenu de la date de la décision entreprise et du fait que le droit potentiel de la recourante à une rente d'invalidité sont postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, c'est le droit en vigueur à partir de cette date qui s'applique.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande.

**2.1** 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 (art. 17 LPGA) qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2).

A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou atteint 100 % (al. 1). 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 (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.1).

**2.2** En l'espèce, l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du 20 décembre 2022 et a repris l'instruction médicale du dossier afin de déterminer si une péjoration significative et durable de l'état de santé, modifiant la capacité de travail résiduelle, était établie au degré de la vraisemblance prépondérante depuis la décision du 24 août 2017 entrée en force, refusant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en l'absence de modification au niveau du rachis et de la cheville et d'atteinte psychiatrique invalidante mise en évidence dans l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_.

### **3.**

**3.1** Au moment de la décision du 24 août 2017, l'assurée souffrait toujours de dorsalgies post-traumatiques chroniques, ainsi que de podalgies gauches post-traumatiques chroniques. Son état somatique n'avait pas subi de modification significative par rapport à la décision précédente de septembre 2014. La demande de réexamen déposée en juillet 2016 était d'ailleurs essentiellement fondée sur le rapport du 13 décembre 2015 du Dr O \_\_\_\_\_, qui retenait un état de stress post-traumatique invalidant.

Sous cet angle, l'expertise psychiatrique réalisée le 15 mars 2017 par le Dr P \_\_\_\_\_ est arrivée à la conclusion que l'assurée ne présentait aucune maladie psychiatrique invalidante. Dans son rapport, l'expert a procédé à une anamnèse complète, reprenant toute la vie de l'assurée, y compris l'accident de 2007 et ses suites. Il a discuté l'ensemble des diagnostics évoqués par le médecin traitant et le Dr O \_\_\_\_\_, à savoir l'anxiété généralisée, la dépression et l'état de stress post-traumatique, et a encore écarté tout trouble de la personnalité ou d'autres pathologies (pièce 247, p. 877 ss). Cette expertise a été jugée pleinement probante par le SMR dans son avis du 5 juin 2017 (page 914) et par l'intimé dans sa décision du 24 août 2017, qui a répondu aux griefs de l'assurée (page 921). La Cour ne voit aucune raison de revenir sur cette appréciation.

### **3.2**

**3.2.1** Dans le cadre de la nouvelle demande de décembre 2022, le Dr L \_\_\_\_\_ a déposé un rapport le 31 janvier 2023, dans lequel il a mentionné que l'assurée présentait des douleurs persistantes à son rachis et son pied gauche, se déplaçait avec une démarche en boiterie gauche et se tenait de plus en plus voûtée. Les radiographies du 16 janvier 2023 n'ont pas montré de modification par rapport à l'état antérieur et l'examen neurologique réalisé le 3 février 2023 par le Dr S \_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de déficit neurologique.

Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 30 mars 2023 (pièce 282, page 989), l'assurée présente toujours les mêmes troubles somatiques qu'antérieurement, avec des problèmes de mobilisation, un déconditionnement global et les mêmes limitations fonctionnelles somatiques, à savoir (cf. décision du 3 septembre 2014) : position de travail libre alternée assis-debout, pas de longue station assise ni de longue station debout, pas de déplacement long ni répétitif, pas de déplacement dans les escaliers, sur des échelles ainsi qu'en terrain inégal, port de charges limité à 5 kg, non répétitif, et pas d'exposition au froid, aux intempéries et aux vibrations.

Si la recourante conteste cet avis, elle n'apporte toutefois aucun élément médical qui permettrait de prouver une péjoration significative de l'état de santé physique, avec l'apparition d'une nouvelle pathologie, respectivement de nouvelles limitations fonctionnelles.

**3.2.2** La recourante semble davantage se plaindre d'une péjoration de son état de santé psychique. Sur cet aspect, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 31 janvier 2023, que l'assurée présentait un status anxieux dépressif, avec des signes de pertes de mémoire et des troubles du sommeil, et que le traitement antidépresseur n'avait pas franchement amélioré le tableau clinique. Le 23 mai 2023, il a ajouté, que malgré le traitement antidépresseur (citalopram) et pour les troubles du sommeil (dormicum), la situation de sa patiente s'était dégradée avec l'installation d'un état régressif important, puisqu'encore à ce jour, elle voyait le véhicule responsable de l'accident arriver sur elle.

La Cour remarque que la symptomatologie ci-dessus décrite par le Dr L \_\_\_\_\_ était déjà existante en 2017 et qu'elle a fait l'objet d'une étude attentive par le Dr P \_\_\_\_\_, qui a discuté les différents troubles psychiques pouvant entrer en ligne de compte et notamment l'état de stress post-traumatique, qu'il a écarté en l'absence de critères diagnostics suffisants. En outre, le Dr L \_\_\_\_\_ ne mentionne pas avoir modifié le dosage du traitement antidépresseur, qui reste faible, ni avoir introduit un nouveau médicament, par exemple à visée anxiolytique, ou même avoir proposé une hospitalisation, ce à quoi on aurait pu s'attendre en présence d'une péjoration majeure de l'état de santé psychique de l'intéressée. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 30 mars 2023, l'absence de telles mesures ne rend pas plausible une détérioration significative sous l'angle psychique.

En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'appartient pas au SMR de se substituer au rôle du médecin traitant en prescrivant un suivi psychiatrique, respectivement en aidant l'assurée à trouver un thérapeute à cette fin. La Cour relève

d'ailleurs qu'en 2013, le Dr L \_\_\_\_\_ avait fait bénéficier sa patiente d'un soutien de psychothérapie ambulatoire en présence d'une assistante médicale parlant E \_\_\_\_\_ (cf. page 522). Alors que la barrière de la langue était invoquée par la recourante pour justifier l'absence de suivi malgré la péjoration alléguée, celle-ci a finalement obtenu, en cours de procédure de recours, un rendez-vous chez le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste ayant obtenu ses diplômes en W \_\_\_\_\_ et en Y \_\_\_\_\_, puis sa certification FMH en Suisse et dont rien n'indique qu'il parle ou comprenne le E \_\_\_\_\_. Le 3 janvier 2024, celui-ci a attesté avoir commencé un suivi de l'assurée pour des troubles sévères et invalidants du spectre post-traumatique (F43.1 = état de stress post-traumatique). Dans ce bref certificat, le psychiatre n'a toutefois mentionné aucun élément spécifique à ce diagnostic, comme par exemple un sentiment de détresse lié à des flash-backs, une hypervigilance, l'évitement de la voiture etc. Ainsi, en l'absence de plus amples éléments objectifs, c'est à juste titre que l'intimé a estimé que ce document ne pouvait mettre en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique de 2017 et l'avis du SMR du 30 mars 2023.

**3.3** Au vu de ces considérations, le recours est rejeté et la décision entreprise 17 août 2023 est confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder à l'interrogatoire de la recourante qui a pu faire valoir pleinement ses arguments dans le cadre de l'échange d'écritures, ni de mettre en œuvre de plus amples investigations médicales, notamment sous forme d'expertise (principe de l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

#### **4.**

**4.1** La recourante, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés, sur le vu des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, à 500 fr. (art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA et 69 al.1bis LAI).

**4.2** Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Par ces motifs,

#### **Prononce**

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

Sion, le 4 mars 2025