

S1 23 66

**ARRÊT DU 13 NOVEMBRE 2024**

**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, représentée par les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais Central, à Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17 LPGA ; révision et refus de prestations)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xx 1967, travaille comme vendeuse à 60% pour A \_\_\_\_\_ depuis juin 2009 (pièce 15). Le 28 septembre 2014, elle a été mise en arrêt de travail total en raison d'un kyste sacro-coccygien, opéré le 29 octobre 2014 par le Dr B \_\_\_\_\_, médecin adjoint du service de chirurgie générale de l'Hôpital de C \_\_\_\_\_ (pièce 5 p. 10, pièce 16 et pièce 35 p. 87).

**B.** Le 30 mars 2015, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI). Interpellé, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté, le 3 mai 2015, que l'assurée était en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 (pièce 16 p. 50). Entendue par une coordinatrice en réadaptation de l'OAI le 15 juin 2015, l'assurée a expliqué avoir repris son activité de caissière à 25% du 60% le 18 janvier 2015 et a déclaré qu'une reprise était prévue à 40% du 60% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 (pièce 21).

Le 5 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et gastro-entérologie. Celui-ci n'a pas constaté de récurrence d'un abcès ; il a noté que l'assurée présentait une dermite périanale qui avait engendré un état dépressif réactionnel ; il a donc proposé de commencer un traitement antidépresseur (pièce 35 p. 81).

Le 12 octobre 2015, le médecin traitant de l'assurée, le Dr E \_\_\_\_\_, a indiqué que sa patiente présentait des douleurs anales qui l'empêchaient de rester assise plus de 2 à 3 heures par jour et un état dépressif réactionnel pour lequel un traitement antidépresseur avait été introduit le 7 octobre 2015 (pièce 35 p. 79). Il a fixé la capacité de travail dans l'activité de caissière à 40% du 60%, en position alternée assis-debout et avec adaptation de la place de travail via une chaise coussin-bouée circulaire. Le 12 janvier 2016, il a attesté une capacité de travail de 50% du 60% dès le 1<sup>er</sup> février 2016 (pièce 46 p. 125).

Le 14 janvier 2016, l'OAI a procédé à une enquête pour ménagère et mixte. A cette occasion, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps pour être autonome financièrement, puisque son ex-époux ne lui versait aucune pension, qu'elle était au bénéfice de l'assistance sociale depuis plusieurs années et que sa fille âgée de 16 ans était en formation et autonome (pièce 47).

L'assurée ayant commencé un suivi psychiatrique auprès du Dr F \_\_\_\_\_ le 19 novembre 2015, l'OAI a requis un rapport de ce dernier. Le 11 mars 2016, le psychiatre a expliqué que l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et faisait une fixation sur ses douleurs avec l'angoisse d'une récurrence, sans que cela n'entraîne toutefois d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (pièce 58). Le 13 juin 2016 (pièces 68 et 69), il a confirmé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F43.22), en précisant que la patiente restait fixée sur son problème périnatal et présentait des traits de personnalité obsessionnelle diminuant sa capacité d'adaptation aux changements, sans que cela ait une incidence sur sa capacité de travail qui demeurait entière sur le plan psychiatrique.

Le 22 septembre 2016 (pièce 74), le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente se plaignait toujours de douleurs anales et interfessières limitant la position assise, mais que la situation s'était améliorée grâce au coussin-bouée circulaire ce qui avait permis d'augmenter la capacité de travail à 50% du 60%. Il a estimé que, dans une activité entièrement debout ou en position alternée sans changement rapide, elle pourrait travailler au plein temps qui était le sien antérieurement, soit à 60%, mais que la limitation principale à une augmentation de la capacité de travail était d'origine psychique car la patiente avait une structure de personnalité rigide et supportait très mal le changement.

Prenant position le 5 octobre 2016 (pièce 76), le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré au vu des rapports recueillis que, sur le plan psychiatrique, le pronostic était bon et la capacité de travail entière et que, sur le plan physique, la capacité de travail pouvait augmenter en position principalement debout. Il a donc conclu que la capacité de travail dans une activité pleinement adaptée devait être considérée comme entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2016.

Par projet de décision du 14 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016, dès lors que, dès le 1<sup>er</sup> février 2016, on pouvait exiger de sa part l'exercice à plein temps de toute activité légère et adaptée à son état de santé respectant la position de travail debout-alternée (pièce 78). Par projet de décision du 17 octobre 2016, il a annoncé à l'assurée que tout droit à des mesures d'ordre professionnel lui serait refusé (pièce 77).

**C.** Le 24 octobre 2016 (pièce 81), l'intéressée a contesté le projet de décision de rente limitée dans le temps. Une nouvelle enquête a dès lors été effectuée le 7 novembre 2016. A cette occasion, l'enquêteur a expliqué les termes du projet de décision à

l'assurée, laquelle a alors admis qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%, mais a contesté fermement pouvoir travailler à plein temps dans une activité adaptée (pièce 82).

Le 23 décembre 2016, le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé que sa patiente présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité de caissière à 60% depuis le 1<sup>er</sup> février 2016 et ceci pour une période indéterminée (pièce 84).

Le 19 janvier 2017, le Dr F \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée restait déprimée, ce qui pouvait être considéré comme un facteur aggravant l'incapacité de travail. Il a ajouté que l'évaluation du Dr E \_\_\_\_\_ sur ce point lui paraissait adéquate (pièce 87).

Mandaté, le SMR a constaté que l'état psychiatrique n'avait pas vraiment évolué et que le traitement prescrit de Lexotanil (anxiolytique) était de dosage faible et administré seulement en réserve, ce qui indiquait que la symptomatologie n'atteignait pas la gravité d'une atteinte incapacitante et invalidante au sens de l'AI. Il a donc considéré que le nouveau rapport du Dr F \_\_\_\_\_ ne venait pas modifier ses précédentes conclusions (pièce 90).

Par décision du 26 avril 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 avril 2016, dans la mesure où les rapports des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ ne mentionnaient aucun élément objectif nouveau remettant en question la capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2016 (pièce 96). Par décision du 27 avril 2017, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui représentait un degré d'invalidité de seulement 9% (pièce 97).

**D.** Le 26 mai 2017 (date du sceau postal), l'intéressée a recouru céans contre l'octroi d'une rente limitée dans le temps, estimant que le SMR n'avait pas suffisamment tenu compte des avis des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ qui avaient fixé sa capacité de travail à 50% du 60% effectif (pièce 104).

Par jugement du 9 octobre 2017 (S1 17 125), la Cour a rejeté le recours. Elle a constaté que le Dr E \_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur la question de la capacité de travail médico-théorique exigible de l'assurée dans une autre activité que la sienne, parfaitement adaptée à son handicap, et que le Dr F \_\_\_\_\_ s'était rallié à l'avis du Dr E \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail dans l'activité de caissière, sans attester d'incapacité supplémentaire sur le plan psychique, de sorte que leurs avis ne venaient pas contredire les conclusions du SMR (pièce 110).

E. L'assurée a repris son activité de vendeuse-caissière à 60% à la A \_\_\_\_\_ (pièce 124). Le 7 juillet 2021, elle a rempli une nouvelle demande de prestations AI, en raison d'une incapacité de travail totale attestée depuis le 1<sup>er</sup> février 2021 (pièces 112 et 113 p. 349).

Dans un rapport du 19 août 2021, le nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr G \_\_\_\_\_, a rappelé que la patiente avait subi de nombreuses interventions en 2011-2022 pour un abcès de la marge anale (maladie de Verneuil), calme actuellement, ainsi qu'une dépression ancienne qui était en recrudescence à la suite d'une pancréatite survenue en février 2021, qui avait entraîné des troubles digestifs. Il a indiqué que l'assurée était suivie par le Dresse H \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, pour un trouble affectif bipolaire et des traits de personnalité histrionique. Il a attesté que l'assurée était limitée dans le travail physique et le port de charges, qu'elle avait des difficultés à rester en position assise ou debout de manière prolongée et qu'elle souffrait de troubles de la concentration. De son point de vue, l'incapacité de travail était totale tant que les troubles psychiatriques n'étaient pas résolus (pièce 117 p. 358). Selon le rapport du 13 juillet 2021 du Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, il n'y avait pas d'arguments pour une maladie de Crohn ; le diagnostic de maladie de Verneuil était uniquement suspecté ; il n'y avait pas de récurrence d'abcès et le prolapsus muco-hémorroïdaire pouvait être traité par topiques locaux (pièce 117 p. 367 et 369).

Le 9 février 2022, la Dresse H \_\_\_\_\_ a rendu son rapport (pièce 131). Elle a expliqué qu'au début du suivi en juin 2021, la patiente présentait un ralentissement psychomoteur alternant avec des phases d'excitation psychomotrice et des tachypsychies associées tantôt à des pleurs tantôt à une désinhibition, le tout avec des bouffées d'angoisse, ainsi que des idéations noires mais non suicidaires et des traits de personnalité histrionique caractérisée par une suggestibilité, immaturité affective et hyper-expressivité. Elle a relevé que la patiente souffrait du fait que sa fille présentait les mêmes troubles qu'elle. Elle a retenu le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel moyen avec syndromes somatiques, ayant une incidence sur la capacité de travail, et le diagnostic de trait de personnalité histrionique sans incidence sur la capacité de travail. Elle a introduit un traitement d'Abilify 5 mg 1,5 comprimé le matin pour le trouble bipolaire et de Circadin 1 comprimé au coucher pour le sommeil. Elle a estimé la capacité de travail à 4h par jour compte tenu de la fatigue, de la fatigabilité, des difficultés de concentration et de la distractibilité.

Mandaté, le SMR a constaté que l'assurée présentait des troubles psychiques en réaction à ses problèmes anaux et au fait que sa fille avait la même pathologie qu'elle,

comme c'était déjà le cas en 2014 où le Dr F \_\_\_\_\_ n'avait retenu qu'un trouble de l'adaptation. Il a dès lors considéré qu'il y avait lieu d'obtenir des informations supplémentaires de la Dresse H \_\_\_\_\_ (pièce 135), puis de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, dès lors que la problématique somatique était stable et au second plan, que la journée type montrait que l'assurée était active et autonome et qu'elle ne paraissait pas limitée uniformément dans tous les domaines de la vie (pièce 144).

Dans son rapport d'expertise du 9 novembre 2022, le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a retranscrit les propos et les plaintes de l'assurée dans l'anamnèse systématique. Il a notamment noté qu'elle était très sensible et pouvait passer des pleurs aux rires, qu'elle avait de nombreux oublis et qu'elle ne supportait pas le silence et parlait parfois à haute voix. Il a relevé des troubles du sommeil, une perte d'appétit en raison d'une perte de goût due au Covid-19 et des idées noires, mais sans volonté de passage à l'acte. S'agissant des activités, il a écrit que l'assurée n'avait jamais eu de problèmes à son travail, que l'entente avec les collègues était bonne, qu'elle aimait aller se promener à pied, qu'elle regardait la télévision, qu'elle allait boire un café chez sa copine et qu'elle s'occupait de son linge, de faire les courses et de faire le ménage selon ce que son dos lui permettait. Lors de l'examen, l'expert n'a pas observé de fatigue, de perte de la concentration ou de confusion, hormis le fait que l'assurée changeait régulièrement de sujet ou disait spontanément ce qui lui traversait l'esprit par « crainte d'oublier ». Il n'a pas relevé de véritables sentiments d'anhédonie ni d'aboulie au niveau pathologique, puisque l'assurée gardait des centres d'intérêts, même si elle était limitée physiquement dans leur réalisation. Il a constaté des réactions anxieuses essentiellement phobiques et une fixation de la pensée sur la sphère corporelle avec une identification aux plaintes somatiques, comme l'évoquait le Dr F \_\_\_\_\_ en juin 2016. De son point de vue, l'anxiété de la patiente, son manque de sommeil, les ruminations mentales et le manque de stimulation induit par la solitude étaient à l'origine du ressenti cognitif défaillant évoqué par l'assurée. S'agissant du trouble affectif bipolaire retenu par la Dresse H \_\_\_\_\_, l'expert a remarqué que le parcours de vie ne dévoilait aucun épisode maniaque ou hypomane qui était une condition *sine qua non* du diagnostic et qu'il n'avait jamais été fait état de trouble logorrhéique, d'achat compulsif, de trouble du comportement, d'épisode dépressif majeur récurrent ou de trouble caractériel. Il a relevé que le trouble bipolaire était décrit au travers d'une instabilité thymique, un soliloque, une irritabilité sans manifestation caractérielle impulsive et des troubles de la mémoire, éléments qui s'apparentaient davantage à un état de saturation psychique avec anxiété et épuisement mental. Il a constaté que la Dresse H \_\_\_\_\_ avait évoqué un trouble

bipolaire de manière empirique en se basant sur l'efficacité du traitement médicamenteux, lequel était toutefois prescrit à un dosage très faible, exerçant surtout une action tranquillisante, et n'était au demeurant pas pris complètement par la patiente. Il a donc exclu ce diagnostic. Concernant le diagnostic de traits de personnalité histrionique, il l'a écarté en expliquant que si l'assurée avait bien un comportement démonstratif, s'y mêlaient une angoisse d'abandon, un besoin d'appartenance et une quête identitaire s'approchant davantage d'un trouble de la personnalité mixte, de type état-limite, sans incidence sur la capacité de travail. De son point de vue, les plaintes psychiques étaient clairement secondaires aux troubles physiques et l'évaluation tendait à se rapprocher des constatations faites par le Dr F \_\_\_\_\_ en 2016. Il a dès lors conclu à un trouble anxieux et dépressif mixte sans incidence sur la capacité de travail, laquelle était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI en 2017.

Prenant position le 30 novembre 2022 (pièce 154), le SMR, par la Dresse K \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a jugé l'expertise psychiatrique pleinement probante. Sur le plan physique, le SMR a rappelé qu'il n'y avait pas de récurrence au niveau sacro-coccygien, que le diagnostic de maladie de Crohn avait été écarté et que la gastrite antrale était réversible sous traitement approprié et sans influence sur la capacité de travail. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de 2017.

Par projet de décision du 2 décembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations AI, en l'absence de modification significative de son état de santé (pièce 156).

**F.** Représentée par les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais (SCIV), l'assurée a formé opposition le 22 décembre 2022 (pièce 159). Elle a soutenu que son état de santé global s'était aggravé et a remis le rapport d'imagerie CT dorsal et lombaire du 1<sup>er</sup> février 2022 montrant des signes de discopathie et un discret débord du disque de la charnière lombo-sacrée ainsi que le rapport de l'IRM lombaire du 3 mars 2022 objectivant une discopathie L5-S1, des formations angiomeuses et de l'arthrose facettaire.

Mandaté, le SMR a invité l'OAI à demander un rapport au médecin traitant (pièce 165). Le 28 janvier 2023, le Dr G \_\_\_\_\_ a fait état de douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée, d'irritation périanale avec parfois des fuites fécales, de douleurs post pancréatite et de dépression chronique (ch. 2.4 du rapport ; pièce 171). Il a attesté que la patiente avait de la difficulté à rester en position assise ou debout prolongée et

qu'elle avait régulièrement besoin d'aller aux toilettes (ch. 3.4 du rapport) et qu'elle présentait des troubles de l'humeur et de la concentration (ch. 4.4 du rapport), raisons pour lesquelles elle était dans l'impossibilité de travailler quelle que soit l'activité.

Ce rapport du Dr G \_\_\_\_\_ a été transmis au SCIV le 13 février 2023 avec un délai au 10 mars 2023 pour déposer des observations, délai qui n'a pas été utilisé (pièce 175).

Après avoir pris connaissance du rapport du médecin traitant, le SMR a constaté qu'il n'apportait aucun élément médical nouveau, de sorte qu'il maintenait ses conclusions (pièce 176).

Par décision du 21 mars 2023, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des prestations AI, dès lors que sa capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée et que son taux d'invalidité calculé en 2021 se montait à 8.74% (pièce 177).

**G.** Après avoir demandé une copie du dossier et l'accès à l'enregistrement sonore de l'expertise psychiatrique (pièces 178, 180 et 181), l'intéressée a formé recours céans contre ce prononcé, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesure d'ordre professionnel au vu de son invalidité (pièces 182 et 183). Elle a contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique, dès lors que l'expert psychiatre n'avait pas suffisamment expliqué sur quels aspects l'état de santé était similaire à celui de 2017 et n'avait pas discuté le trouble bipolaire retenu par la Dresse H \_\_\_\_\_. Elle a également dénié toute valeur probante à l'avis du SMR qui n'avait pas dû écouter l'enregistrement sonore de l'expertise sur lequel on l'entendait clairement pleurer régulièrement. Sur le plan physique, elle a rappelé que le Dr G \_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale et a remis le rapport du 27 avril 2023 du Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, qui estimait, à la suite de son examen clinique du 26 avril 2023, que les symptômes et le status étaient suggestifs d'un diagnostic de fibromyalgie versus trouble somatoforme douloureux ; son examen n'avait pas pu confirmer le diagnostic de capsulite rétractile et avait écarté tout syndrome inflammatoire.

Répondant le 13 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il a relevé que l'expert psychiatre avait clairement expliqué pourquoi il ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble bipolaire et avait confirmé que la symptomatologie était finalement la même qu'en 2017. Il a encore remarqué que l'expert n'avait pas éludé les idées suicidaires et les avait mentionnées. Enfin, il a considéré que le fait de pleurer ne signifiait pas encore qu'il y avait un trouble psychiatrique invalidant. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie suggéré par le Dr L \_\_\_\_\_, il a remis un

avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2023, qui relevait que le rhumatologue n'avait pas motivé ce diagnostic, que l'expert psychiatre n'avait pas mentionné de trouble somatoforme douloureux qui était le pendant psychiatrique de la fibromyalgie en rhumatologie et que de toute façon, les critères de gravité n'étaient pas remplis.

Dans sa réplique du 24 août 2023, la recourante a remis un rapport du 25 juin 2023 de la Dresse H \_\_\_\_\_, qui posait les diagnostics de troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission, de trouble somatoforme et de traits de personnalité histrionique et qui attestait que ceux-ci n'entravaient pas l'activité professionnelle. Elle a ainsi admis que ses problèmes de santé relevaient davantage d'aspects somatiques que psychiatriques et qu'au vu du diagnostic de fibromyalgie, une expertise bidisciplinaire devait être mise en œuvre.

Prenant position le 19 septembre 2023, l'intimé a pris acte du fait que la recourante convenait que l'atteinte psychiatrique n'avait pas d'effet sur sa capacité de travail comme le confirmait la Dresse H \_\_\_\_\_. Il a relevé que le Dr G \_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué de douleurs dorsales, qu'aucune atteinte lombaire n'avait été retenue par le Dr L \_\_\_\_\_ et qu'il n'y avait aucune prise en charge particulière. Il a ajouté que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas motivé et avait été évoqué postérieurement à la décision litigieuse.

L'échange d'écritures a été clos le 21 septembre 2023.

### **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 8 mai 2023, le recours dirigé contre la décision du 21 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé par les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et a été adressé à l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art.81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.3** Au 1<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). Sur le plan temporel, sont en principe applicables - sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire - les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 consid. 3.2.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, dans la mesure où un éventuel droit à la rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle a été introduite la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assurée a déposé sa demande en juillet 2021, les nouvelles dispositions en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables au présent litige.

**2.** Est litigieux le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision du 27 avril 2017, respectivement le 1<sup>er</sup> février 2016, au point de lui ouvrir le droit à des prestations AI.

**2.1.1** A teneur de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 134 V 131 consid. 3 et 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2), soit en l'occurrence depuis la décision du 26 avril 2017.

**2.1.2** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents

émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est capable ou non de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis LAI ; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ce type de rapport a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ;

8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid.8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

**2.1.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit cependant souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré, qui d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient ou de son mandant. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 précité consid. 3.3).

**2.2** En l'espèce, l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du 7 juillet 2021, dès lors que le Dr G \_\_\_\_\_ faisait état d'une pancréatite survenue en février 2021 ayant entraîné des troubles digestifs chroniques, ainsi que de l'introduction d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H \_\_\_\_\_ pour un trouble affectif bipolaire (cf. pièces 117 et 120).

Au vu de ces nouveaux éléments rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'OAI 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 26 avril 2017.

### **3.**

**3.1** A cette date, l'assurée souffrait de douleurs anales dans les suites de l'opération d'un kyste sacro-coccygien, qui l'empêchaient de rester assise plus de 2 à 3h d'affilée et en raison desquelles elle avait développé un état dépressif réactionnel (pièce 34). Le Dr F \_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F43.22) et avait relevé une fixation sur les douleurs avec l'angoisse d'une récurrence (pièces 57 et 68). En outre, l'assurée présentait une personnalité rigide et supportait mal le changement selon son médecin traitant, le Dr E \_\_\_\_\_ (pièce 72).

De l'avis du SMR (pièces 76 et 90), dont la valeur probante a été confirmée par la Cour de céans dans son jugement du 9 octobre 2017 (S1 17 125), l'état de santé de l'assurée lui permettait depuis le 1<sup>er</sup> février 2016 d'exercer à plein temps une activité légère et adaptée respectant la position de travail debout-alternée (pièces 77 et 90).

**3.2** Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande du 7 juillet 2021, l'intimé a recueilli tous les rapports médicaux établis depuis février 2021 et les a soumis au SMR pour appréciation. De l'avis de ce dernier et comme on le verra ci-dessous, si l'état de santé de l'assurée a évolué avec le temps, il n'en demeure pas moins que sa capacité de travail médico-théorique reste entière dans une activité légère et adaptée à ses troubles physiques.

**3.2.1** Sur le plan psychiatrique, une expertise approfondie a été réalisée en novembre 2022 par le Dr J \_\_\_\_\_. Contrairement à ce que soutient la recourante, ce dernier a discuté les diagnostics de trouble affectif bipolaire et traits de personnalité histrionique posés par la Dresse H \_\_\_\_\_ et a expliqué clairement pourquoi ils ne pouvaient être retenus. Au terme de son examen et au vu de ses observations, il a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et a estimé que celui-ci n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de l'expertisée qui restait inchangée depuis la décision d'avril 2017. Comme l'a considéré le SMR dans son avis du 30 novembre 2022 (pièce 154), les conclusions de l'expert se fondent sur une étude approfondie du dossier et des examens complets ; elles tiennent compte de toutes les plaintes de l'assurée, notamment des idées noires, ainsi que de l'instabilité de son humeur pouvant passer des rires aux larmes. A cet égard, comme l'a relevé l'intimé dans sa réponse, le fait de pleurer ne signifie pas encore que les capacités cognitives d'une personne sont altérées. Sur ce point, l'expert n'a pas observé de difficultés particulières.

Enfin, la Cour constate que dans son dernier rapport du 15 juin 2023, la Dresse H \_\_\_\_\_ a admis qu'elle n'avait pas d'arguments cliniques pour retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire et a attesté que le trouble dépressif récurrent était en rémission et que les diagnostics psychiatriques n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante.

Au vu de ces éléments, il sied de conclure que même si l'état de santé psychique de la recourante a évolué depuis 2016, il n'entraîne pas d'incapacité de travail et reste pleinement compatible avec l'exercice à plein temps d'une activité légère et adaptée à l'état de santé physique.

**3.2.2** A cet égard, au niveau physique, dans son rapport du 19 août 2021, le Dr G \_\_\_\_\_ a mentionné que l'abcès de la marge anale était calme, mais que la patiente avait subi une pancréatite en février 2021 suivie de troubles digestifs et d'une incontinence rectale sous surveillance. Selon les rapports du 13 juillet 2021 du gastroentérologue, il n'y avait pas de récurrence au niveau sacro-coccygien, aucun argument pour une maladie de Crohn et pas d'anomalie au niveau du rectum hormis un prolapsus muco-hémorroïdaire pouvant être traité par topiques locaux. Le 28 janvier 2023, le Dr G \_\_\_\_\_ a retenu que sa patiente était limitée dans les positions assise et debout prolongées et avait besoin d'aller régulièrement aux toilettes.

Au vu de ces éléments et comme l'a relevé le SMR, force est de constater que les limitations fonctionnelles reconnues lors de la décision du 26 avril 2017, à savoir position de travail debout-alternée, pour éviter les stations statiques prolongées, restent d'actualité, étant précisé que les troubles gastriques sont réversibles avec un traitement approprié et n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Sur ce dernier point, la recourante n'a soulevé aucune critique, ni déposé de rapport médical attestant une incapacité de travail en lien avec cette problématique.

En revanche, à l'appui de son recours, la recourante a remis un rapport du 27 avril 2023 du Dr L \_\_\_\_\_ mentionnant l'apparition d'arthralgies au niveau des épaules, des coudes et des mains, ainsi que de cervicalgies, sans syndrome inflammatoire ni capsulite rétractile, laissant suggérer un diagnostic de fibromyalgie. A cet égard, il sied de constater, à l'instar de l'intimé, que ce diagnostic n'est pas motivé par le rhumatologue, mais uniquement envisagé comme explication aux symptômes présentés par la recourante. En outre, le rhumatologue rapporte une symptomatologie qui est apparue, semble-t-il, quasi simultanément à la décision entreprise, mais qui a conduit à une consultation postérieurement à celle-ci, de sorte qu'elle ne saurait mettre en doute

les conclusions du SMR et de l'intimé sur la capacité de travail médico-théorique de la recourante à la date de la décision entreprise.

Enfin, la Cour remarque que le Dr L \_\_\_\_\_ n'a mentionné aucune atteinte lombaire. Les douleurs dorso-lombaires avaient déjà été investiguées en 2022 et des discopathies avaient été mises en évidence, lesquelles n'ont toutefois jamais été mentionnées par le Dr G \_\_\_\_\_ dans ses rapports ni jugées limitantes par les différents médecins de la recourante (pièces 159, 171 et 176).

Il ne se justifie donc aucunement de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire judiciaire comme le réclame la recourante (principe de l'appréciation anticipée des preuves : ATF145 I 167 consid. 4.1).

4. Enfin, en l'absence d'aggravation significative de l'état de santé ayant un impact sur la capacité de travail, respectivement sur le taux d'invalidité de la recourante calculé à hauteur de 8.74%, il n'y a pas lieu d'octroyer des mesures d'ordre professionnel (cf. ATF 124 V 108 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.6 et 3.7 ; 9C\_464/2009 du 31 mai 2010 consid. 5 et 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009).

5. Il s'ensuit que le recours est rejeté et la décision du 21 mars 2023 confirmée.

6. 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 de la recourante qui succombe (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, art. 69 al. 1bis LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2, 89 al. 1 LPJA) et compensés avec son avance. En outre, eu égard à l'issue de la cause, elle ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ces motifs,

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.

Sion, le 13 novembre 2024