

S1 25 56

ARRÊT DU 3 MARS 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Madame Cristina Arrigoni, juriste auprès de
Dextra Protection juridique SA, Zurich

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1984, mariée et mère de deux enfants nés en 2004 et 2012, sans formation professionnelle certifiante, a travaillé en qualité de vendeuse-caissière à 100 % auprès de la A _____ à compter du 2 novembre 2011 (pièces OAI 3 et 14).

La susnommée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) le 25 septembre 2019, faisant valoir un arrêt de travail à 100 % du 30 novembre 2018 au 10 février 2019, à 50 % du 11 février 2019 au 14 avril suivant, à 30 % du 15 avril 2019 au 19 mai suivant puis à nouveau à 50 % du 3 juillet 2019 au 21 août suivant pour une hernie cervicale finalement opérée le 22 août 2019. Elle demeurait en incapacité de travail totale depuis cette intervention (pièce OAI 3).

Le 16 janvier 2020, le Dr B _____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie spinale, a rapporté les diagnostics d'hernie discale et spondylarthrose cervicale et de status post-fusion C6-C7. L'évolution était lentement favorable, l'intéressée ayant de moins en moins de douleurs cervicales et ayant recouvré une capacité de travail de 30 % dès le 6 janvier 2020 (pièce OAI 13).

Dans son rapport du 20 mai 2020, le Dr B _____ a relevé un discret syndrome cervical résiduel, renforcé par kinésiophobie, mais une absence d'atteinte radiculaire. La capacité de travail avait été augmentée à 50 % à compter du 3 mars 2020. Dans une activité totalement adaptée à son état de santé (pas de positions statiques au-delà d'une heure, pas de travail au-dessus de la hauteur des épaules, pas de port de charges de plus de 5 kg plusieurs fois par jour), la capacité de travail était de 100 % (pièce OAI 18).

L'OAI a rendu deux projets de décision le 14 septembre 2020, proposant le refus de tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement), respectivement de tout droit à une rente d'invalidité, aux motifs que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail dans une activité légère et adaptée et ne subissait qu'une incapacité de gain de 5 % (pièces OAI 21 et 22). En l'absence de contestation, ces projets ont été confirmés par décisions du 30 novembre 2020 (pièces OAI 25 et 26).

B. Le 3 février 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI, invoquant un épisode dépressif sévère et des traits de personnalité à investiguer (pièce OAI 32).

Le 13 février 2023, le Dr C _____ et D _____, respectivement médecin hospitalier et psychologue au sein du Centre de compétence en psychiatrie psychothérapie de l'Hôpital du Valais (ci-après : CCPP), ont indiqué suivre l'intéressée depuis le 1^{er} février 2022. Ils ont rapporté une péjoration progressive de son état de santé psychique et des difficultés croissantes à être fonctionnelle dans la vie de tous les jours. L'intéressée rapportait actuellement des ruminations anxieuses en lien avec son état de santé, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une aboulie, une tendance à la clinophilie, une perte d'énergie, une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration et d'attention, un isolement social, une irritabilité, un appétit diminué, un sommeil perturbé, un isolement social, de la tristesse avec des pleurs, une perte d'intérêt et une perte d'espoir dans l'avenir, ainsi qu'une difficulté importante à réaliser les tâches simples du quotidien. Elle expliquait avoir eu des idées suicidaires scénarisées par abus médicamenteux, non planifiées, les enfants représentant un facteur protecteur. Elle mentionnait aussi une anxiété de fond avec des attaques de panique. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) avait été posé. Les praticiens avaient toutefois décelé une certaine vulnérabilité, ainsi que l'exacerbation de certains traits. Concernant les limitations fonctionnelles, l'assurée présentait des troubles mnésiques et de la concentration, une fatigabilité excessive, une baisse de la résistance et des capacités d'adaptation. Sa faculté à gérer le stress était également altérée. Elle avait effectué de nombreux stages et essais dans le cadre de l'assurance-chômage, mais avait eu du mal à tenir un rythme et n'avait pas été considérée comme apte au placement. Elle présentait actuellement une incapacité de travail de 100 % pour des raisons psychiques, auxquelles s'ajoutaient de nombreuses comorbidités somatiques. Différents traitements médicamenteux antidépresseurs et antipsychotiques avaient été testés mais étaient mal supportés par l'intéressée et n'avaient eu que peu d'effets (pièce OAI 34).

Au vu du rapport médical précité, l'OAI est entrée en matière sur la nouvelle demande de l'assurée (pièce OAI 35).

Dans son rapport du 13 mars 2023, le Dr E _____, spécialiste en médecine générale, a indiqué que sa patiente souffrait, en plus de la dépression confirmée depuis février 2022, de douleurs de nuque insurmontables réagissant mal aux traitements. Elle présentait en outre une endométriose, source de douleurs abdomino-pelviennes quotidiennes. Elle était en incapacité de travail totale dans toute activité, le pronostic étant très réservé (pièce OAI 41).

Le 14 juillet 2023, le Dr C _____ et D _____ ont indiqué que l'état de l'assurée continuait de se péjorer, en lien avec ses douleurs physiques et le suicide d'un proche. Elle rencontrait des difficultés à assumer les tâches, même simples, du quotidien et à se mobiliser (pièce OAI 49).

Sur demande de l'OAI, les praticiens du CCPP ont précisé, le 12 septembre 2023, qu'une hospitalisation à l'Hôpital de Malévoz n'était pas nécessaire. L'intéressée consultait la psychologue une fois par mois et le psychiatre lorsque cela était nécessaire. Le Dr C _____ et D _____ ont admis que les facteurs psychosociaux impactaient la rémission ou le maintien des troubles dans toutes pathologies psychiatriques, tout en précisant qu'il n'était pas possible d'identifier l'intensité de cette participation dans le cas d'espèce. L'existence d'un trouble psychosomatique était envisageable, mais devait être discuté lors d'un concilium avec des médecins somatiques. Lors d'une journée type, l'assurée se levait vers 10 ou 11 heures et restait au salon dans le silence. Elle faisait brièvement le ménage et, si sa fille rentrait à midi, elle préparait un repas simple. L'après-midi, soit elle faisait une sieste (ce qui était rare), soit elle restait sur son canapé jusqu'au soir où elle préparait un repas simple avec l'aide de son époux ou de ses enfants. Elle restait ensuite en famille au salon avant d'aller se coucher vers 22 heures. Les courses étaient principalement faites par l'époux et les enfants. L'intéressée se rendait à ses différents rendez-vous médicaux en bus ou était conduite par son époux. Elle s'était rendue en vacances 10 jours au mois de juillet en F _____, mais cela n'avait pas amélioré son moral et l'avait beaucoup fatiguée. Quand bien même le milieu familial était soutenant, elle voyait très rarement sa famille élargie par manque d'envie et n'avait plus d'ami depuis que son état psychique s'était péjoré (pièce OAI 58).

Le 6 octobre 2023, le Dr E _____ a transmis à l'OAI le rapport de consultation neurologique du 24 mai 2022 du Dr G _____, médecin adjoint au sein du Service de neurologie de l'Hôpital du Valais. Il en ressort que les imageries cérébrales et médullaires répétées n'avaient jamais mis en évidence de pathologie cérébrale, ni de myélopathie pré- ou post- hernie discale opérée. L'histoire et l'examen neurologique évoquaient plutôt deux problématiques. Celle d'une cervico-bi-scapulalgie et douleur de type tendomyose au niveau des trapèzes et des ceintures scapulaires, qui n'avaient répondu qu'à peu de traitements, si ce n'est une légère amélioration aux injections sous-occipitales de l'émergence des nerfs d'Arnold et plus récemment un clair bénéfice de l'introduction de morphine continue (ci-après : MST). La seconde problématique était celle d'un hémisyndrome fluctuant difficile à concrétiser du point de vue d'une localisation neurologique centrale ou périphérique et qui évoquaient fortement un trouble

neurologique fonctionnel. L'ensemble du tableau était donc celui d'une chronicisation de douleurs chroniques associée à un trouble neurologique fonctionnel. Le Dr G _____ préconisait d'éviter une sur-médication et d'orienter l'assurée vers une prise en charge par thérapies alternatives en parallèle de la poursuite de la psychothérapie (pièce OAI 60).

Dans son avis du 23 octobre 2023, la Dresse H _____, spécialiste en médecine générale et médecin du Service médical régional Rhône (ci-après : SMR), a considéré que, sur le plan des douleurs alléguées, il n'y avait aucun nouveau diagnostic depuis la dernière décision de l'OAI. Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes. Le Dr G _____ évoquait surtout des troubles fonctionnels avec un substrat organique rassurant. S'agissant de l'épisode dépressif qualifié de sévère par le Dr C _____ et de la capacité de travail nulle en découlant, ils n'étaient pas en adéquation avec l'absence de traitement anti-dépresseur pour cause d'effets secondaires antérieurs, pas plus qu'avec le suivi psychiatrique sporadique et le suivi psychologique mensuel. L'assurée parvenait à effectuer des tâches ménagères, à cuisiner des repas, à faire des courses, à se déplacer en bus et à voyager à l'étranger. Elle ne paraissait ainsi pas limitée uniformément dans tous les domaines d'activités. Les troubles cognitifs mentionnés n'ayant pas été objectivés, la Dresse H _____ a demandé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique avec test de validation des symptômes (pièce OAI 64).

L'examen neuropsychologique du 26 mars 2024 a mis en lumière des résultats inférieurs, voire très inférieurs à la norme dans la majorité des domaines investigués, notamment en mémoire à court terme, au niveau attentionnel (ralentissement des temps de réactions) et lors de tâches exécutives (programmation, flexibilité mentale, inhibition, incitation verbale), chez une assurée à la thymie très abaissée, présentant des maux de tête et nécessitant plusieurs pauses. Un ralentissement dans toutes les épreuves chronométrées a également été constaté (temps de réponse parfois multiplié par deux). I _____, logopédiste et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR), a conclu que cet examen neuropsychologique n'était pas validé. Des incohérences étaient mises en évidence inter-tests (des épreuves mnésiques sollicitant des processus moins exigeants étaient tout aussi échouées que celles impliquant des processus plus complexes) ainsi qu'au sein du profil de résultats, avec en particulier des épreuves de validation de performances et des indicateurs imbriqués échoués. Dans ce contexte, les résultats déficitaires mesurés et leur degré de sévérité étaient difficilement interprétables et ne

permettaient pas d'attester du fonctionnement cognitif réel de l'assurée. Aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue. Selon I _____, la problématique était plutôt d'ordre psychiatrique (pièce OAI 75).

Compte tenu des résultats de l'examen neuropsychologique non validés, du diagnostic psychiatrique sans traitement psychotrope, du comportement de l'assurée dans la vie quotidienne (assumant les tâches ménagères à son rythme, voyageant à l'étranger et faisant les courses) en discordance avec la capacité de travail nulle, la Dresse H _____ a demandé la mise en place d'un examen clinique SMR ou d'une expertise psychiatrique dans son avis du 25 avril 2024 (pièce OAI 78).

L'assurée a été hospitalisée au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) pour un traitement multimodal de la douleur du 10 au 21 juin 2024. Le bilan global dressé le 15 juillet 2024 a conclu à un syndrome douloureux chronique mixte sur hypersensibilité centrale, hyperalgésie des opiacés, somatoforme et sur un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral. L'assurée répondait aux critères ACR 2010 pour la fibromyalgie avec un PDS (« polysymptomatic distress scale ») à 18, ce qui indiquait un composant nociplastique dans les symptômes. Le critère FiRST (« fibromyalgia rapid screening too ») était quant à lui à 4/6, donc limitrophe. Une importante paucité des ressources physiques, cognitives, culturelles, sociales et émotionnelles a été relevée chez une assurée qui était en incapacité totale de travail. Son traitement nécessitait le sevrage des opiacés (morphine). De même, la poursuite du suivi en psychiatrie et l'activation comportementale par ergothérapie étaient fondamentales. Un bilan psychiatrique a également été dressé par le Service de psychiatrie de liaison CHUV dans le cadre du traitement multimodal susmentionné. Les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trichotillomanie (F63.3) ont été posés. Sur le plan médicamenteux, le traitement par Quétiapine que suivait l'intéressée ne semblait pas indiqué, raison pour laquelle un changement de molécule était proposé. Au vu du peu de ressources de l'assurée, le pronostic clinique et de la reprise du travail était réservé (pièce OAI 101).

L'expertise psychiatrique sollicitée par le SMR a été confiée à la Dresse J _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rencontré l'assurée le 22 juillet 2024 durant 90 minutes. L'experte a toutefois fait savoir à l'OAI, par courriel du même jour, qu'elle déplorait qu'il n'y ait ni rapports médicaux rhumatologiques ni expertise rhumatologique au dossier. Au vu de la situation algique présentée par l'intéressée et sans l'avis d'un tel spécialiste, elle ne pouvait ni retenir, ni exclure un éventuel trouble somatoforme (pièce OAI 99).

Dans son rapport d'expertise monodisciplinaire du 14 août 2024, la Dresse J _____ a décrit la journée type de l'assurée, laquelle se réveillait à 7 heures pour prendre ses médicaments puis restait couchée pendant deux heures. Elle essayait de faire du rangement durant une heure, avant de se reposer. Si sa fille rentrait pour manger, l'intéressée préparait un repas léger et restait avec elle jusqu'à son départ pour l'école. Elle continuait ensuite à effectuer des petites tâches ménagères puis se reposait à nouveau pour soulager ses douleurs. En fin de journée, elle cuisinait un peu puis soupaait avec sa famille. Elle prenait ses médicaments à 20 heures, après quoi elle se couchait. A part aller parfois faire des courses avec ses enfants, elle ne faisait rien d'autre de ses journées. Elle ne voyait personne, si ce n'est sa sœur une fois tous les trois à quatre mois, et n'avait pas d'amie. Au moment de l'entretien, l'assurée revenait de deux semaines en F _____, où elle s'était rendue en voiture avec sa famille, en faisant beaucoup de pauses sur le trajet. D'une façon générale, elle conduisait rarement. L'intéressée ne se sentait pas capable de travailler, essentiellement à cause de ses douleurs. Elle se plaignait d'ailleurs en premier lieu de la péjoration de son état physique, évoquant une détresse psychique en lien avec cette symptomatologie douloureuse. L'assurée ne bénéficiait pas de traitement antidépresseur, ce qui pourrait pourtant améliorer sa qualité de vie. La Dresse J _____ a réitéré qu'il n'était pas possible de conclure formellement à un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant en l'absence d'expertise somatique. Néanmoins, au regard du séjour de l'intéressée au CHUV en rhumatologie, ce diagnostic paraissait plausible, les plaintes psychiques de l'assurée étant clairement en lien avec les plaintes douloureuses. L'experte a ainsi retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant probable (F45.4), évoluant depuis 2021 et non incapacitant. L'examen clinique montrait une patiente plaintive, assez démonstrative, probablement déconditionnée, présentant des traits passifs dépendants. Une majoration des plaintes physiques et psychiques ne pouvait pas être formellement écartée. Les limitations fonctionnelles présentées étaient avant tout physiques. S'agissant des ressources de l'assurée, la psychiatre a relevé que cette dernière avait été capable de s'organiser pour venir seule au rendez-vous depuis son domicile et qu'aucun signe de fatigue, ni de troubles de la concentration, n'avait été observé durant l'entretien. Elle paraissait assez autonome dans les actes de la vie quotidienne, pouvant en particulier partir en vacances et s'occuper de sa fille. La gestion des relations interpersonnelles était peut-être altérée dans le cadre familial, mais aucune difficulté n'avait été notée durant l'examen. Les ressources externes consistaient principalement en son époux et leurs deux enfants. La Dresse J _____ a finalement retenu une pleine capacité de travail, y compris dans l'activité habituelle, sans baisse de

rendement et probablement depuis toujours. Une reprise progressive était toutefois conseillée au vu de la durée d'inactivité (pièce OAI 113).

Pour donner suite aux remarques de la Dresse J _____, l'OAI a mandaté une expertise rhumatologique. Celle-ci a été confiée au Dr K _____, spécialiste en rhumatologie, qui a examiné l'assurée le 30 septembre 2024 durant 60 minutes. Dans son rapport du 5 novembre suivant, l'expert a indiqué que l'intéressée se plaignait essentiellement de cervicalgies bilatérales persistantes, prédominant nettement à gauche, associées à une irradiation d'allaire profonde, non systématisable de tout le membre supérieur gauche, irradiant jusqu'à la paume. Y étaient associées des paresthésies à type de fourmillements et une hypoesthésie de tout l'hémicorps gauche, allant de l'hémiface jusqu'au pied. Ce syndrome douloureux, évalué à 9/10 sur l'échelle numérique sans traitement, soulagé partiellement (7 à 8/10) grâce au MST, dont le sevrage était impossible, était exacerbé par la position assise ou debout. Seul le décubitus soulageait l'assurée. Selon le Dr K _____, on se trouvait dans un cadre de douleurs chroniques postopératoires de type « failed back surgery syndrome » chez une assurée se focalisant sur son rachis cervical. Il n'y avait aucune anomalie neurologique objective, un héli-syndrome d'allure fonctionnelle ayant d'ailleurs déjà été évoqué. Il n'y avait pas non plus de signe clinique en faveur d'un syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial, pas plus que d'argument en faveur d'un syndrome fibromyalgique, car le syndrome douloureux n'était pas diffus, n'atteignait pas quatre régions du corps, mais était vraiment localisé sur le rachis cervical et à moindre degré sur la ceinture scapulaire. Il n'y avait pas non plus de véritables symptômes associés, hormis les douleurs pelviennes mises en rapport avec l'endométriose. On ne pouvait donc pas estimer que l'assurée répondait aux critères ACR 2010 modifiés 2016 de la fibromyalgie. Compte tenu de l'ancienneté des troubles et de l'enkystement de l'assurée dans son syndrome douloureux, il y avait peu de chance d'obtenir une guérison, ni même une amélioration de la symptomatologie. L'assurée restait totalement autonome pour l'intégralité des activités de la vie courante, ses ressources personnelles demeurant entièrement préservées malgré la chronicité des plaintes. L'expert rhumatologue a admis une incapacité de travail totale dans l'activité de mise en place dans les rayons, mais a retenu une pleine capacité de travail pour l'activité de caissière, avec un rendement de 80 % dès un an post-opératoire du fait de la nécessité d'observer des périodes de repos 10 minutes par heure et des douleurs réduisant le rythme de travail. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues (pas de travaux en extension du rachis cervical ou en rotation répétée ou soutenue de celui-ci, pas de port de charges excédant 5 kg, pas de travaux en élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale),

la pleine capacité de travail était uniquement réduite de 10 % en raison des douleurs. Une capacité de travail de 90 % pouvait donc être admise dès un an post-opératoire (pièce OAI 123).

Dans son rapport final du 19 novembre 2024, le SMR a relevé que, sur le plan psychiatrique, l'experte ne retenait pas d'épisode dépressif. Elle évoquait la possibilité d'un syndrome douloureux somatoforme persistant mais non confirmé par le rhumatologue, qui ne retenait pas de fibromyalgie. Le syndrome douloureux chronique était bien systématisé au rachis cervical et l'hémisindrome gauche était uniquement fonctionnel, sans aucun substrat organique objectivé. Les deux experts, ainsi que plusieurs médecins traitants, relevaient en outre le caractère démonstratif, voire majorant, de l'assurée. Cela s'était d'ailleurs concrétisé par un examen neuropsychologique non validé. L'assurée, bien que focalisée sur ses douleurs, était autonome dans les activités du quotidien, pouvait conduire, prendre seule les transports en commun et avait été en mesure de voyager d'un seul trait avec quelques pauses pour aller en F _____. Elle n'était manifestement pas limitée uniformément dans tous les domaines. En conclusion, la Dresse H _____ a retenu qu'il n'y avait pas de psychopathologie incapacitante et que, sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles décrites par l'expert étaient inchangées depuis la dernière décision AI. En l'absence d'aggravation objective, significative et durable de l'état de santé de l'assurée, il n'y avait pas lieu de modifier la capacité de travail qui restait de 50 % dans l'activité habituelle de caissière sans mise en rayon et de 100 % dans une activité légère et parfaitement adaptée (pièce OAI 128).

C. L'OAI a rendu un projet de décision le 19 novembre 2024, refusant tout droit à une rente d'invalidité à l'assurée, au motif que l'état de santé de cette dernière n'avait subi aucune aggravation susceptible de modifier ses droits par rapport aux faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus du 30 novembre 2020. La mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité légère et adaptée restait exigible et, par conséquent, le taux d'invalidité restait fixé à 5 %, de sorte qu'il se justifiait de maintenir en tout point la précédente décision (pièce OAI 127).

L'assurée a contesté ce projet par pli du 26 novembre 2024, reprochant à l'OAI de ne pas avoir pris en compte l'évolution de son état de santé depuis le 30 novembre 2020, pas plus que les nouveaux éléments du dossier (pièce OAI 129).

Le 20 décembre 2024, le Dr E _____ a déclaré qu'il était indéniable que l'état de santé de sa patiente s'était nettement péjoré depuis 2020, tant sur le plan organique que

psychiatrique. Il a notamment relevé qu'elle ne pouvait plus assurer le ravitaillement alimentaire (courses) ni cuisiner, en raison de douleurs diffuses à la marche et en station debout prolongée. Elle ne pouvait pas non plus conduire en raison du traitement psychiatrique. Il fallait, selon lui, retenir un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) avec épisode dépressif sévère et symptômes psychotiques (F32.3). Le travail était impossible dans toute activité (pièce OAI 135).

Le 10 janvier 2025, le Dr C _____ et L _____, psychologue au CCPP, ont rapporté que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive sévère qui se chronicisait avec une thymie abaissée, une anhédonie, une aboulie, une fatigabilité excessive, une perte d'espoir, une lassitude, des ruminations anxieuses envahissantes, une diminution de ses capacités cognitives, ainsi qu'un isolement social. Les idées suicidaires étaient fluctuantes, mais elle avait ses enfants comme facteur protecteur. Il ressortait également du suivi que la patiente présentait une modification durable de la personnalité avec une labilité émotionnelle et un sentiment de rejet, notamment dans sa relation avec son époux. Elle pouvait avoir tendance à la projectivité, voire parfois avoir des idées de persécution, mais sans caractère délirant franc. Les praticiens avaient une meilleure accessibilité aux émotions de leur patiente depuis la baisse significative du traitement d'opiacés. Ils constataient des relations interpersonnelles par moments instables avec de la méfiance et parfois une difficulté à trouver la bonne distance relationnelle. Elle présentait également un retrait social et un détachement. Les limitations fonctionnelles étaient nombreuses, avec une grande perte d'autonomie, une difficulté importante à gérer le stress et les relations interpersonnelles. Les activités de la vie quotidienne étaient effectuées parfois avec difficulté. Le Dr C _____ et L _____ renaient les diagnostics invalidants de dépression sévère ainsi qu'une vulnérabilité de la personnalité ayant évolué vers une modification durable de la personnalité. Ils ont ajouté que l'assurée avait commencé un traitement antidépresseur (pièce OAI 137).

Dans son avis du 17 février 2025, la Dresse H _____ a expliqué que la situation avait fait l'objet d'une discussion avec la Dresse M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin du SMR. Elles avaient constaté que le dernier rapport médical du Dr C _____ n'apportait pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier les précédentes conclusions du SMR. La Dresse H _____ a en outre rappelé que l'assurée n'était pas limitée uniformément dans tous les domaines d'activité, que le milieu familial était soutenant, que l'observance aux traitements n'était pas optimale, qu'il existait des incohérences avec une démonstrativité et un examen

neuropsychologique non valide. Le comportement dans la vie quotidienne était en discordance avec l'importance des plaintes exprimées, lesquelles étaient nombreuses mais peu crédibles (pièce OAI 141).

L'assurée a complété sa contestation le 25 février 2025, précisant que ses seuls voyages à l'étranger étaient pour rendre visite à ses parents en F _____ et que, si elle prenait les transports en commun, c'était par nécessité et non par choix. Concernant les tâches ménagères, il lui était impossible de les accomplir sans l'aide de ses enfants et de son mari. Elle était contrainte de faire des efforts et d'effectuer certaines tâches malgré la douleur, car elle ne pouvait pas abandonner ses enfants et n'avait pas les moyens d'engager une aide-ménagère. Elle avait le sentiment que son état de santé n'était pas pris au sérieux et que ses déplacements étaient perçus comme des voyages de loisir, ce qui ne correspondait aucunement à la réalité (pièce OAI 145).

Par décision du 10 mars 2025, l'OAI a confirmé le refus de toute rente d'invalidité, considérant qu'aucun élément nouveau ne lui permettait de s'écarter de son projet du 19 novembre 2024 (pièce OAI 146).

D. X _____, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a recouru céans le 8 avril 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, en particulier mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et orthopédique/rhumatologique, puis nouvelle décision. Elle a fait valoir que les conclusions des médecins du SMR paraissaient en totale contradiction avec celles de ses médecins traitants qui s'étaient exprimés de manière claire, cohérente et circonstanciée sur ses pathologies et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Ces documents avaient une pleine valeur probante alors que plusieurs indices mettaient en cause le bien-fondé des expertises ordonnées par l'intimé. L'OAI avait ainsi négligé d'instruire correctement la demande de prestations de la recourante et en avait tiré des conclusions erronées. En mettant en œuvre deux expertises monodisciplinaires, il ne s'était pas conformé à la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et fibromyalgie, d'autant moins que l'expertise psychiatrique ne remplissait pas les critères jurisprudentiels. Au vu de son état de santé actuel, il n'apparaissait aucunement vraisemblable que la recourante puisse exercer une activité lucrative à 100 %.

L'intimé a répondu le 13 mai 2025, rappelant que les avis du SMR des 19 novembre 2024 et 17 février 2025 résultaient d'une appréciation globale de synthèse, au regard

des constatations faites par les différents spécialistes appelés à se prononcer sur la situation médicale. Contrairement à ce que soutenait la recourante, l'analyse du SMR se fondait sur un examen complet des répercussions des atteintes à la santé présentées sur sa capacité de travail à l'aune des indicateurs jurisprudentiels, lequel avait permis d'exclure tout critère de gravité. L'OAI estimait ainsi que les critiques émises par l'intéressée ne reposaient sur aucun rapport médical d'une force probante prépondérante et ne mettaient en évidence aucun élément objectif qui aurait été ignoré par le SMR. En l'absence de grief jugé pertinent, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 26 mai 2025, la recourante a considéré que la réponse de l'OAI n'apportait pas d'éléments aptes à fonder un refus du droit à une rente d'invalidité. Elle a donc maintenu intégralement ses conclusions.

L'intimé a également confirmé ses conclusions par pli du 10 juin 2025, renvoyant aux arguments développés tant dans la décision querellée que dans la réponse du 13 mai 2025.

L'échange d'écritures a été clos le 11 juin 2025.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 8 avril 2025, le présent recours à l'encontre de la décision du 10 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [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^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-

invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, c'est le nouveau droit qui est applicable, compte tenu de la date de la nouvelle demande de prestations et des faits juridiquement déterminants.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans le cadre d'une nouvelle demande sur laquelle l'intimé est entré en matière.

2.1 A teneur de l'article 17 alinéa 1 LPGA, 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 (let. a), ou atteint 100 % (let. b). 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 (art. 17 al. 2 LPGA). Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 133 V 108 consid. 5 et 130 V 71 consid. 3.2).

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 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 non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références).

2.2 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 ; 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, 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. 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 si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement, au sens de l'article 17 LAI, s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_430/2020 du 17 mars 2021 consid. 2.2 et 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ;

arrêt du Tribunal fédéral 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid.4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc comme la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_701/2020 consid. 4.1 et 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n° 334) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

2.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée

de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

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 148 V 49 consid. 6.2.1, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_711/2020 du 2 juillet 2021 consid. 3.2 et la référence).

Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Étant donné que ces derniers 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 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins traitants, 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 leurs indications n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5204/2018 du 12 mai 2021 consid. 6.4.4). Cela ne libère 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_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1).

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 au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_433/2023 du 12 mars 2024 consid. 4.5). 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 8C_616/2020 du 15 juin 2021

consid. 6.2.4). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

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

3.

3.1 En l'espèce, il convient de comparer l'état de fait au moment du dernier examen matériel du droit à la rente, soit au moment de la décision du 30 novembre 2020, à celui existant lors de la décision litigieuse du 10 mars 2025.

Au moment du premier refus de rente, la recourante présentait une hernie discale, une spondylarthrose cervicale ainsi qu'un status post-fusion C6-C7. Une pleine capacité de travail lui avait été reconnue dans toute activité totalement adaptée à son état de santé (pas de positions statiques au-delà d'une heure, pas de travail au-dessus de la hauteur des épaules, pas de port de charges plus de 5 kg plusieurs fois par jour).

3.2 Dans un premier grief, la recourante s'en prend à la valeur probante des rapports d'expertise sur lesquels s'est essentiellement fondé le SMR pour lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité légère et adaptée.

A la lecture des rapports d'expertise des 14 août 2024 et 5 novembre suivant, la Cour estime toutefois que ceux-ci revêtent entière valeur probante. En effet, les experts ont d'abord résumé la teneur des éléments au dossier, avant de recueillir l'anamnèse et d'examiner l'assurée. Ils ont également tenu compte des plaintes de cette dernière, évalué ses ressources, effectué un contrôle de cohérence, pris position sur les mesures médicales et thérapeutiques, ainsi que répondu aux questions qui leur ont été soumises

dans le cadre du mandat d'expertise. Par ailleurs, le SMR a considéré que les conclusions de ces rapports pouvaient être validées sur le plan médical. Ainsi, la recourante conteste à tort la valeur probante des expertises des Drs J _____ et K _____.

3.3 La recourante reproche encore à l'intimé de n'avoir manifestement pas pris en considération l'ensemble des éléments évoqués par plusieurs spécialistes, lesquels avaient exposé de façon détaillée et circonstanciée leur analyse et conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité. Il convient dès lors d'examiner si les rapports dont se prévaut l'intéressée sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des experts, respectivement du SMR.

S'agissant du rapport psychiatrique du CHUV du 22 juillet 2024, il semble avoir été établi sur la seule base des informations relatées par l'intéressée et des constatations faites lors des deux entretiens menés par les praticiens durant la période d'hospitalisation. De l'aveu même de ces derniers, leur évaluation était limitée en raison de la brièveté de leurs observations. Quant au bilan global du Service de rhumatologie du CHUV du 15 juillet précédent, il ne fait qu'indiquer les résultats obtenus par la recourante aux différents tests réalisés, sans expliquer les motifs concrets qui ont permis de poser les diagnostics retenus. Pour ce qui est du consensus sur la capacité de travail formulée par les médecins du CHUV, l'incapacité de travail attestée ne repose aucunement sur des éléments médicaux objectifs, mais uniquement sur les ressources de l'assurée, considérées comme très limitées sur le plan physique, cognitif, culturel, social et émotionnel. Eu égard au caractère très général des deux rapports du CHUV et de leurs conclusions, force est de constater qu'ils ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts qui ont, de leur côté et comme mentionné au considérant précédent, procédé à une analyse complète des pièces au dossier et dûment motivé leurs appréciations.

Les deux rapports produits par le CCPP et le Dr E _____ à l'appui de la contestation de la recourante relative au projet de décision de l'OAI du 19 novembre 2024 ne lui viennent pas non plus en aide. En effet, le rapport du 20 décembre 2024 du médecin généraliste atteste d'une dégradation de la motricité de sa patiente sans faire valoir le moindre argument médical, sous réserve d'un renvoi au bilan du CHUV mentionné plus haut. Sur le plan psychiatrique, le Dr E _____ retient, là aussi sans exposer son raisonnement, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) avec épisode dépressif sévère et symptômes psychotiques (F32.3). La Cour relève que ceux-ci ne sont admis ni par l'experte psychiatre ni par le SMR et ne correspondent pas plus à ceux

retenus par les psychiatres du CHUV. Enfin, comme le note à juste titre la Dresse H _____ dans son avis du 17 février 2025, le rapport du CCPP du 10 janvier 2025, qui ne pose pas de diagnostic clair et motivé, n'apporte pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier les précédentes conclusions du SMR. Ainsi, ces deux rapports ne sont pas non plus de nature à mettre en doute l'examen circonstancié des experts mandatés par l'OAI.

3.4 Selon la recourante, au vu du diagnostic de fibromyalgie retenu par le Service de rhumatologie du CHUV et de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, l'intimé ne pouvait pas se satisfaire de deux expertises monodisciplinaires psychiatrique et rhumatologique, mais aurait dû mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire.

Il est vrai qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques constitue en principe la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (cf. *supra* consid. 2.3). Cependant, la mise en œuvre d'une telle expertise ne se justifie pas en l'espèce, dès lors que le diagnostic de fibromyalgie, de même que tout autre trouble somatoforme douloureux, a été exclu sur la seule base de l'expertise monodisciplinaire rhumatologique. Or, si le concours d'un psychiatre est en principe nécessaire, le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2022 du 20 juin 2023 consid. 5.1).

En l'occurrence, le Dr K _____ a expliqué de manière compréhensible pour quelles raisons il fallait considérer que l'intéressée ne répondait pas aux critères ACR 2010 modifiés 2016 de la fibromyalgie, mentionnant en particulier que le syndrome douloureux n'était pas diffus et n'atteignait pas quatre régions du corps. Il se limitait au rachis cervical et, à moindre degré, à la ceinture scapulaire. Comme cela ressort du considérant 3.3 ci-dessus, cette appréciation n'a été mise en cause par aucun autre avis médical au dossier. En particulier, le bilan global du Service de rhumatologie du CHUV du 15 juillet 2024 ne fait qu'indiquer les résultats obtenus par la recourante aux tests FiRST et PDS, sans expliquer quels éléments du cas d'espèce permettaient de retenir le diagnostic de fibromyalgie. On relève également que si les praticiens du CCPP mentionnent, dans leur rapport du 12 septembre 2023, qu'un trouble psychosomatique est envisageable, ils restent totalement muets à ce sujet dans celui du 10 janvier 2025. Il en va de même du rapport du 20 décembre 2024 du Dr E _____, qui ne dit mot d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. Il sied en outre de rappeler que l'experte psychiatre admet la

plausibilité d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, dans la mesure où les plaintes psychiques alléguées par la requérante étaient selon cette dernière clairement en lien avec les plaintes douloureuses, tout en précisant que celui-ci n'était, en tout état de cause, pas incapacitant.

Quand bien même il est incontestable qu'il n'y a pas eu d'expertise bidisciplinaire avec une discussion consensuelle, la Cour observe toutefois que les experts ont analysé le cas de la requérante en fonction des exigences jurisprudentielles, selon les critères de degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a par ailleurs eu l'occasion de préciser qu'une telle discussion consensuelle est certes idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références). En l'espèce, les experts, de même que d'autres spécialistes dont les rapports se trouvent au dossier, ont en particulier indiqué qu'il n'était pas possible d'éliminer formellement une majoration des plaintes physiques et psychiques chez une assurée très démonstrative, d'autant plus que les résultats de l'examen neuropsychologique du 26 mars 2024 avaient montré des incohérences et n'avaient pas pu être validés. Les experts ont au demeurant conclu que les ressources dont disposait la requérante l'emportaient sur les facteurs de contrainte que représentaient ses atteintes physiques et psychiques. Les Drs J _____ et K _____ ont tous deux constatés qu'il n'y avait pas de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, la requérante se considérant comme incapable de travailler alors qu'elle était autonome pour l'intégralité des activités de la vie quotidienne (déplacements en transports publics, tâches ménagères, repas), qu'elle s'occupait de sa fille et qu'elle avait été en mesure de se rendre en F _____ avec sa famille. Elle disposait en outre de ressources externes adéquates, essentiellement intra-familiales.

Au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, la Cour retient que l'absence de discussion consensuelle entre les deux experts ne justifie pas de s'éloigner de leurs conclusions respectives, lesquelles ne sont d'ailleurs pas incompatibles.

3.5 Se pose enfin la question du bien-fondé de la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée par le SMR, alors que l'expert rhumatologue retient quant à lui une capacité de travail de 90 % (100 % avec baisse de rendement de 10 % en raison des douleurs).

Dans la mesure où les limitations fonctionnelles admises en 2025 sont assimilables à celles retenues en 2020 et au vu de la nature subjective de la notion de douleur, l'on ne

saurait reprocher au SMR, dont les conclusions ont été reprises telles quelles par l'OAI, d'avoir nié toute aggravation objective, significative et durable de l'état de santé de la recourante et, partant, d'avoir considéré qu'aucun motif ne justifiait de modifier la capacité de travail telle que retenue dans la décision du 30 novembre 2020.

3.6 Au vu de ce qui précède, la Cour conclut que même si l'état de santé psychique de la recourante semble avoir évolué depuis 2020, il n'entraîne pas d'incapacité de travail et reste pleinement compatible avec l'exercice à 100 % d'une activité légère et adaptée, respectant des limitations fonctionnelles superposables à celles retenue au moment de la première décision de l'intimé. En l'absence d'une évolution notable de son état de santé, les conditions ouvrant le droit à une rente d'invalidité ne sont pas remplies *in casu*.

Partant, le recours est rejeté et la décision de l'OAI du 10 mars 2025 confirmée.

4. 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^{bis} LPGA, art. 69 al. 1^{bis} 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*).

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 3 mars 2026