

S1 23 114

**ARRÊT DU 22 JANVIER 2025**

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

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

**en la cause**

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

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande et refus de prestations AI)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, née en 1971, ressortissante portugaise, divorcée, mère de deux enfants majeurs, travaillait comme aide-soignante auprès de l'EMS A \_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 (dossier AI p. 6 ss). Selon les indications de l'employeur, son taux d'activité était de 80% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017 (dossier AI p. 30 ss).

L'intéressée est en incapacité de travail totale depuis le 14 juillet 2020. La Zurich Compagnie d'Assurances SA, assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, a versé des prestations (dossier AI p. 647 ss).

Le 18 janvier 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) en raison de troubles musculo-squelettiques au niveau de la ceinture scapulaire, des cervicales, des bras et du dos, d'une suspicion de maladie auto-immune et d'un syndrome canalaire. Elle a indiqué que l'atteinte existait depuis 2018 (dossier AI p. 6 ss).

Lors de la consultation de gastro-entérologie du 5 mars 2021, la Dresse B \_\_\_\_\_ a conclu que les troubles intestinaux de l'assurée étaient dus à la présence d'un côlon irritable (dossier AI p. 152).

A la demande de la Dresse C \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a ausculté l'intéressée le 31 mai 2021. Dans son rapport du 7 juin suivant, il a diagnostiqué une fibromyalgie, des lombopygalgies chroniques avec troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique et troubles statiques, des cervico-scapulalgies chroniques, un vitiligo et un status après opération du tunnel carpien bilatéral. Il a proposé une approche rééducative progressive à sec et en piscine. Sur le plan médicamenteux, un aglomodulateur ou un tricyclique pouvait être introduit (dossier AI p. 94 ss). Les cures de tunnel carpien droit et gauche avaient eu lieu en mars et en mai 2021 (dossier AI p. 114 s).

Dans un rapport du 28 juin 2021, la Dresse C \_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail une fibromyalgie et une spondylarthrite ankylosante en cours de bilan. Le traitement actuel consistait en de la balnéothérapie. Un traitement d'Enbrel était envisageable. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue, fatigabilité, douleurs, port de charges, concentration limitée et gestes

répétitifs. La Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité. Le pronostic était toutefois bon (dossier AI p. 77 ss).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2021, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, a expliqué que l'assurée souffrait depuis l'été 2019 de douleurs au niveau des rachis cervical et lombaire irradiant vers les membres supérieurs et le pli de l'aîne des deux côtés avec une sensation d'endormissement des deux mains sur neuropathie tronculaire des nerfs médians aux tunnels carpiens. Elle a indiqué que l'imagerie avait montré une plage d'œdème sacro-iliaque pouvant évoquer une spondylarthropathie mais que l'HLA B27 était négatif. Un traitement d'Enbrel avait été envisagé mais la patiente souhaitait suivre un traitement de rééducation au préalable. Les limitations fonctionnelles comprenaient les efforts physiques, le port de charges et les activités en porte à faux qui devaient être évitées (dossier AI p. 101 ss).

L'assurée s'est inscrite auprès de l'Office régional de placement de Monthey-St-Maurice et a revendiqué des prestations de l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> juillet 2022 pour une activité à plein temps (dossier AI p. 842 ss).

La Dresse C \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 25% hors domaine des soins dès le 1<sup>er</sup> août 2022 (dossier AI p. 787, 790, 794).

A la demande de l'OAI, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué le 9 août 2021 que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-soignante était nulle. Une activité sédentaire, sans port de charges, était exigible à raison de quatre heures par jour (dossier AI p. 126 ss).

Le 1<sup>er</sup> octobre 2021, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a mis en évidence une masse lipomateuse FID (dossier AI p. 212).

Dans un rapport du 5 octobre 2021, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, n'a pas retenu de syndrome inflammatoire biologique, ni de spondylarthropathie. Il a indiqué qu'une fibromyalgie était au premier plan, de même que des douleurs rachidiennes non spécifiques et a préconisé la mise en œuvre d'une réadaptation active et éventuellement d'un traitement antidépresseur (dossier AI p. 154 s).

Dans la mesure où les rapports médicaux étaient évasifs et contradictoires s'agissant de la capacité de travail exigible de l'assurée, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès du SMR, a recommandé la mise en œuvre d'un examen clinique, lequel a eu lieu le 2 novembre 2021 (dossier AI p. 143 ss, p. 158 ss).

Dans un rapport du 8 novembre 2021, le Dr H \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics déjà connus de syndrome fibromyalgique et de rachialgies non spécifiques. Il a indiqué que le substrat anatomique n'expliquait que très partiellement les douleurs et les limitations décrites par l'assurée. Au niveau de l'appareil locomoteur, l'assurée présentait, depuis toujours, une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, position de travail alternée, pas de position à genoux ou accroupie, pas de porte-à-faux ni de rotation-flexion du tronc ; avec les membres supérieurs : port de charges limité à 5 kg, pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en poussée ni en traction avec force et pas de mouvements répétitifs (dossier AI p. 158 ss).

Le lendemain, le Dr H \_\_\_\_\_ a précisé que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 14 juillet 2020 et a conclu, après une procédure probatoire structurée, que les indicateurs de gravité jurisprudentiels n'étaient pas remplis (dossier AI p. 181 ss).

Par projets de décision du 9 novembre 2021, confirmés par décisions du 4 janvier 2022, l'OAI a d'une part nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a considéré qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. En tenant compte d'un statut mixte, à raison de 80% pour l'activité lucrative et de 20% pour l'exécution des tâches ménagères, et après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a retenu une perte de gain de 8%. D'autre part, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à un reclassement professionnel ou à une aide au placement (dossier AI p. 170 ss, 175 ss, 272 ss, 278 ss). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

**B.** Le 24 mars 2022, la Dresse C \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport médical duquel ressortent les diagnostics et faits suivants :

- cure de tunnel carpien bilatéral fin 2021 ;
- exérèse d'un lipome abdominal fin 2021 ;
- syndrome fibromyalgique déjà connu mais en forte péjoration ;
- lombalgie basse chronique facettaire de L4 à S1/ lombopygalgie chronique/ trouble statique ;
- cervico-scapulalgie chronique ;

- déconditionnement physique majeur en péjoration ;
- tendinite et bursite de l'épaule gauche fin 2021 ;
- situation compliquée d'un syndrome dépressif majeur réactionnel avec angoisse, suivi psychologique à couple et famille Aigle, péjoration du tableau initial et confirmation par le centre antidouleur et la Dresse E \_\_\_\_\_ ; et
- rhumatisme inflammatoire confirmé par la Dresse E \_\_\_\_\_ récemment, spondylarthrite ankylosante, compliquée d'un vitiligo et de douleurs abdominales invalidantes probablement en lien : imagerie sacro-iliaque en faveur, douleur insomnante, échec des divers traitements entrepris -> passage à Enbrel pendant trois mois.

La Dresse C \_\_\_\_\_ a ajouté qu'un bilan gastro-entérologique était en cours auprès de la Dresse B \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 381 s).

Dans un rapport du 14 mars 2022, la Dresse E \_\_\_\_\_ a fait état d'une importante aggravation des douleurs, en particulier au niveau du rachis avec un déconditionnement physique marqué et un trouble dépressif réactionnel. Elle a retenu un syndrome fibromyalgique invalidant et a indiqué qu'une spondylarthrite associée paraissait également présente. Elle a proposé l'instauration d'un traitement d'Enbrel 50 mg par semaine durant trois mois (dossier AI p. 383 s).

L'assurée avait consulté le Centre de traitement de la douleur de I \_\_\_\_\_ en février 2022 afin de traiter sa souffrance chronique et de mieux comprendre l'origine de ses douleurs. Dans un rapport du 3 février 2022, la Dresse J \_\_\_\_\_ a confirmé l'hypothèse d'un syndrome fibromyalgique, complexifié dans un contexte de trouble dépressif et/ou d'angoisse. Elle a indiqué que les douleurs au niveau du bas du dos avec irradiation vers la région glutéale et l'aîne gauche pouvaient peut-être s'expliquer par un syndrome facettaire au niveau lombaire bas. Suite à l'examen clinique, une pathologie au niveau de la hanche gauche n'était pas exclue et restait à réévaluer. La présence d'un syndrome du muscle piriforme semblait en revanche peu probable. Elle a suggéré une activité physique en combinaison avec des exercices méditatifs ainsi que l'introduction d'un traitement antidépresseur/anxiolytique avec action antalgique (dossier AI p. 387 ss).

Le 25 avril 2022, K \_\_\_\_\_ SA, représentante de l'assurée, a confirmé la demande de réexamen déposée par la Dresse C \_\_\_\_\_ en date du 24 mars 2022 (dossier AI p. 407).

L'aggravation de l'état de santé a été jugée plausible ; l'OAI a dès lors repris l'instruction du dossier.

L'IRM de la hanche gauche, réalisée le 4 mai 2022, a mis en évidence une petite altération chondro-labrale, possiblement fissuraire, sur le versant postéro-supérieur et latéral de la cotyle acétabulaire méritant une corrélation clinique ainsi qu'une petite pseudo-bursite de l'ilio-psoas gauche (dossier AI p. 425 s). L'arthro-IRM pratiquée le 20 juin suivant a ensuite confirmé une chondropathie focale de grade IV de la partie postéro-supérieure de l'acétabulum mais sans fissure labrale ou signes de conflit fémoro-acétabulaire (dossier AI p. 440 s).

Le 3 juin 2022, la Dresse J \_\_\_\_\_ a indiqué que les traitements d'Enbrel et de Duloxétine avaient un effet favorable sur les douleurs de l'assurée (dossier AI p. 442 s).

Le même jour, à la demande de K \_\_\_\_\_ SA, la Dresse C \_\_\_\_\_ a expliqué que le syndrome dépressif majeur réactionnel avec angoisse faisait suite à l'apparition de la maladie chronique inflammatoire rhumatologique de l'assurée en juillet 2020, à savoir une fibromyalgie, une spondylarthrite en cours de traitement et des problèmes abdominaux possiblement en lien avec la maladie rhumatologique. Quant à la question de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis l'examen clinique effectué par le SMR en novembre 2021, elle a mentionné un rhumatisme inflammatoire de type SPA sous traitement d'Enbrel depuis peu avec une bonne réceptivité, ce qui était un argument supplémentaire pour ce diagnostic. Elle a également fait état de l'apparition de symptômes abdominaux possiblement en lien avec la maladie rhumatismale. A cet égard, elle a précisé qu'un bilan était en cours (dossier AI p. 478 s).

Dans un rapport reçu le 7 juin 2022 par l'OAI, L \_\_\_\_\_, psychologue FSP, et le Dr M \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont indiqué que le traitement, à raison d'une séance par semaine, avait commencé le 26 janvier 2022. Ils ont retenu comme diagnostic non incapacitant un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen. Ils ont précisé qu'aucun traitement médicamenteux n'avait été proposé à l'assurée. Quant au pronostic, il était possible que l'assurée puisse sortir de cet épisode dépressif dans les mois suivants avec une poursuite de la psychothérapie régulière ainsi qu'un accompagnement adéquat concernant les douleurs somatiques (dossier AI p. 416 s).

Dans un rapport du 10 juin 2022, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée avait évolué vers une aggravation tant des douleurs que du trouble dépressif, qu'un traitement d'Enbrel avait été introduit le 20 avril précédent, que l'assurée présentait les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie HLA B27 négatif

probable, de syndrome fibromyalgique marqué et de trouble dépressif réactionnel et que l'assurée était limitée pour les efforts physiques, le port de charges, les activités en porte à faux, etc. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assurée (dossier AI p. 419 ss).

En juillet 2022, en raison de la persistance d'une douleur au niveau du pli inguinal gauche avec parfois une irradiation au niveau de la cuisse, la Dresse J \_\_\_\_\_ a adressé l'assurée au Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier AI p. 440 s).

Dans un avis SMR du 25 juillet 2022, le Dr H \_\_\_\_\_ a indiqué que les rapports médicaux au dossier n'apportaient pas d'élément objectif nouveau hormis la mise en évidence d'une lésion au niveau de la hanche gauche, pour laquelle un avis spécialisé avait été requis auprès du Dr N \_\_\_\_\_. Il a estimé que les examens paracliniques étaient au contraire rassurants puisqu'il n'y avait pas d'altération IRM significative pouvant évoquer une spondylarthrite inflammatoire et que la Dresse J \_\_\_\_\_ avait fait état d'une stabilisation de la situation globale. Il a en outre relevé que le psychiatre traitant de l'assurée considérait le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques comme non incapacitant. Le médecin SMR a recommandé d'attendre le rapport du Dr N \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 449 ss).

**C.** Le 29 septembre 2022, K \_\_\_\_\_ SA a déposé une nouvelle demande de prestations AI au nom et pour le compte de l'assurée en raison d'une maladie chronique inflammatoire, d'une fibromyalgie, d'une spondylarthrite ankylosante compliquée d'un vitiligo et de douleurs abdominales invalidantes, d'un syndrome dépressif majeur réactionnel avec angoisse, d'une tendinite et bursite de l'épaule gauche, de cervico-scapulagie chronique, de lombalgie basse chronique facettaire, d'une exérèse d'un lipome abdominal et d'un déconditionnement physique majeur. Il a précisé que l'atteinte à la santé existait depuis 2018 et que l'incapacité de travail avait pu être réduite à 75% depuis le 4 août 2022 (dossier AI p. 483 ss).

A la demande de l'OAI, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 16 septembre 2022 pour un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Il a précisé qu'il s'agissait de troubles dépressifs réactionnels aux maladies somatiques de l'assurée et qu'aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'avait été attestée. Le traitement consistait en la prise de Wellbutrin, de Cymbalta et de Mirtazapine (dossier AI p. 503).

Dans un rapport du 22 septembre 2022, le Dr N \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de coxarthrose gauche débutante dans le cadre d'une coxa vara avec des signes cliniques en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire. Il a également mentionné une fibromyalgie et des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de troubles dégénératifs facettaires pluri-étagés. Il a proposé d'effectuer une infiltration Ostenil Plus, laquelle n'a pas eu d'effet favorable, tout comme l'infiltration de la bourse ilio-pectinée qui a été effectuée le 1<sup>er</sup> décembre 2022. En l'absence d'effet positif, le Dr N \_\_\_\_\_ a suspecté une origine extra-articulaire de la douleur au niveau de la hanche gauche et a adressé l'assurée à la Dresse J \_\_\_\_\_ pour compléter le bilan du rachis et discuter, le cas échéant, d'une nouvelle infiltration dans le cadre de son arthrose facettaire (dossier AI p. 510 ss, 522 ss, 527 s).

Reprenant position en date du 27 mars 2023, après avoir recueilli notamment les rapports du Dr N \_\_\_\_\_, le SMR a rappelé que, hormis une lésion au niveau de la hanche gauche, il n'y avait pas d'éléments objectifs nouveaux sur le plan somatique. Concernant cette lésion, le Dr H \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il s'agissait d'une chondropathie focale, que l'examen clinique du Dr N \_\_\_\_\_ était comparable à celui du SMR du 2 novembre 2021, que le traitement était conservateur et que les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport final du SMR du 9 novembre 2022 (recte : 2021) tenaient compte des douleurs à la hanche gauche. Le Dr O \_\_\_\_\_ a confirmé l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante mentionnée par le Dr M \_\_\_\_\_. Le SMR a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport aux faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 4 janvier 2022 (dossier AI p. 537 ss).

Dans un rapport du 29 mars 2023, le Dr O \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente présentait une fatigabilité, des troubles du sommeil ainsi qu'une irritabilité liée aux douleurs. Il a également mentionné une tristesse, des pleurs par moments et un manque d'envie. Il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée pendant deux ans (F43.21) puis de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il a précisé que ces diagnostics n'étaient pas incapacitants (dossier AI p. 542 ss).

Dans un avis du 6 avril 2023, le SMR a relevé que le Dr O \_\_\_\_\_, dans son rapport du 29 mars précédent, n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et qu'il avait confirmé que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dépendaient des pathologies somatiques (dossier AI p. 547 s).

Par projet de décision du 8 mai 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'en l'absence d'une aggravation durable de son état de santé, tout droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel lui était refusé et la demande de réexamen déposée le 24 mars 2022 était rejetée (dossier AI p. 549 ss).

Dans son courrier du 19 mai 2023, K \_\_\_\_\_ SA a requis une copie des pièces postérieures au 7 février 2023 et a indiqué contester le projet de décision du 8 mai précédent (dossier AI p. 557). Les pièces demandées ont été transmises par courriers du 23 mai 2023 (dossier AI p. 558 ss).

Par décision du 19 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 mai précédent (dossier AI p. 561 ss).

Par courrier du 17 août 2023, K \_\_\_\_\_ SA a informé l'OAI que son mandat prenait fin avec effet immédiat (dossier AI p. 569).

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 17 août 2023 (date du sceau postal) contre la décision du 19 juin précédent, concluant à son annulation, à la reprise de l'instruction par l'OAI, notamment à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et à la prise en charge des frais de procédure par l'OAI. En substance, elle a allégué que l'OAI n'avait procédé à aucune évaluation sérieuse de ses atteintes à la santé et de ses conséquences sur sa capacité de travail. Elle a reproché à l'intimé de s'être basé uniquement sur les appréciations de son SMR, lesquelles étaient en tout cas partiellement contredites par ses médecins traitants.

Dans sa réponse du 26 septembre 2023, l'intimé a fait valoir que les rapports du SMR des 27 mars 2023 et 6 avril suivant avaient pleine valeur probante. Il a en outre rappelé que la recourante avait été examinée par le médecin SMR le 2 novembre 2021 dans le cadre de l'instruction de la demande précédente, qu'il connaissait ainsi bien son état de santé somatique et qu'il pouvait aisément constater, à la lecture des nouveaux rapports médicaux, qu'il n'y avait aucune aggravation objectivée de l'état de santé de la recourante. Il a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 24 octobre 2023, la recourante a allégué qu'il y avait une divergence d'opinions entre les médecins internes à l'OAI et ses médecins traitants, si bien qu'il existait un doute et que par conséquent un expert neutre et indépendant devait être mandaté. Elle a en outre reproché à l'intimé de ne pas avoir procédé à un examen des indicateurs jurisprudentiels dans ses rapports des 27 mars et 6 avril 2023 malgré le diagnostic de fibromyalgie. De plus, elle a fait valoir que non seulement ses douleurs

avaient augmenté mais qu'elle avait dû consulter de nouveaux spécialistes, que ces derniers ainsi que les interlocuteurs du programme d'emploi temporaire mis en place par le chômage avaient pu constater ses difficultés, lesquelles étaient également présentes dans sa vie privée. Elle a ajouté qu'il fallait également tenir compte de ses autres troubles, à savoir de la coxarthrose, de la spondylarthropathie, des rachialgies, du status post-cure des tunnels carpiens et de la dépression. Elle y a notamment joint un rapport du 12 avril 2023 du Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a indiqué qu'un syndrome fibromyalgique était manifeste et qu'une spondylarthropathie séronégative pouvait être associée à une possible sacro-illite gauche. Il a recommandé à la recourante de pratiquer une activité physique régulière et de recommencer un traitement d'étanercept en plus de sa médication anti-inflammatoire et antalgique.

Le 21 novembre 2023, l'OAI a renoncé à déposer formellement une duplique.

La Caisse de pension n'ayant déposé aucune observation dans le délai imparti, l'échange d'écritures a été clos le 16 janvier 2024.

Le 20 mai 2024, la recourante a transmis à la Cour de céans des arrêts de travail établis par la Dresse C \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> avril 2024.

Dans des courriels du 31 mai 2024 et du 30 août suivant adressés à l'OAI, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante n'avait plus aucun revenu et a demandé qu'une décision soit rendue rapidement. Elle a notamment joint à ses courriels un rapport du 29 mai 2024, dans lequel elle a indiqué que la situation de sa patiente était catastrophique tant sur le plan physique que psychique avec une aggravation importante du fait de l'absence brutale de revenu et de l'anxiété/angoisse/incertitude qui en découlait. Elle a rappelé que l'incapacité de travail était totale depuis juillet 2020.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

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

Posté le 17 août 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 19 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art.

38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Compte tenu du principe de droit intemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits, le droit applicable en l'espèce est celui en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI dans le contexte d'une nouvelle demande du 24 mars 2022.

**3.** Il y a lieu de déterminer si la recourante dispose d'un motif de révision/reconsidération, dès lors qu'elle mentionne l'article 53 alinéas 1 et 2 LPGA dans son mémoire de recours du 17 août 2023.

Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPGA) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 consid. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente (ATF 110 V 138 consid. 2 ; SVR 2012 UV n° 17 consid. 7.1).

Il convient de distinguer la reconsidération selon l'article 53 alinéa 2 LPGA de la révision procédurale au sens de l'article 53 alinéa 1 LPGA. L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). La reconsidération sert de correctif postérieur à l'application du droit ou à la constatation de faits initialement erronée de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1 ; ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

Selon la jurisprudence, la reconsidération de décisions entrées en force n'est envisageable qu'en cas d'erreur grossière de l'administration (RCC 1988 p. 566 consid. 2b). Une erreur est manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée et que seule cette conclusion s'impose (ATF 138 V 324 consid. 3.3 ; SVR 2012 IV n° 18 consid. 3.2).

En l'occurrence, nous ne sommes ni en présence de faits nouveaux importants qui ne pouvaient pas être produits au moment de la décision du 19 juin 2023, ni en présence d'une erreur manifeste de l'intimé au moment où il a rendu sa décision. La recourante ne l'allègue d'ailleurs pas, se contentant de mentionner les dispositions légales topiques. Il s'ensuit que ni les conditions d'une révision procédurale ni celles d'une reconsidération ne sont remplies en l'espèce. De plus, la révision procédurale et la reconsidération n'entrent en considération que lorsque la décision est formellement passée en force, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

#### **4.**

**4.1** Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, ce sont les règles relatives à la révision qui trouvent application par analogie (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

**4.2** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 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 SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et

les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5). Le rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à lui donner 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) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2). Si le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier

(ATF 135 V 465 consid. 4.5), il ne peut écarter son avis pour cette seule raison (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

**5.** L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du mois de mars 2022, il sied d'examiner si un changement important des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qui se présentaient lors des décisions du 4 janvier 2022 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 19 juin 2023 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence).

**5.1** En l'espèce, à l'époque des décisions du 4 janvier 2022, l'assurée souffrait de rachialgies non spécifiques et d'un syndrome fibromyalgique, qui ne l'empêchaient pas d'exercer à temps plein une activité adaptée à son état de santé, lui permettant de réaliser un gain légèrement inférieur à celui qu'elle aurait pu gagner dans son emploi d'auxiliaire de santé à Q \_\_\_\_\_. Les médecins traitants avaient en outre évoqué le diagnostic de spondylarthropathie, lequel n'avait cependant pas été confirmé.

**5.2** Lors du dépôt de la nouvelle demande le 24 mars 2022, la Dresse C \_\_\_\_\_ a notamment fait état d'un syndrome fibromyalgique en forte péjoration, d'un syndrome dépressif majeur réactionnel avec angoisse et d'une spondylarthrite ankylosante, compliquée d'un vitiligo et de douleurs abdominales invalidantes. C'est en raison de ces éléments que l'intimé a accepté, à juste titre, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante et de reprendre l'instruction médicale, avant de soumettre le dossier de l'assurée au SMR pour appréciation de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail de l'intéressée.

**6.** La recourante conteste la valeur probante des rapports des 27 mars et 6 avril 2023 du SMR. Elle n'apporte cependant aucun argument médical à l'appui de son recours, si ce n'est un rapport du Dr P \_\_\_\_\_, lequel ne fait toutefois état d'aucun élément nouveau comme on le verra ci-dessous, se contentant de réclamer la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il sied dès lors d'examiner la valeur probante des rapports du SMR.

Le Dr H \_\_\_\_\_ a d'abord relevé qu'une lésion au niveau de la hanche gauche avait été mise en évidence et a retenu, sur la base de l'imagerie et des rapports du Dr N \_\_\_\_\_, orthopédiste, une coxarthrose débutante. A cet égard, il a relevé que l'examen clinique du Dr N \_\_\_\_\_ était comparable à celui effectué par le SMR en novembre 2021. En effet, lors de ce dernier examen, le SMR avait déjà mentionné des douleurs au niveau de la hanche gauche et constaté une mobilité réduite de cette articulation. Par ailleurs, le SMR a considéré que les limitations fonctionnelles retenues en novembre 2021 tenaient compte des douleurs au niveau de la hanche gauche. De plus, les traitements actuels étaient uniquement conservateurs (infiltrations et physiothérapie).

Le Dr H \_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'autres éléments objectifs nouveaux sur le plan somatique. Il a souligné que les examens paracliniques étaient au contraire rassurants, l'IRM lombo-sacrée et des sacro-iliaques du 17 novembre 2021, l'IRM dorsale du 21 février 2022 et la biologie du 4 mars 2022 n'ayant pas mis en évidence d'argument pour une spondylarthrite. Il a ajouté que la Dresse J \_\_\_\_\_ avait mentionné une stabilisation de la situation globale de la recourant dans son courrier du 5 juillet 2022. On relèvera également que le diagnostic de spondylarthropathie évoqué par les Dresse C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ n'a pas été confirmé sur le plan médical et reste donc au stade de la supposition, comme cela était déjà le cas avant la nouvelle demande de prestations AI de mars 2022. Le rapport du 29 mai 2024 de la Dresse C \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Selon la jurisprudence constante (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références), le tribunal cantonal se fonde sur les faits tels qu'ils se sont produits jusqu'à la décision administrative litigieuse, les faits postérieurs entraînant une modification doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_549/2022 du 12 avril 2023 consid. 6.1). La Cour remarque en outre que les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse E \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 juin 2022, soit après le dépôt de la nouvelle demande de prestations AI en mars 2022, sont identiques à celles figurant dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2021. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêts du Tribunal fédéral I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1, 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). En

l'espèce, les Dresses C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ se sont avant tout basées sur les plaintes subjectives de la recourante pour admettre une aggravation de son état de santé. Comme vu ci-dessus, hormis une coxarthrose débutante à gauche, aucun élément médical objectif nouveau n'a été mis en évidence. Les constatations faites lors du programme d'emploi temporaire auprès du R \_\_\_\_\_ ne sont d'aucune aide à la recourante, dès lors qu'il ne s'agit pas d'observations médicales.

La recourante a produit en cours de procédure un rapport du Dr P \_\_\_\_\_, rhumatologue, lequel n'apporte cependant pas d'élément objectif nouveau. En effet, ce spécialiste confirme la présence d'une fibromyalgie et, comme l'ensemble des médecins, ne tient le diagnostic de spondyloarthropathie que pour possible. Sur le plan thérapeutique, le Dr P \_\_\_\_\_ n'a pas fait de nouvelles propositions, recommandant à l'assurée une activité physique régulière et une reprise du traitement d'étanercept.

Concernant l'aspect psychiatrique, le Dr M \_\_\_\_\_ a d'abord retenu un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, puis le Dr O \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée pendant deux ans puis un trouble anxieux et dépressif mixte. Tous les deux, psychiatres traitants de la recourante, ont considéré que les troubles psychiatriques de leur patiente n'étaient pas incapacitants.

Le SMR a par conséquent estimé qu'une aggravation de l'état de santé n'était pas objectivement démontrée et que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme en janvier 2022.

Au vu de ces éléments, la Cour considère que les rapports des 27 mars et 6 avril 2023 du SMR ont pleine valeur probante et que c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur ceux-ci, pour retenir l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2022 et, par conséquent, écarter sa nouvelle demande de prestations AI de mars 2023. Contrairement à ce que prétend la recourante, le SMR n'avait ainsi pas à procéder à un nouvel examen des indicateurs jurisprudentiels.

7. Il s'ensuit que le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par la recourante (appréciation anticipée, cf. supra consid. 3.2).

8.

8.1 La recourante, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA et 69 al.1bis LAI).

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

### **Prononce**

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

Sion, le 22 janvier 2025