

S1 22 78

ARRÊT DU 1^{ER} FÉVRIER 2024

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Stéphane Riand, avocat, à Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

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

Faits

A. X _____, née le xx.xxxx1, a obtenu la patente de cafetier-restaurateur en décembre 1993 et a tenu un café jusqu'à la naissance de son enfant en 2002. Elle a ensuite effectué différents petits emplois avant d'être engagée comme conseillère de vente en parfumerie auprès de A _____ dès le 1^{er} novembre 2012 à un taux d'environ 50% (43% selon le rapport de l'employeur, pièce 14 ; voir également pièces 4, 7 et 9, p. 28 et pièce 37).

A compter du 8 juin 2017, elle a été mise en incapacité de travail totale par le Dr B _____, médecin traitant allergologue. Dans un rapport du 26 octobre 2017, celui-ci a expliqué que sa patiente présentait un trouble anxio-dépressif aigu et sévère et qu'un suivi psychothérapeutique était planifié (pièce 48, p. 138).

X _____ a été licenciée par son employeur avec effet au 30 novembre 2017 (pièce 14).

Une expertise psychiatrique a alors été ordonnée par l'assureur perte de gain maladie C _____. Celle-ci a été réalisée le 26 janvier 2018 par le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie (pièce 48, p. 140). Dans son rapport daté du 30 janvier 2017, l'expert est arrivé à la conclusion que l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) à la suite de conflits sur le lieu de travail et d'une grande insatisfaction concernant la situation professionnelle, auxquels étaient venus s'ajouter à la fin 2017 des soucis autour de la santé de sa sœur atteinte d'un cancer. Il a expliqué que ce trouble durait deux ans au maximum, en fonction de la structure de personnalité du patient, le temps qu'il s'adapte à une nouvelle situation. A cet égard, il a noté que l'assurée avait pu maintenir un bon niveau stable de fonctionnement psychosocial et a observé que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle n'était plus que d'une intensité légère à moyenne. Il a dès lors estimé qu'en mobilisant toute sa bonne volonté, l'assurée était capable de reprendre son activité professionnelle à 50% de suite, puis 80% dès le 1^{er} mars 2018 et 100% dès le 1^{er} avril 2018. Il n'a retenu aucune limitation spécifique sous l'angle psychiatrique et a considéré que toute activité correspondant à l'âge et à la formation de l'assurée était exigible, dès lors que les problèmes étaient exclusivement d'ordre relationnel.

Par courrier du 1^{er} février 2018, C _____ a informé l'assurée qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} avril 2018 (pièce 48, p. 126). Les 7 et 21 février 2018, elle a confirmé sa position, dès lors que les certificats

d'incapacité de travail établis par le Dr D _____ ne contenaient aucun élément médical permettant de retenir une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr D _____ (pièce 48, p. 128, 162).

Le 21 mars 2018, la Dresse E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à C _____ dans lequel elle indiquait suivre la patiente depuis le 16 novembre 2017 et avoir observé une altération de l'état mental depuis le 18 février 2018 avec la réapparition d'une tristesse, de ruminations morbides et d'une perte de l'élan vital à la suite de l'accélération de la surcharge pondérale sous traitement antidépresseur (pièce 50, p. 167).

Interpellé, le Dr D _____ a remarqué que la Dresse E _____ n'avait pas retenu de diagnostic formel ni décrit de status psychique complet, se limitant à parler d'une altération de l'état mental depuis le 18 février 2018 et d'une accélération de la surcharge pondérale sous traitement antidépresseur. Il a encore relevé que la psychiatre traitante ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail et n'avait pas remis en question les constatations du rapport d'expertise. Enfin, il a estimé peu probable que les symptômes dépressifs dus à une prise de poids soient invalidants au point de rendre impossible une reprise du travail (pièce 50, p. 166).

B. Parallèlement, le 24 janvier 2018, X _____ a rempli une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) en invoquant un burnout ayant entraîné une incapacité de travail totale attestée depuis le 8 juin 2017 par le Dr D _____ et la Dresse E _____ (pièce 2). Contactée le 29 janvier 2018, l'assurée a expliqué que c'était par choix qu'elle travaillait à temps partiel et non en raison de son enfant et qu'elle aimerait trouver un emploi à 60-70%, voire à 100% si l'activité lui plaisait et la motivait (pièce 4, p. 17).

Interpellé, le Dr B _____ a confirmé, le 27 février 2018, l'incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2017 en raison d'un état anxio-dépressif sévère entraînant troubles du sommeil, apathie, perte de l'estime de soi, retrait social et pleurs fréquents. Il a estimé que si l'évolution clinique était favorable, la patiente pourrait reprendre son activité à 50% dans un premier temps, puis progressivement augmenter jusqu'à 100% (pièce 10).

Dans un rapport du 28 février 2018 (pièce 11), la Dresse E _____ a indiqué que sa patiente présentait une situation de mobbing au travail qui avait engendré une asthénie, une perte de motivation, de la tristesse, un sentiment d'injustice, une aboulie, des ruminations psychiques morbides et des troubles du sommeil, en raison desquels le diagnostic de troubles de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22)

avait été posé. De son point de vue, le pronostic était favorable et l'assurée pourrait reprendre son activité de conseillère en parfumerie à moyen terme, soit dans deux mois, mais chez un autre employeur.

Après avoir recueilli des renseignements de l'ex-employeur de l'assurée et obtenu une copie du dossier de C _____, l'OAI a rendu un projet de décision le 18 juillet 2018 refusant à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité, dès lors que dès le 1^{er} avril 2018, soit bien avant le terme du délai d'attente, elle avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain selon l'expert (pièce 18).

C. Par courrier du 27 août 2018, l'intéressée a contesté ce projet, en relevant que depuis l'expertise du Dr D _____ son état de santé s'était détérioré et qu'elle allait devoir être hospitalisée prochainement sur ordre de la Dresse E _____ (pièce 19).

Le 14 septembre 2018, l'assurée a confirmé son opposition par l'entremise de M^e F _____ (pièce 24, p. 68). Elle a remis à l'OAI un rapport de la Dresse E _____ du 16 août 2018, qui indiquait suivre l'assurée pour un trouble de l'adaptation à type de réaction dépressive prolongée. La Dresse E _____ ajoutait que l'ajustement du traitement à la fin décembre 2017 avait permis une amélioration de l'humeur mais entraîné une prise pondérale mal tolérée par la patiente. Elle a décrit un état évoluant en dents de scie, notamment en raison de la maladie de la sœur de la patiente, en précisant que les symptômes étaient toujours identiques et justifiaient une incapacité de travail de 100% (pièce 27).

L'assurée a été hospitalisée à la Clinique G _____ du 30 août au 26 septembre 2018 pour éloignement des facteurs de stress et reconditionnement général (pièce 32). Selon le rapport de sortie, l'assurée présentait un état dépressif modéré et avait bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier qui avait permis d'améliorer la thymie, de récupérer l'élan vital et de perdre du poids.

Mandaté, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a relevé, le 7 décembre 2018, que l'assurée ne souffrait pas d'une « dépression » mais d'un « trouble de l'adaptation » et que des facteurs de charge psychosociaux avaient joué un rôle prépondérant dès le début de l'atteinte. Il a noté que les médecins traitants avaient estimé, dans leurs premiers rapports, qu'une reprise professionnelle était exigible et a constaté que les derniers rapports produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux sur le plan psychiatrique comparativement au rapport d'expertise du Dr D _____, dont il rejoignait l'avis (pièce 37).

Le 19 décembre 2018, l'assurée a transmis à l'OAI les certificats d'arrêt de travail établis pour les périodes du 1^{er} juillet au 30 août 2018, puis du 30 août au 26 septembre 2018 et enfin du 27 septembre jusqu'au 31 décembre 2018 (pièces 39 et 40).

Par décision du 11 janvier 2019, l'OAI a refusé à l'intéressée tout droit à une rente d'invalidité, en se référant à l'expertise du Dr D _____ et à l'avis du SMR du 7 décembre 2018 (pièce 41).

D. Le 18 février 2019, l'assurée a recouru céans contre ce prononcé, en relevant que contrairement au pronostic favorable émis par le Dr D _____ dans son expertise, la situation ne s'était pas améliorée comme l'attestait la Dresse E _____ dans son rapport du 15 février 2019 qui décrivait la réapparition d'une péjoration thymique sur fond de ruminations en lien avec le travail et une perte de motivation, en aggravation depuis le 13 février 2019.

Répondant le 11 juin 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, en rappelant que l'assurée avait fait l'objet d'une expertise psychiatrique probante et que le SMR avait examiné le rapport de la Clinique G _____ et avait conclu qu'il ne contenait aucun élément médical faisant apparaître les conclusions de l'expertise comme erronées ou obsolètes. Enfin, il a tenu à préciser que les faits postérieurs à la décision entreprise contenus dans le rapport du 15 février 2019 de la Dresse E _____ ne pouvaient pas être pris en compte et devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

Le 16 octobre 2019, la recourante a produit un rapport établi le 15 octobre 2019 par la Dresse H _____ du Centre I _____, qui attestait suivre la patiente depuis le 26 février 2019 et posait le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2)

Prenant position le 29 octobre 2019, l'intimé a remarqué que les constatations faites par la Dresse H _____ étaient postérieures à la décision attaquée et devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

Par jugement du 14 juin 2021 (S1 19 40), le Tribunal a rejeté le recours. Il a considéré que l'expertise du Dr D _____, approuvée par le SMR, n'était pas remise en cause par les rapports des Drs D _____ et E _____ ni par le rapport de sortie de la Clinique G _____ et a rappelé que l'évolution de l'état de santé survenue postérieurement à la décision litigieuse, soit dès février 2019, n'avait pas à être prise en compte pour apprécier la légalité de la décision de refus du 11 janvier 2019 (pièce 114). Ce jugement n'a pas été contesté et est entré en force.

E. Le 4 août 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI (pièce 76) en indiquant être suivie pour une dépression par le Dr J _____ depuis janvier 2020.

Le 24 août 2020, l'OAI a été informé que l'assurée était en incapacité de travail totale jusqu'au 30 septembre 2020 en raison d'une fracture trimalléolaire de la cheville gauche survenue le 2 juillet 2020 (pièces 81 et 82). L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée jusqu'au 1^{er} novembre 2020 (pièce 94, p. 303).

Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr K _____, FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué n'avoir vu la patiente en consilium qu'à une seule reprise le 19 décembre 2018 et avoir exclu un rhumatisme inflammatoire. Il a estimé que la capacité de travail était entière sous l'angle rhumatologique, sous réserve d'une éventuelle comorbidité psychiatrique surajoutée (pièce 88, p. 283).

Le 12 octobre 2020, le Dr B _____ a établi un rapport dans lequel il a rappelé que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2017 en raison d'un trouble anxio-dépressif développé après un burnout professionnel en 2016 et d'une polyarthrose invalidante avec des lombalgies récidivantes. Il a indiqué que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles liées à la polyarthrose, au stress qui aggravait le trouble anxio-dépressif et à la fatigue persistante avec perte de l'équilibre, de la concentration et de la mémoire (pièce 94, p. 294).

Le 14 octobre 2020, l'OAI a reçu les certificats d'incapacité de travail totale établis sur le plan psychiatrique pour la période du 1^{er} avril 2018 au 30 octobre 2020 (pièce 94).

Interpellé, le Dr J _____ a remis un rapport médical le 10 décembre 2020 (pièce 97). Il a posé les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) pour lesquels il n'avait pas prescrit de médication. Au chapitre des symptômes présentés par l'assurée, il a noté des angoisses, du stress et des sueurs. De son point de vue, les limitations étaient la dépendance et la résistance au stress ; dans une activité respectant ces éléments, il a estimé que la capacité de travail pouvait être de 50%.

Concernant l'hypothyroïdie, la Dresse L _____ a attesté, le 2 décembre 2020, que la pathologie était bien « substituée » et ne justifiait aucune prise en charge par l'AI (pièce 99).

De son côté, le Service d'orthopédie de l'Hôpital M _____ a attesté, le 7 février 2021, une évolution favorable de la cheville. Il a relevé que l'assurée présentait peu de douleurs, mais encore un manque d'équilibre et de force nécessitant la poursuite de la physiothérapie (pièce 105, p. 390 et 393). Il a remis les rapports des consultations de suivi effectuées par le Dr N _____. Selon ce dernier, au contrôle du 5 octobre 2020, l'évolution était bonne, l'assurée était autorisée à charger avec retrait des cannes et à reprendre son activité à 50% du 2 novembre au 2 décembre 2020 (pièce 105, p. 395).

Mandaté, le SMR a pris connaissance de tous les rapports établis à partir de mars 2019. Sur le plan psychique, il a constaté que le Dr J _____ rapportait toujours les mêmes diagnostics, n'avait pas introduit de traitement psychotrope et ne mentionnait pas d'aggravation. Sur le plan somatique, il a noté que l'hypothyroïdie était efficacement « substituée », sans limitation fonctionnelle ni impact sur la capacité de travail. Sur le plan orthopédique, il a admis une aggravation transitoire de l'état de santé et a requis des renseignements complémentaires quant aux limitations fonctionnelles et la capacité de travail (pièce 106).

Le 22 mars 2021, le Service d'orthopédie par le Dr O _____ a indiqué que le manque de force et d'endurance observé au niveau de la musculature jambière du côté opéré n'empêchait pas la reprise de l'activité professionnelle de vendeuse en parfumerie (pièce 112).

Prenant position le 31 mars 2021, le SMR a admis une incapacité de travail totale transitoire en raison de l'état de la cheville du 2 juillet 2020 au 1^{er} novembre suivant, puis de 50% jusqu'au 22 mars 2021, date du dernier rapport du Service d'orthopédie (pièce 113).

Par projet de décision du 26 août 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations AI dès lors que l'aggravation de l'état de santé n'avait été que transitoire (pièce 115).

F. Le 30 septembre 2021, l'assurée a formulé diverses objections en signalant que son état s'était dégradé notamment en raison d'un Covid long (pièce 120).

Le 25 octobre 2021, le Dr B _____ a attesté que sa patiente présentait une perte de l'odorat en raison d'une affection au Covid, de sorte qu'elle ne pouvait plus travailler dans le milieu de la parfumerie (pièce 124). Dans un rapport du 17 décembre 2021, il a indiqué que l'assurée avait été en incapacité de travail totale jusqu'à la fin mai 2021 et qu'elle avait repris depuis une activité de serveuse à 60% (ch. 3.4), laquelle était

compatible avec ses capacités (ch. 4.1). Il a estimé que ce taux était le maximum de ce que pouvait faire l'assurée, au risque de voir son stress et sa fatigue augmenter (ch. 4.3 et 4.4 ; pièce 129).

Le 13 décembre 2021, le Dr J _____ a rapporté les mêmes éléments que le Dr B _____, à savoir que l'assurée avait repris une activité de serveuse à 60% et qu'elle répondait aux exigences de cette profession (ch. 2.7, 3.1 et 3.3), mais a attesté une capacité de travail résiduelle de 50% (ch. 4.1), en indiquant qu'une augmentation pourrait entraîner stress et fatigue (ch. 4.4). Il a décrit des symptômes d'asthénie, de troubles de la concentration, de tristesse, de perte de l'odorat et de frilosité et a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, état actuel moyen (F33.1) et de personnalité dépendante (F60.7 ; pièce 128).

Questionné, l'employeur a remis le contrat de travail qui indiquait que l'assurée avait été engagée comme serveuse à 60% dès le 1^{er} juin 2021 pour un salaire horaire brut de 26.95 (pièce 132, p. 486), ainsi que les fiches de salaire des mois d'août, septembre et octobre 2021, attestant un salaire brut de 2721 fr. 80 (pièce 131, p. 483 et ss).

Dans son avis du 7 février 2022, le SMR a admis que l'activité de vendeuse en parfumerie n'était plus exigible, tant que l'assurée n'aurait pas récupéré l'odorat. Il a relevé que les médecins avaient attesté que les capacités de l'assurée répondaient aux exigences du métier - plutôt physique - de serveuse. Sur le plan psychique, il a observé que la symptomatologie décrite par le Dr J _____ ne correspondait pas à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) selon les critères de la CIM-10. Il s'est étonné que l'assurée ait pu reprendre un emploi de serveuse – activité exercée debout et en contact avec la clientèle – alors que ce diagnostic était plus important que celui retenu initialement par le psychiatre de trouble de l'adaptation. Il a également relevé une discordance entre la capacité de travail proposée de 50% et l'activité réelle à 60% considérée comme adaptée aux capacités de l'assurée. Il a dès lors maintenu ses précédentes conclusions, à savoir une capacité de travail pleine et entière dès le 22 mars 2021, en précisant que l'activité ne devait pas nécessiter l'odorat (pièce 140).

Par décision du 29 mars 2022, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des prestations AI, au motif que son état de santé ne s'était pas péjoré durablement depuis la décision du 11 janvier 2019 et qu'elle pouvait toujours travailler dans la vente - à l'exception de la parfumerie tant qu'elle n'aurait pas recouvré l'odorat -, secteur dans lequel elle disposait de plusieurs années d'expériences (pièce 141).

G. Représentée par M^e Stéphane Riand, l'intéressée a recouru céans le 11 mai 2022. Elle a relevé que si les diagnostics étaient certes identiques depuis la dernière décision, l'incapacité de travail avait, pour sa part, évolué puisque les médecins traitants attestaient une capacité de travail de 60% au maximum en raison des troubles psychiques. Compte tenu de cette divergence avec l'expertise peu probante du Dr D _____, datant de janvier 2018, elle a estimé que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une nouvelle expertise. Elle a conclu, sous suite de frais, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 40%, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision sur le calcul de la rente.

Répondant le 28 juin 2022, l'OAI a rappelé que la valeur probante de l'expertise du Dr D _____ avait été reconnue par le Tribunal cantonal dans son jugement du 14 juin 2021 et qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur ce point. Il a conclu au rejet du recours et a renvoyé pour le reste à la motivation de sa décision.

Dans sa réplique du 31 août 2022, la recourante a répété que l'OAI avait violé son droit d'être entendue en refusant l'aménagement d'une expertise alors que les médecins traitants attestaient une incapacité de travail de 40% trois ans après la première expertise.

L'échange d'écritures a été clos le 1^{er} septembre 2022.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 11 mai 2022, le présent recours à l'encontre de la décision du 29 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021

705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Compte tenu de la date de la décision entreprise, c'est cette nouvelle loi qui s'applique.

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

2.1.1 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).

2.1.2 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 la part 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^{er} 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 (cf. art. 61 let. c LPGA ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinions entre les experts, respectivement le SMR, et les médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

2.2.1 En l'espèce, les éléments remis à l'appui de la nouvelle demande d'août 2020 rendaient plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, notamment au niveau orthopédique puisque l'assurée avait dû être opérée de la cheville gauche en juillet 2020 à la suite d'un accident.

Au vu de ce changement important des circonstances depuis la dernière décision de janvier 2019, l'intimé était en droit de procéder à une nouvelle appréciation de la capacité

de travail de l'assurée. Dans ce sens, il a sollicité des rapports des médecins de l'assurée pour pouvoir évaluer la situation. Il a notamment interpellé le Service d'orthopédie de l'Hôpital M _____ pour obtenir les compte-rendu des consultations de suivi par le Dr N _____, la Dresse L _____ pour connaître l'état de l'hypothyroïdie, le Dr K _____ pour s'assurer de l'absence de problème rhumatologique, le Dr J _____ pour déterminer l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise du Dr D _____ et le Dr B _____ pour un avis global.

Il a ensuite soumis au SMR ces documents médicaux pour analyse et appréciation de l'atteinte à la santé. En effet, comme vu au considérant 2.1.2 ci-dessus, le SMR a pour tâche de procéder à la synthèse des éléments au dossier et d'examiner si la capacité de travail attestée médicalement est justifiée en fonction de toutes les ressources de l'assuré et de ses limitations physiques, mentales et psychiques (cf. art. 49 al. 1bis RAI).

2.2.2 En l'occurrence, dans ses avis des 17 février 2021, 31 mars 2021 et 7 février 2022, le SMR a expliqué de manière claire et cohérente pourquoi il ne pouvait pas confirmer la capacité de travail de 60% retenue par le Dr B _____ et le Dr J _____.

Il a tout d'abord constaté que sur le plan somatique, la recourante ne subissait aucune restriction particulière en raison de l'hypothyroïdie, qui était efficacement « substituée » (cf. rapport de la Dresse L _____ du 2 décembre 2020), et en raison de l'atteinte à la cheville, qui n'entraînait plus d'incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 22 mars 2021 (cf. rapport du Dr O _____ du Service d'orthopédie du 22 mars 2021). Il a uniquement retenu une limitation fonctionnelle en lien avec la perte de l'odorat survenue à la suite d'une affection au Covid et attestée par le Dr B _____ le 25 octobre 2021. Ce point n'est pas contesté par la recourante, qui ne prétend d'ailleurs pas, dans le cadre de son recours, souffrir de handicaps particuliers sur le plan physique, mais uniquement ne pas pouvoir travailler plus qu'à 60% au risque que cela entraîne des effets néfastes sur sa santé.

A cet égard, dans leurs rapports des 13 et 17 décembre 2021, les Drs B _____ et J _____ ont indiqué qu'un travail à 100% pourrait entraîner une surcharge de stress et de la fatigue en raison de l'état psychique de la recourante. Sur ce point, le Dr J _____ avait, dans un premier temps, posé les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), dans son rapport du 10 décembre 2020. Le SMR avait alors constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation par rapport à l'expertise du Dr D _____ et avait conclu à un *statu quo* (cf. avis du 17 février 2021). Par la suite, dans son rapport du 13 décembre

2021, le Dr J _____ a modifié ses diagnostics. En sus de la personnalité dépendante (F60.7), il a cette fois-ci mentionné un trouble dépressif récurrent, état actuel moyen (F33.1), avec comme symptomatologie une asthénie sévère, des troubles de la concentration, une tristesse permanente, une perte de l'odorat et de la frilosité. Dans son avis du 7 février 2022, le SMR a constaté que le bref tableau clinique décrit par le psychiatre ne correspondait pas à un épisode dépressif moyen selon les critères de la CIM-10. La Cour remarque également que les symptômes psychiques décrits par le Dr J _____ correspondent pour l'essentiel à ceux qui étaient déjà relevés par le Dr B _____ et la Dresse E _____ en février 2018 (asthénie, tristesse, troubles du sommeil, ruminations). Le SMR a en outre remarqué que malgré un diagnostic psychiatrique plus grave que celui retenu initialement, l'assurée avait pu reprendre une activité de serveuse (activité physique et en contact avec la clientèle), ce qui était contradictoire. Il a encore relevé une discordance dans le fait d'indiquer que l'assurée travaillait sans problème dans l'activité de serveuse à 60% qui était adaptée à ses capacités, puis d'estimer la capacité de travail à 50% au maximum.

S'agissant de l'avis du Dr E _____, il a remarqué que ce dernier avait utilisé les mêmes phrases que le Dr J _____ dans son rapport et s'est étonné du fait que le médecin traitant puisse affirmer que l'activité de serveuse était compatible avec les capacités de l'assurée, alors qu'il s'agissait d'une activité plutôt physique et que l'assurée se plaignait de polyarthrose. A cet égard, il a constaté que cette affection n'était aucunement documentée et ne faisait l'objet d'aucune prise en charge, ce qui n'est pas remis en cause, de sorte qu'elle ne saurait justifier une diminution de la capacité de travail. La Cour relève encore une autre incohérence dans le fait, d'une part, de retenir à titre de limitation une faible résistance au stress (ch. 3.4) et, d'autre part, d'assurer que la patiente peut répondre aux exigences de l'activité de serveuse, qui implique un contact permanent avec la clientèle et requiert de l'endurance et une bonne gestion du stress.

Au vu de ces éléments, la Cour estime que c'est à juste titre que le SMR s'est écarté de l'avis des médecins traitants pour fixer la capacité de travail de l'assurée. Contrairement à ce que semble penser la recourante, le SMR n'a pas fondé son appréciation sur l'expertise du Dr D _____, dont la valeur probante a été par ailleurs confirmée par la Cour dans son jugement du 14 juin 2021, mais uniquement sur les éléments médicaux recueillis depuis 2019. Or, sur cette base, le SMR est arrivé à la conclusion - à laquelle la Cour se rallie - que hormis entre le 2 juillet 2020 et le 22 mars 2021 où l'assurée était en incapacité de travail en raison de sa cheville gauche, cette dernière aurait été en mesure de reprendre à temps plein n'importe quelle activité correspondant à ses compétences

et son expérience comme en 2017, soit notamment dans le domaine de la vente, pour autant que les tâches ne nécessitent pas l'odorat.

2.3 Pour terminer, on rappellera que l'invalidité est une notion économique et non médicale. Ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain qui sont déterminantes et non le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. Selon l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il importe ainsi d'évaluer les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle (ATF 110 V 275 consid. 4a) sur un marché du travail équilibré et en tenant compte du fait que l'assuré a l'obligation de diminuer son dommage, en faisant tout son possible pour trouver une activité adaptée à son état de santé (ATF 138 I 205 consid. 3)

Ainsi, en l'espèce, même si l'on admettait une diminution de la résistance au stress comme retenue par le Dr J _____ depuis le début de sa prise en charge en juillet 2020 et que, partant, l'on écartait la possibilité d'une reprise de travail dans le domaine de la vente ou du service, il n'en demeurerait pas moins que l'assurée pourrait exercer n'importe quelle activité simple, légère et adaptée dans un autre secteur, ce qui représenterait une perte de gain d'au maximum 9% n'ouvrant pas le droit à une rente, en comparant le revenu statistique selon l'ESS 2020 pour une activité dans le commerce de détail (secteur 47), niveau de qualification 2, de 4702 fr. avec celui pour une activité simple, toutes branches confondues, de 4276 francs.

De surcroît, force est de constater qu'avant son burnout en juin 2017, la recourante travaillait déjà à temps partiel par choix et souhaitait reprendre un emploi à 60-70%, ce qui correspond au taux exercé comme serveuse depuis juin 2021. La comparaison entre le salaire brut perçu comme vendeuse en 2017 de 4477 fr. 20 par mois à temps plein (27 fr. 30 x 41 heures x 4 semaines), réduit à 60% et adapté à l'évolution des salaires dans la branche du commerce de détail jusqu'en 2021 pour tenir compte du parallélisme, soit 2737 fr. 45 et le salaire de serveuse à 60% perçu depuis 2021 de 2721 fr. 80, ne laisse apparaître aucune perte de gain substantielle.

3. 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 : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

4.

4.1 La recourante, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. f^{bis} LPGA et 69 al.1bis LAI).

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

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 1^{er} février 2024