

S1 19 194

JUGEMENT DU 7 AVRIL 2022

**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 _____, 1870 Monthey, recourante, représentée par Syndicats Chrétiens du Valais, 1950 Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande ; révision ; refus de rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, née le xxx, sans formation professionnelle, a exercé diverses activités dans le domaine de l'intendance et de la conciergerie et a travaillé auprès de A _____ SA en qualité de femme de chambre de décembre 2012 à mars 2013 (pièce 14). Le 30 août 2013, elle a chuté sur son épaule droite. Cet événement a nécessité une opération chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule droite, laquelle a été effectuée le 15 novembre suivant par le Dr B _____, chirurgien orthopédique FMH (pièces 16 et 17 p. 63).

B.a Le 27 janvier 2014, X _____ a rempli une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), lequel a recueilli les renseignements médicaux et économiques usuels (pièce 1).

Dans un avis du 17 février 2014, le Dr B _____ a expliqué que l'évolution post-opératoire avait tout d'abord été favorable, puis que des douleurs invalidantes étaient réapparues. Le 7 mars 2014, il a posé le diagnostic de capsulite rétractile, avec persistance de douleurs et limitations fonctionnelles. Il a préconisé un traitement de physiothérapie et a estimé que l'exercice de l'activité habituelle n'était pas exigible, en réservant son pronostic (pièce 11).

Le Dr C _____, FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a attesté le 21 octobre 2014 que la capsulite avait totalement régressé et qu'une IRM de la colonne lombo-sacrée pratiquée en juillet 2014 ne montrait rien d'autre qu'une discopathie L4-L5. Il a dès lors estimé que la capacité de travail de l'assurée n'était pas limitée (pièce 33 p. 92).

Le Dr D _____, médecin traitant, contestant cet avis (pièce 42 p. 119), l'intéressée a été examinée sur mandat de l'assurance-accidents SWICA par le Dr E _____, FMH en chirurgie orthopédique, le 21 janvier 2015. Dans son rapport du 23 mars 2015, celui-ci a noté que l'examen clinique avait mis en évidence des douleurs avec une diminution de la force en rapport avec un syndrome douloureux, sans évidence de rupture de la coiffe des rotateurs. Il a considéré que l'activité en tant que femme de ménage était réservée voire illusoire et que dans une activité adaptée, l'assurée pourrait reprendre un emploi à mi-temps pendant six à huit semaines, puis à 100% dans toutes activités sédentaires mono-manuelles, ménageant le membre supérieur droit (pièce 182 p. 1020).

Par projets de décision du 22 juin 2015, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures d'ordre professionnel et l'a mise au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, soit une rente entière du 1^{er} août 2014 au 30 avril 2015 et un quart de rente du 1^{er} mai au 30 juin 2015, dès lors qu'à partir du 1^{er} février 2015, puis du 1^{er} avril 2015, on pouvait exiger de sa part l'exercice d'abord à 50% puis à plein temps de n'importe quelle activité adaptée (pièces 46 et 47).

B.b L'assurée s'est opposée au projet de décision portant sur la rente en expliquant que ses douleurs étaient constantes et que même les tâches de la vie quotidienne étaient difficiles (pièce 48).

Par prononcé du 2 septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de refus de mesures d'ordre professionnel (pièce 51) et le 1^{er} juin 2016, il en a fait de même pour celui portant sur la rente d'invalidité (pièce 52).

C.a X _____ a interjeté recours céans contre cette dernière décision le 4 juillet 2016 en concluant principalement à l'annulation de la décision entreprise et à la poursuite du versement d'un quart de rente au-delà du 30 juin 2015 ; subsidiairement, elle a requis le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a expliqué être toujours en traitement et dès lors incapable d'exercer une quelconque activité lucrative (pièce 62).

Par jugement du 9 février 2018 (S1 16 131), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée sur la base de l'avis du Dr E _____ du 23 mars 2015 dont les conclusions sur la capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas de manière excessive l'épaule droite étaient cohérentes et dépourvues de contradictions (pièce 106).

D. Parallèlement, le 21 juillet 2016, X _____ a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI en invoquant un accident de la circulation survenu le 24 décembre 2015 et qui avait entraîné une entorse cervicale et dorsale (pièces 59 et 64 ; pièce 183 p. 1045 et 1093).

Interpellée, l'assurance-accidents CNA a remis son dossier à l'OAI. Selon l'IRM du 21 avril 2016 de la colonne dorso-lombaire, aucune lésion traumatique n'était visible ; seule une discopathie ainsi que de l'arthrose en L4-L5 et L5-S1 étaient présentes (pièce 183 p. 1048). L'IRM du rachis cervical du 9 juin 2016 était, quant à elle, normale (pièce 183 p. 1033). Le 7 juin 2016, l'assurée avait également glissé en sortant de sa baignoire et s'était blessée à l'épaule gauche (pièce 184 p. 1113). Selon le rapport du Dr D _____ du 15 juillet 2016, il s'agissait d'une entorse avec douleurs à la rotation

et à la palpation entraînant une incapacité de travail totale (pièce 184 p. 1100). Une évaluation interdisciplinaire avait été mise au œuvre du 27 au 29 juin 2016 auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans leur rapport du 1^{er} juillet 2016, les médecins avaient retenu le diagnostic de traumatisme cervical indirect de grade II (whiplash ou coup du lapin) et celui de contusion de l'épaule gauche sans signe objectif de déchirure de la coiffe des rotateurs. Ils avaient remarqué que l'assurée n'avait pas collaboré de façon optimale à l'évaluation des capacités fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, ils avaient noté plusieurs symptômes de la lignée dépressive avec une symptomatologie anxieuse et une difficulté à surmonter l'accident, sans pouvoir retenir un diagnostic de stress post-traumatique. Au terme de l'évaluation, ils avaient conseillé la poursuite de la physiothérapie ainsi qu'une prise en charge psychologique (pièce 80 p. 243).

Entendue par l'OAI le 28 septembre 2016, l'assurée s'est plainte d'une perte de mobilité à l'épaule droite ainsi que de douleurs lombaires et cervicales et a indiqué ne pas savoir quelle activité pourrait être adaptée à son état de santé (pièce 79).

Sollicité, le Dr D _____ a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité de femme de ménage en raison des douleurs à l'épaule droite et d'un état dépressif (rapport du 24 novembre 2016 ; pièce 89).

Mandaté par l'OAI, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé indispensable de réaliser une expertise bidisciplinaire pour préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail en présence d'un whiplash (pièce 92).

L'assurée a été examinée le 4 mai 2017 par la Dresse F _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et le 26 juin 2017 par le Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport de synthèse du 31 août 2017, les experts sont arrivés à la conclusion que l'assurée présentait une atteinte structurelle des deux épaules avec des limitations fonctionnelles claires. Ils n'ont en revanche pas trouvé d'explications somatiques suffisantes aux autres plaintes de l'assurée aux niveaux dorsal et cervical. Ils n'ont pas pu confirmer le diagnostic d'épisode dépressif majeur, estimant que l'anamnèse et le tableau clinique correspondaient davantage à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, maintenue par un trouble de l'adaptation survenu en réaction à l'accident de décembre 2015. Ils ont considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée (sans travaux avec les bras au-dessus de l'horizontal et avec port de charges limitées à 10 kg occasionnellement) depuis septembre 2015, avec toutefois des incapacités limitées à

quelques semaines dans les suites des accidents de décembre 2015 et de juin 2016 (pièce 102 p. 362).

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le SMR a confirmé, le 15 septembre 2017, la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à la problématique somatique des épaules, à savoir en position alternée, sans position prolongée debout, sans travaux lourds, avec port de charges de 10 kg occasionnel, sans activité avec les bras au-delà de 60° d'abduction ou de flexion et sans activité en extension maximale de la nuque. Concernant le début de l'exigibilité, il s'est écarté de l'avis des experts et l'a fixé au 1^{er} avril 2015 en référence aux conclusions du Dr E _____ du 21 janvier 2015 sur lesquelles s'était basé l'OAI pour rendre ses décisions des 2 septembre 2015 et 1^{er} juin 2016 (pièce 105).

Par projet de décision du 4 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité dès lors que sa capacité de travail était toujours totale dans toute activité légère et adaptée (pièce 112).

C.b Le 3 mai 2018, l'OAI a reçu de la part de l'assurée les pièces suivantes (pièce 113) :

- un rapport d'échographie du tendon d'Achille droit du 29 juin 2017 montrant une importante enthésite calcifiante et une anomalie ébauchée identique à gauche ;
- une IRM lombo-sacrée du 24 octobre 2017 concluant à des discopathies L4-L5 et L5-S1, avec en particulier du côté gauche des signes de radiculite ;
- un rapport d'infiltration épидurale L4-L5 réalisée le 17 novembre 2017 ;
- une radiographie du thorax du 3 janvier 2018 montrant un foyer parenchymateux infra-hilaire droit, pour lequel une cure d'antibiotique a été prescrite ;
- un rapport de consultation du 25 janvier 2018 de la Dresse H _____ du Centre I _____ à J _____ mentionnant un total body pain avec sur l'axe rachidien des plaintes compatibles avec des dysfonctions des segments postérieurs pluri-étagés, ainsi que des infiltrations effectuées en D6-D7 ;
- un courrier du 15 mars 2018 de la Dresse H _____ au Dr K _____ lui demandant de réévaluer la situation de l'épaule droite en raison d'une impotence fonctionnelle.

Prenant position le 24 mai 2018, le SMR a relevé que les lombalgies étaient connues, qu'aucune intervention chirurgicale n'était envisagée et que des limitations fonctionnelles avaient été admises en lien avec ces dernières. Il a noté que la tendinite achilléenne droite avait été traitée par une infiltration et a expliqué qu'elle n'entraînait pas une incapacité de travail durable au sens de l'AI. Enfin, s'agissant de l'épaule droite,

il a remarqué qu'aucun élément objectif nouveau n'était mentionné et a rappelé que des limitations fonctionnelles avaient été reconnues en lien avec cette problématique. Il a dès lors confirmé son appréciation de la capacité de travail de l'assurée (pièce 118).

Le 13 juillet 2018, l'Office régional de placement de L _____ a signalé à l'OAI (pièce 125 p. 460) que l'assurée avait été placée au CRTO à 100% du 16 avril au 16 juillet 2018 dans le secteur blanchisserie, mais qu'en raison des douleurs elle avait dû consulter son médecin traitant qui l'avait mise en arrêt de travail à 50% (pièce 123).

Le 23 juillet 2018, l'assurée a été examinée par le Dr M _____ du N _____, lequel n'a rien constaté de nouveau et a proposé de poursuivre la prise en charge par le Dr O _____ au Centre P _____ (pièce 134). Interpellé par l'OAI, ce dernier a établi un rapport le 23 octobre 2018 (pièce 136), dans lequel il a retenu les diagnostics de cervico-scapulalgies chroniques et de dorso-lombalgies chroniques (ch. 2.5). Il a indiqué que l'assurée était limitée dans les positions statiques prolongées (assis 30 minutes et debout stationnaire 20 minutes), tout en précisant n'avoir pas testé le port de charges (ch. 3.4). Il a noté que la patiente était inscrite au chômage à 50% (ch. 1.3 et 3.1) et a considéré qu'elle devait pouvoir travailler au minimum à 50% dans une activité adaptée (ch. 2.7).

Le 31 décembre 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr K _____ relatif à l'arthroscopie de l'épaule droite réalisée le 28 novembre 2018, sans complication (pièce 142). Le 8 janvier 2019, le Dr K _____ a constaté que l'évolution radio-clinique était correcte et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle à trois mois post-opératoire (pièce 147).

Mandaté, le SMR a constaté que le Dr O _____ ne décrivait pas d'élément nouveau et faisait simplement une appréciation différente d'un même état de fait. Il a relevé que la mobilité des épaules était globalement inchangée par rapport à l'examen de la Dresse Imhof en mai 2017, mais a estimé qu'il y avait lieu de se renseigner sur l'évolution post-opératoire au niveau de l'épaule droite (rapport du 11 janvier 2019 ; pièce 144). Le 28 mai 2019, le Dr K _____ a estimé que l'opération avait apporté un bon soulagement et que le reste des douleurs décrites par la patiente ne pouvaient pas s'expliquer étant donné la bonne mobilité en passif de l'épaule droite et le bon fonctionnement de la coiffe des rotateurs (pièce 160). Prenant position sur cette évolution le 19 juillet 2019, le SMR a admis une incapacité totale de travail depuis l'intervention du 28 novembre 2018 jusqu'au 28 mai 2019, date de la fin de la prise en charge orthopédique. Pour le reste, il a confirmé sa dernière appréciation, en relevant

que le pronostic était réservé pour des raisons sortant du champ médical comme l'avaient mentionné les experts (pièce 161).

Par décision du 21 août 2019, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé susceptible de modifier ses droits depuis la décision du 1^{er} juin 2016, hormis deux périodes de trois à six semaines après les accidents du 24 décembre 2015 et du 7 juin 2016, ainsi que du 28 novembre 2018 au 27 mai 2019 en raison de l'intervention à l'épaule droite (pièce 164).

D. Le 23 septembre 2019, X _____ a recouru céans contre ce prononcé, estimant que l'OAI ne pouvait pas se fonder sur l'expertise bidisciplinaire de 2017 qui était obsolète et ne prenait pas en compte l'aggravation reconnue par le Dr O _____ depuis 2018.

Répondant le 29 octobre 2019, l'OAI a relevé que le SMR avait tenu compte de l'évolution de santé, ainsi que de l'entier des rapports médicaux, dont celui du Dr O _____, pour rendre son rapport final du 19 juillet 2019, lequel pouvait se voir reconnaître entière valeur probante.

Le 2 mars 2020, la recourante a versé en cause un rapport du CCPP du 5 février 2020 établi après deux séances (la première le 11 décembre 2019) et posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, entraînant une incapacité de travail de 50%, ainsi qu'un rapport du Dr Q _____ du Centre R _____ du 12 février 2020 retenant des limitations relatives au port de charges (moins de 5 kg), ainsi qu'à la position en raison des problèmes de dos (1h en position statique, le plus souvent en position alternée, pas de porte-à-faux ni de rotation ou flexion) et concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, tout en précisant que le dossier était insuffisant pour donner un avis.

Prenant position le 31 mars 2020, l'OAI a remarqué que ces documents faisaient référence à des faits datant de la fin de l'année 2019 et du début de l'année 2020, soit postérieurs à la décision entreprise du 29 août 2019, de sorte qu'ils ne pouvaient pas être pris en considération et devraient faire l'objet d'une nouvelle demande.

L'échange d'écritures a été clos le 1^{er} mai 2020.

Considérant en droit

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 23 septembre 2019, le présent recours à l'encontre de la décision du 21 août 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; 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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement sur le point de savoir si, par analogie avec l'article 17 LPGA, l'état de santé de celle-ci a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, partant, son droit à des prestations.

3.1 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). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 21 août 2019 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3.2 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).

3.3 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 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). 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 de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. OFAS, Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffres 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) 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 LPGGA ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet 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 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

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. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient (ATF 135 V 465

consid. 4.5). Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références).

4. L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du mois de juillet 2016, il sied d'examiner si un changement important des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision de refus de rente du 1^{er} juin 2016 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 21 août 2019 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence).

4.1 En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 1^{er} juin 2016, la recourante souffrait d'un syndrome douloureux à l'épaule droite avec des limitations fonctionnelles ne permettant plus l'exercice de l'activité de femme de ménage mais uniquement l'exercice d'activités sédentaires mono-manuelles ménageant le membre supérieur droit, ce qui n'entraînait aucune perte de gain après comparaison des revenus idoines.

4.2 Lors du dépôt de la nouvelle demande en juillet 2016, la recourante avait subi deux accidents, le premier le 24 décembre 2015 qui avait entraîné une entorse cervicale (whiplash) et dorsale et le second le 7 juin 2016 qui s'était soldé par une entorse de l'épaule gauche. En outre, un état dépressif avait été signalé par la CRR en juillet 2016 et confirmé par le médecin traitant le 24 novembre 2016.

C'est en raison de ces nouveaux éléments que l'intimé a accepté d'entrer en matière sur la demande, de reprendre l'instruction du dossier en interpellant l'ensemble des médecins de l'assurée et finalement de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès de la Dresse F _____, spécialiste en médecine interne, et du Dr G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en mai et juin 2017.

Selon la recourante, le rapport d'expertise établi en août 2017 serait obsolète et ne pourrait servir de base à la décision. Or, il n'en est rien et le grief peut être rejeté puisque l'intimé s'est fondé principalement sur le rapport final du SMR du 19 juillet 2019 pour rendre sa décision. Dans ce dernier, le SMR a examiné attentivement tous les rapports fournis par l'assurée postérieurement à l'expertise d'août 2017 et a expliqué de manière claire et précise pourquoi ces nouveaux éléments ne permettaient pas de modifier les conclusions des experts et les limitations fonctionnelles dûment reconnues en lien avec les problèmes aux épaules, à la nuque et au dos.

La recourante n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'appréciation finale du SMR. Elle ne critique pas non plus l'expertise d'août 2017 sur des points précis. Or, la Cour constate que cette dernière ne contient ni oublis, ni erreurs manifestes ni contradictions qui entacheraient sa pleine valeur probante. Il en va de même des avis du SMR des 24 mai 2018, 11 janvier 2019 et 19 juillet 2019, lesquels peuvent être qualifiés de probants et ne sauraient être mis en doute par l'avis du Dr O _____. En effet, la position de ce dernier paraît lacunaire puisque de l'aveu même du praticien tous les tests n'ont pas été effectués, notamment concernant le port de charges. En outre, le Dr O _____ retient des limitations positionnelles qui sont identiques à celles reconnues par le SMR. On peine dès lors à comprendre son appréciation de la capacité de travail, laquelle semble davantage liée au fait que l'assurée était alors inscrite au chômage comme demandeuse d'emploi à 50%.

Enfin, comme l'a relevé le SMR, il apparaît que la recourante n'a pas subi d'incapacité de travail de longue durée depuis l'exigibilité médico-théorique d'avril 2015, mais uniquement de courtes incapacités en lien avec les deux accidents de décembre 2015 et juin 2016 et l'intervention de novembre 2018.

Il s'ensuit au vu des éléments médicaux au dossier que c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas de modification, au sens de l'article 17 LPGA et 87 alinéas 3 et 4 RAI, de la capacité de travail totale dans une activité adaptée entre l'époque de la décision de refus de rente de juin 2016 et celle de la décision attaquée d'août 2019.

4.3 S'agissant des rapports du CCPP du 5 février 2020 et du Centre R _____ du 12 février 2020, force est de constater qu'ils portent sur un état de fait postérieur à la décision attaquée. Or, il est rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Dès lors, l'impact de ses nouveaux éléments sur la capacité de travail de l'assurée devrait être examiné dans le cadre d'une nouvelle demande.

4.4 Le dossier est complet et permet à la Cour de céans, par appréciation anticipée des preuves, de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée 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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; 122 II 464 consid. 4a).

5. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 21 août 2019 confirmée.

6. Les frais de justice par 500 fr. sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA et 69 al.1bis LAI). 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 7 avril 2022