

S1 24 177

ARRÊT DU 13 MAI 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

A. _____, recourante, représentée par Maître Elena Toledo, avocate, Sierre

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, Sion, intimé

(art. 17 LPGA : nouvelle demande, refus de prestations AI)

Faits

A. A._____, née le xx.xx.1976 au Kosovo, mariée et mère de trois enfants majeurs, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Titulaire d'un permis C, elle est arrivée en 1994 en Suisse, où elle a travaillé de manière très ponctuelle en qualité d'ouvrière viticole en Valais. Dès 2006, elle a œuvré à 100 % auprès de SOC_A SA, à Sierre, d'abord en tant qu'opératrice en conditionnement de fromage puis comme cheffe de ligne. Dès le 6 septembre 2012, elle a été mise au bénéfice d'un arrêt de travail complet par son médecin traitant, le Dr B._____, en raison de douleurs lombaires importantes. Depuis lors, elle n'a pas repris d'activité professionnelle et a été licenciée pour le 31 mai 2013 (pièces OAI 8, p. 20 ss, 9, p. 25 ss, et 273, p. 1483).

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire réalisée le 12 septembre 2012 a mis en évidence une lombarthrose L4-L5 et L5-S1 prédominant nettement au niveau L5-S1 avec pincement et irrégularité des plateaux vertébraux ainsi que des modifications de type Modic 1 inflammatoires de la partie gauche des plateaux vertébraux adjacents L5-S1 (pièce OAI 273, p. 1488 s.).

B. Compte tenu de sa situation, notamment de la durée de son incapacité de travail, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) le 20 février 2013 (pièce OAI 9, p. 25 ss).

Au vu de l'absence d'amélioration malgré une prise en charge ambulatoire, l'intéressée a séjourné à la SOC_B à LIEU_1, du 26 juin au 16 juillet 2013. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé lors du séjour et l'IRM réalisée durant cette période a montré une disparition de la composante Modic 1 de la discopathie L5-S1. Par ailleurs, aucune psychopathologie n'a été retenue, chez une patiente dont la douleur était la plainte unique. Dans son activité habituelle d'opératrice en conditionnement de fromage, sa capacité de travail a été considérée comme nulle. En revanche, il a été retenu qu'elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges lourdes, pas de maintien de positions statiques debout ou assise prolongées et pas de maintien du tronc en porte-à-faux (pièce OAI 277, p. 1567 ss)

Mandatés par SOC_C, intervenant alors en qualité d'assureur perte de gain maladie, les Drs C._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SOC_D de LIEU_2 (SOC_D) ont, dans leur rapport d'expertise du 19 mai 2014, retenu les diagnostics de discarthrose érosive L5-S1 (M51.9), de fibromyalgie prédominante à l'hémicorps gauche (M79.0),

d'excès pondéral progressif, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie évoquant l'apparition d'un syndrome métabolique (E88.9), de status après calcul rénal gauche en 2008 et de status après appendicectomie. Sur le plan somatique, ces experts ont conclu qu'il existait une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, mais que, dans un travail à horaires réguliers, de jour, sans port de charges et avec alternance de positions, la capacité de travail de l'assurée était entière. Sur le plan psychique, les experts ont relevé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail ou de baisse de rendement (pièce OAI 274, p. 1515).

L'intéressée a été hospitalisée du 18 au 27 juin 2014 aux SOC_E), où elle a subi une intervention chirurgicale avec une spondylodèse (TLIF) L5-S1 gauche. Dans un rapport du 8 août suivant, soit à six semaines post-opératoire, le Dr E._____, chef de clinique du Service de neurologie des SOC_E, a relevé qu'elle rapportait des douleurs plus importantes qu'en période pré-opératoire et persistantes malgré la prise de médicaments (pièce OAI 49, p. 150 ss).

Dans un rapport du 24 mars 2015, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites persistantes (dans le cadre de failed back surgery, de status après TLIF L5-S1 [juin 2014] et de déconditionnement physique et psychique), d'état anxiodépressif réactionnel ainsi que de kinésiophobie et a proposé l'introduction d'un antidépresseur (pièce OAI 56, p. 174 ss).

Prenant position le 14 août 2015, les Drs G._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, et H._____, médecin généraliste, tous deux auprès du Service médical régional (SMR), ont posé les diagnostics provisoires de discarthrose érosive L5-S1 (M51.9), de status post arthrodèse de type TLIF L5-S1, de failed back surgery syndrome et de fibromyalgie prédominante à l'hémicorps gauche (M79.0). Ces médecins ont toutefois indiqué qu'il leur était impossible de statuer en l'état et ont préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire (pièce OAI 66, p. 207 ss).

Dans un rapport d'expertise du 13 mai 2016, les Drs I._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches résiduelles dans le contexte d'un TLIF L5-S1 pour une discopathie avancée érosive L5-S1, de discopathie L4-L5 sans signes irritatifs ou compressifs ainsi que de dysbalances musculaires (M51.9). La Dresse I._____ a

estimé qu'il n'y avait pas de changement significatif dans la situation médicale de l'assurée et que les plaintes et le status clinique objectif étaient restés les mêmes, de sorte qu'elle s'alignait sans réserve sur les conclusions de l'expertise au SOC_D du 19 mai 2014. De son côté, le Dr J._____ a relevé que l'examen rhumatologique de la Dresse I._____ et son examen psychiatrique avaient mis en évidence des plaintes surajoutées, sans substrat somatique, présentées d'une manière démonstrative par une expertisée qui semblait déformer la vérité et adapter ses propos, afin de convaincre son interlocuteur de l'importance de sa souffrance, tout en faisant preuve de capacités étonnantes en fonction de son focus d'attention. Ces experts ont conclu, en l'absence de maladie psychiatrique incapacitante, que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, à savoir positions de travail variables, pas de position prolongée debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, ou encore accroupie ou agenouillée, pas de travaux sur machine vibrante, port de charges limité à 10 kg occasionnellement et pas de marche en terrain accidenté (pièces OAI 79, p. 236 ss, et 80, p. 257 ss).

Dans un rapport final du 7 juin 2016, le Dr H._____ a estimé que, dans une activité adaptée à sa problématique lombaire telle que définie par les experts I._____ et J._____ la capacité de travail de l'assurée était entière dès le 18 décembre 2015, date correspondant à l'examen somatique de la Dresse I._____ que la poursuite du traitement antalgique restait exigible, qu'outre le traitement médicamenteux, une physiothérapie de reconditionnement devait être reprise et que, compte tenu de l'attitude d'invalidité affichée par l'intéressée et des nombreux signes comportementaux, le pronostic était réservé sur le plan professionnel (pièce OAI 82, p. 293 ss).

Par projets de décision du 13 juillet 2016, l'OAI a annoncé qu'il allait, d'une part, reconnaître à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2016, soit trois mois après la date depuis laquelle elle présentait un degré d'invalidité nul, et, d'autre part, lui refuser tout droit à un reclassement professionnel ainsi qu'à une aide au placement. Ces projets ont été confirmés par décisions des 6 décembre 2016 et 9 janvier 2017 (pièces OAI 83, p. 297 ss, 84, p. 302 ss, 106, p. 399 ss, et 107, p. 410 ss). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

C. Le 21 mars 2017, l'intéressée, représentée par Me Mylène Cina, a formulé une nouvelle demande de prestations AI, en raison de lombalgies, de gonalgies du genou gauche et d'un blocage de la nuque. Elle a notamment joint à son envoi un rapport du 19 décembre 2016 du Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, posant le diagnostic de déchirure de grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne du

genou gauche, ainsi qu'un rapport du 17 janvier 2017 du Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenant quant à lui les diagnostics de failed back surgery avec importante dysbalance musculaire et kinésiophobie ainsi que de status après PLIF L5-S1 en juin 2014 avec un important état de déconditionnement physique et psychique. Ce spécialiste préconisait de plus un séjour dans la division musculo-squelettique du SOC_F avec une prise en charge par l'équipe de psychologie, ce qui s'est concrétisé du 27 février 2017 au 17 mars suivant (pièces OAI 112, p. 419 ss, 113, p. 475, et 116, p. 482 ss).

Le 22 mai 2017, le Dr L._____ a constaté l'échec de tout traitement conservateur et a estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était totale. Le 8 septembre suivant, il a ajouté que le handicap fonctionnel de cette dernière était très sévère et qu'elle se déplaçait difficilement et avec deux cannes sur quelques dizaines de mètres. Le même jour, le Dr K._____ a relevé que l'évolution au niveau du genou gauche n'était pas favorable et que l'incapacité de travail de l'intéressée était toujours de 100 % en raison de gonalgies gauches l'empêchant de travailler dans les terrains irréguliers, d'effectuer des travaux sur des échelles et des échafaudages et de se mettre à genoux ou accroupie (pièces OAI 133, p. 120 ss, et 144, p. 544 ss).

Dans un rapport final du 28 septembre 2017, le Dr H._____ a rappelé que la principale atteinte à la santé de l'assurée concernait la problématique des lombalgies, point sur lequel il n'existait aucun élément médical objectif nouveau, et que, s'agissant du genou gauche, les limitations définies en 2016 excluaient déjà toute activité à genoux, accroupie ou en terrain irrégulier. Ce médecin a ainsi conclu qu'il existait certes une aggravation légère de l'état de santé au niveau du genou gauche, mais qu'en l'absence de modification des limitations fonctionnelles définies en 2016, l'intéressée disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité légère et adaptée (pièce OAI 147, p. 548 ss).

Par projet de décision du 17 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'en l'absence de modification des limitations fonctionnelles telles que définies dans la décision du 6 décembre 2016, elle était toujours en mesure de mettre en valeur une capacité totale de gain selon les calculs effectués dans ladite décision. Ce projet a été confirmé par décision du 19 janvier 2018, elle-même validée par jugement de la Cour de céans du 6 mai 2020 dans la cause S1 18 54 (pièces OAI 148, p. 553 ss, 161, p. 606 ss, et 172, p. 690 ss).

D. Le 5 août 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, au motif que sa situation avait empiré depuis la précédente décision de refus de prestations et que son incapacité de travail était totale, ce qui pourrait au besoin être démontré par une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle a notamment joint à sa demande un rapport du 6 octobre 2020 du Prof. M._____, chef du Service de rhumatologie de SOC_G), posant les diagnostics de syndrome lombo-vertébral et radiculaire ainsi que de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et un rapport du 15 décembre 2020 du Dr L._____, confirmant l'avis du Prof. M._____. Le 2 mars 2021, ce dernier a précisé que les ressources de l'intéressée étaient réduites en raison du traitement entrepris, d'une probable dépression ainsi que d'une fibromyalgie et que sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée. L'assurée a de plus transmis un rapport du 21 mai 2021 du Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'un épisode dépressif majeur d'intensité modérée et d'une alexithymie (pièce OAI 173, p. 710 ss).

Le 11 août 2021, le Dr H._____ n'a constaté, sur le plan somatique, aucune modification objective et significative de l'état de santé de l'intéressée, dans la mesure où les lombosciatalgies et le syndrome douloureux diffus relevés par le Prof. M._____ et les Drs L._____ et O._____ étaient connus depuis longtemps. Sur le plan psychique, il a relevé que l'alexithymie n'était pas un diagnostic, mais un simple symptôme, que le Dr J._____ avait déjà expliqué en 2016 pour quelles raisons il n'était pas possible de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais qu'en revanche, l'allégation d'un épisode dépressif constituait un élément nouveau, bien que ténu (pièce OAI 178, p. 746 ss).

Dans un rapport du 3 septembre 2021, le Dr O._____ a précisé qu'il existait, sur le plan dépressif, des idées de dévalorisation, une impuissance, un retrait social, un moral abaissé, des troubles du sommeil avec réveils intermittents, une fatigue, une fatigabilité, une anhédonie ainsi qu'une distractibilité. Il a ajouté que le pronostic était totalement défavorable et que la capacité de travail de l'assurée était nulle (pièce OAI 181, p. 752 ss).

Le 21 septembre 2021, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a considéré que les documents psychiatriques à disposition confortaient l'hypothèse de son collègue le Dr H._____, selon laquelle il s'agissait d'une même situation envisagée de manière différente par le psychiatre traitant de l'intéressée, et n'a pas relevé d'aggravation de la situation. Le lendemain, le Dr H._____ a retenu que la situation était médicalement chronicisée et que, tant sur le plan somatique que

psychique, il n'y avait pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé de l'intéressée susceptible d'influencer son droit aux prestations AI. Il a ainsi conclu que sa capacité de travail restait entière dans toute activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles, inchangées depuis 2016 (pièces OAI 184, p. 764 ss, et 185, p. 766 ss).

Par projet de décision du 23 septembre 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations AI, motif pris qu'aucune péjoration de son état de santé n'était objectivée depuis la précédente décision du 19 janvier 2018, de sorte que rien ne l'empêchait d'exercer une activité professionnelle à plein temps avec un rendement normal dans une activité adaptée (pièce OAI 186, p. 770 ss).

Le 22 octobre 2021, l'intéressée a déposé des objections à l'encontre de ce projet, reprochant à l'OAI d'avoir écarté sa demande d'expertise pluridisciplinaire et de ne pas avoir suffisamment motivé son projet de décision. Elle a au surplus estimé que ledit projet était arbitraire, dans la mesure où il ne tenait pas compte des avis de ses médecins traitants. A cet égard, elle a joint à son écriture un rapport du 12 octobre 2021 du Dr L._____, affirmant que le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité modérée était un élément nouveau devant être pris en charge par l'OAI, ainsi qu'un rapport du même jour du Dr O._____, rappelant que les symptômes de sa patiente étaient « larvés » par les manifestations somatiques et qu'il était raisonnable de supposer qu'il y avait une participation psychique dans l'expressivité des symptômes douloureux (pièce OAI 188, p. 775 ss).

Par décision du 11 novembre 2021, l'OAI a rejeté les griefs de l'intéressée et confirmé son projet de décision (pièce OAI 191, p. 793 ss).

E. L'assurée a recouru devant le 17 décembre 2021 (cause S1 21 269) à l'encontre de la décision du 11 novembre précédent. Elle a en substance soutenu que son droit d'être entendue avait été violé, l'intimé ayant retenu qu'aucune péjoration de son état de santé n'était objectivée tant sur le plan somatique que psychique, alors même qu'il avait refusé de donner suite à son offre de preuve tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, celle du Dr J._____ réalisée en 2016 étant selon elle dépassée (pièce OAI 194, p. 801 ss). Dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressée a produit divers documents médicaux, en particulier :

- Un rapport du 21 février 2022 de sa physiothérapeute, R._____ attestant le suivi régulier de deux séances par semaine, sans amélioration au niveau fonctionnel ou sur le plan de la douleur (pièce OAI 199, p. 817) ;

- Un rapport du 15 mars 2022 de la Dresse P._____, spécialiste en médecine psychosomatique à SOC_H à LIEU_3, relevant qu'une éventuelle symptomatique L5 résiduelle gauche était possible, mais que cela n'expliquait pas l'ensemble du tableau clinique et qu'il était recommandé de compléter les investigations (pièce OAI 203, p. 822 ss) ;
- Un rapport du 14 septembre 2022 du Dr L._____, notant la présence d'un tassement vertébral en L5 constituant un nouvel élément et réitérant que sa patiente était en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée dans n'importe quelle activité (pièce OAI 209, p. 833) ;
- Deux rapports des 7 et 16 décembre 2022 du Dr Q._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, faisant notamment état de la persistance des douleurs (pièce OAI 221, p. 848 s.) ;
- Un rapport du 1^{er} décembre 2022 R._____, relevant que la situation s'était péjorée au niveau fonctionnel (plaintes douloureuses amplifiées, mobilité globale amoindrie, transferts plus difficiles ; pièce OAI 225, p. 854) ;
- Un rapport du 1^{er} septembre 2023 du Dr O._____, indiquant que la situation de sa patiente s'était détériorée sur le plan psychique depuis le 4 décembre 2022, date de son dernier rapport (pièce OAI 227, p. 856 s.).

Par arrêt du 20 septembre 2023, le Tribunal de céans a admis le recours et retourné le dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle instruction psychiatrique. En revanche, sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée n'a été retenue (pièce OAI 228, p. 858 ss).

F. Le 10 octobre 2023, le Dr L._____ a noté que la situation de sa patiente demeurait inchangée, celle-ci étant en incapacité totale de travail en raison de multiples douleurs et d'une dépression chronique de degré majeur (pièce OAI 229, p. 881 ss).

Le 18 octobre 2023, le Dr O._____ a noté que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel (depuis septembre 2023) sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et a estimé que celle-ci était en incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité (pièce OAI 232, p. 907 ss).

Le 8 novembre 2023, le Dr H._____ a retenu qu'aucun élément objectif nouveau n'était apporté sur le plan somatique, mais que, sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère, était évoqué et que, conformément à l'arrêt du Tribunal de céans du 20 septembre 2023, ce trouble méritait d'être discuté, de sorte qu'une expertise psychiatrique a été confiée au Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièces OAI 235, p. 924 ss, et 237, p. 930 ss).

Dans un rapport d'expertise du 3 mai 2024 rédigé à l'issue de deux entretiens ayant eu lieu le 18 avril 2024 et le 1^{er} mai suivant, le Dr S._____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2021 (F33.11) ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant en aggravation depuis 2021 (F45.4) et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1). Après avoir procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels de gravité, le Dr S._____ a estimé que l'intéressée conservait une capacité de travail de 70 % dans toute activité adaptée d'un point de vue somatique et ce depuis le mois de mars 2021. Il a en outre recommandé la prise d'un antidépresseur bien dosé et la réalisation d'un bilan de compétences avec aide pour une réadaptation professionnelle, si des troubles somatiques devaient justifier une incapacité de travail dans l'activité habituelle (pièce OAI 250, p. 966 ss).

Dans un rapport final du 23 mai 2024, le Dr H._____, après avoir analysé les critères jurisprudentiels de gravité, a reconnu l'existence d'une atteinte psychique légère à modérée et a validé la capacité de travail proposée par l'expert, soit 70 % dans toute activité adaptée (notamment aux limitations somatiques déjà retenues, soit position de travail alternée sans station debout prolongée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche prolongée [plus de 30 minutes] ni en terrain accidenté, résistance au stress réduite, pas de position en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux, pas de position accroupie ou agenouillée, pas de travaux sur machine vibrante, pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages) et ce dès le 10 avril 2021, date du début du suivi auprès du Dr O._____. Il a ajouté que l'optimisation du traitement et du suivi était susceptible d'améliorer la capacité de travail, bien que la probabilité de succès paraissait peu importante en raison d'antécédents d'effets secondaires sous traitement antidépresseur avec probable résistance de l'assurée à ce type de traitement (pièce OAI 251, p. 1020 ss).

Par projet de décision du 3 juillet 2024, l'OAI a refusé tout droit à une rente d'invalidité à l'intéressée, motif pris que, dès le 10 avril 2021, sa capacité de travail était de 70 % dans une activité légère et adaptée, si bien qu'à cette date, le calcul des revenus avec et sans invalidité faisait ressortir un degré d'invalidité de 24 %, soit un taux inférieur à 40 % et ne donnant pas droit à une rente d'invalidité (pièce OAI 252, p. 1026 ss).

L'assurée, représentée par Me Elena Toledo, a contesté ce projet de décision en date du 3 septembre 2024, mettant en cause la valeur probante de l'expertise du Dr S._____, motif pris que le second entretien du 1^{er} mai 2024 avait été effectué uniquement par la psychologue T._____, et non par l'expert lui-même, ce qui devait conduire à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle a en outre joint à son écriture deux rapports du Dr O._____ datés du 30 juillet 2024 et du 18 août suivant, qui, en substance, critiquait l'expertise du Dr S._____ estimant qu'elle contenait des incohérences dans les diagnostics, les évaluations et les recommandations de traitement et préconisant « une réévaluation complète » du rapport d'expertise (pièce OAI 262, p. 1054 ss).

Le 27 septembre 2024, le Dr H._____ a relevé que le diagnostic de fibromyalgie n'avait jamais été formellement retenu, que même si cela avait été le cas, l'élément pertinent était la fonction et non le diagnostic, que l'aspect fonctionnel avait parfaitement été mis en lumière dans son rapport du 23 mai 2024, que seuls les critères de la CIM-10 permettaient de graduer l'intensité d'un épisode dépressif, ce que le Dr S._____ avait réalisé dans les règles de l'art, que la participation d'une psychologue, notamment pour la réalisation de tests psychométriques, était rencontrée dans bon nombre d'expertises psychiatriques, que la durée de l'entretien avec l'expert ne saurait être critiquée au vu de la jurisprudence constante et que l'échec d'un antidépresseur ne signifiait pas que les possibilités de traitement étaient épuisées compte tenu de l'important éventail proposé par la pharmacopée (pièce OAI 264, p. 1320 ss).

Par décision du 30 septembre 2024, l'OAI a écarté les griefs de l'assurée et confirmé son projet de décision du 3 juillet précédent (pièce OAI 266, p. 1325 ss).

G. A._____ a recouru céans le 31 octobre 2024 à l'encontre de la décision du 30 septembre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 5 août 2021, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire avec au moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. Elle a en substance soutenu que l'OAI ne se prononçait pas sur un élément nouveau mis en évidence par l'expert, à savoir le fait que ses douleurs soient authentiques, alors que cet élément aurait dû conduire à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire visant à chercher l'origine de ces douleurs et à évaluer son droit à une rente d'invalidité. Elle a de plus critiqué la valeur probante de l'expertise du Dr S._____ estimant que son évaluation de l'état dépressif n'avait pas été réalisée dans les règles de l'art, que le traitement proposé par ce médecin

lui causait des effets secondaires et que celui-ci n'avait pas été suffisamment présent lors des entretiens préalables au rapport d'expertise, le second entretien ayant été assumé uniquement par la psychologue. Elle a notamment joint à son écritures deux rapports du 2 octobre 2024 et du 29 octobre suivant du Dr O._____ qui a réitéré les critiques précédemment émises à l'encontre de l'expertise du Dr S._____ et estimé qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire était indispensable. A titre de moyens de preuve, la recourante a requis son propre interrogatoire.

Dans sa réponse du 26 novembre 2024, l'OAI, se référant à un avis du 18 novembre précédent de son SMR, a considéré que les documents produits par la recourante n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr S._____. Il a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 14 janvier 2025, la recourante a soutenu, se fondant sur un rapport du 30 août 2024 de la Dresse U._____, médecin adjointe au SOC_I à LIEU_4 que son état de santé s'était péjoré sur le plan somatique. Elle a aussi transmis un rapport du 2 décembre 2024 du Dr O._____ réaffirmant ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr S._____, ainsi qu'un rapport du 18 décembre 2024 de la physiothérapeute R._____ indiquant que la situation de sa patiente restait inchangée.

Le 28 janvier 2025, l'OAI, sur la base d'un rapport du 21 janvier précédent de son SMR, a réitéré qu'aucun élément nouveau objectif susceptible de modifier son appréciation n'avait été apporté.

Le 28 février 2025, la recourante a estimé que l'OAI n'avait pas suffisamment pris position sur l'avis de la Dresse U._____ et a pour le reste maintenu sa position.

L'échange d'écritures a été clos le 5 mars 2025.

Le 23 septembre 2025, la recourante a produit un rapport du 1^{er} septembre précédent du Dr K._____ qui indiquait qu'elle avait subi une arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie interne le 17 juin 2025 et qu'elle présentait encore des douleurs résiduelles au niveau de ce genou.

Considérant en droit

1.

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 31 octobre 2024, le recours à l'encontre de la décision du 30 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 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). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu des faits juridiquement déterminants, en particulier de l'expertise du 3 mai 2024 visant à déterminer la capacité de travail de l'assurée en 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2.

2.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI, dans le cadre d'une procédure de révision (nouvelle demande), d'octroyer tout droit à une rente d'invalidité à la recourante.

2.2 Selon l'article 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel complet du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

2.3 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

2.4 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA. Le Tribunal devrait accorder entière valeur probante à une telle expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 importe 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 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3).

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPG ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, justifier d'en faire abstraction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

2.6 S'agissant de l'appréciation d'un trouble psychiatrique, le Tribunal examinera si les médecins ont suivi les conditions-cadres normatives décrites par la jurisprudence, s'ils n'ont pris en considération que les limitations fonctionnelles de l'atteinte à la santé et si l'examen de l'exigibilité de la capacité de travail est fondé sur des critères objectifs (ATF 143 V 418, 143 V 409 et 141 V 281 consid. 5.2.2 ; cf. art. 7 al. 2 LPG). Il ne s'agit pas

de procéder à un examen juridique parallèle, mais d'examiner si les conséquences fonctionnelles de l'atteinte ont été déterminées d'une façon convaincante et cohérente et, partant, dans le respect des critères jurisprudentiels.

La procédure d'instruction, développée par la jurisprudence fédérale, doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) :

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

2.7 De 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 ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

3.

3.1 En l'espèce, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire malgré un élément nouveau mis en évidence par l'expert (authenticité des douleurs) et conteste la valeur probante de dite expertise psychiatrique, motif pris que, selon l'avis de son psychiatre traitant (Dr O._____, l'évaluation du Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'avait pas été réalisée dans les règles de l'art, que le traitement proposé par celui-ci lui causait des effets secondaires et que ce spécialiste n'avait pas été suffisamment présent lors des entretiens préalables au rapport d'expertise. Sur le plan physique, la recourante s'est

notamment fondée sur l'avis de la Dresse U._____, médecin cheffe au SOC_I de LIEU_4 ainsi que sur celui de la physiothérapeute R._____ pour soutenir que sa situation s'était péjorée.

3.2 A la lecture du dossier, il apparaît que l'intimé a fondé sa décision de refus de toutes prestations AI sur le rapport final du 23 mai 2024, complété le 27 septembre suivant, du Dr H._____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR. Il ressort de ce rapport que, sur le plan somatique, ce médecin n'a pas retenu d'élément nouveau et a confirmé les diagnostics incapacitants (lombosciatalgies gauches résiduelles [TLIF L5-S1 sur discopathie avancée érosive L5-S1, discopathie L4-L5 sans signes irritatifs ou compressifs, dysbalances musculaires] et déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche) ainsi que les limitations fonctionnelles (position de travail alternée, pas de station debout prolongée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche en terrain accidenté, pas de position en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux, pas de position accroupie ou agenouillée, pas de travaux sur machine vibrante, pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages) admises dans la dernière décision en force du 19 janvier 2018. Sur le plan psychiatrique, le Dr H._____ a retenu les diagnostics incapacitants posés par l'expert (Dr S._____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Après avoir analysé les critères jurisprudentiels de gravité, il a reconnu l'existence d'une atteinte psychique légère à modérée et a validé la capacité de travail proposée par l'expert, soit 70 % dans toute activité adaptée (limitations somatiques rappelées ci-dessus, moindre endurance psychique) et ce dès le 10 avril 2021, date du début du suivi auprès du Dr O._____ Il a ajouté que l'optimisation du traitement et du suivi était susceptible d'améliorer la capacité de travail, bien que la probabilité de succès paraissait peu importante en raison d'antécédents d'effets secondaires sous traitement antidépresseur avec probable résistance de l'assurée à ce type de traitement.

Le Dr O._____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a quant à lui critiqué l'expertise du Dr S._____ (cf. rapports du 30 juillet 2024, du 18 août 2024, du 2 octobre 2024 et du 29 octobre suivant), estimant en substance qu'elle présentait des incohérences et des variations dans les diagnostics, les évaluations de la capacité de travail et les recommandations de traitement, en comparaison des précédents rapports médicaux. Le Dr O._____ a de plus estimé que les prévisions concernant la réhabilitation professionnelle et l'amélioration potentielle étaient optimistes et pouvaient ne pas tenir compte pleinement de la gravité perçue par l'assurée, qu'il était incompatible

de retenir à la fois un trouble somatoforme douloureux et une fibromyalgie comme l'avait fait le Dr S._____, que la gravité de la dépression de sa patiente avait été sous-estimée, de même que l'aggravation physique (p. ex. utilisation de cannes anglaises), et que le traitement antidépresseur proposé était inadapté.

3.3 Sur le plan somatique, en comparant la situation médicale de l'intéressée lors de la précédente décision du 19 janvier 2018, reposant sur un examen complet du droit aux prestations et confirmée céans le 6 mai 2020 (cause S1 18 54), avec celle prévalant au moment du prononcé de la décision litigieuse, la Cour de céans constate, comme déjà établi dans l'arrêt en force du 20 septembre 2023, que les diagnostics somatiques de lombosciatalgies et de syndrome douloureux diffus sont connus depuis longtemps et ont déjà été pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée lors du prononcé de la décision du 19 janvier 2018 (cf. not. rapport final du SMR du 28 septembre 2017), de sorte qu'il n'est pas possible de parler d'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur ces points. Le simple avis contraire du Dr O._____ dont il est rappelé que la spécialité est la psychiatrie et non la médecine physique, ne saurait permettre de retenir le contraire, ce d'autant que ce médecin ne pose aucun diagnostic nouveau. Il en va de même de l'avis du 14 janvier 2025 de la Dresse U._____, qui se contente de relever un syndrome douleur chronique connu de longue date. Il est au demeurant souligné que l'utilisation de cannes pour se déplacer mentionnée par la Dresse U._____ dans dit rapport ne saurait représenter – comme semble le soutenir la recourante – un élément nouveau parlant en faveur d'une péjoration de son état de santé, dès lors que la nécessité de se déplacer avec deux cannes était déjà relevée par le Dr L._____ dans son rapport du 22 mai 2017. S'agissant enfin du rapport du 18 décembre 2024 de la physiothérapeute R._____ il n'est d'aucun secours à la recourante, dès lors qu'il y est clairement mentionné que la situation demeurerait inchangée, et non que celle-ci s'était péjorée.

3.4 Sur le plan psychiatrique, à la lecture de l'expertise du 3 mai 2024 du Dr S._____, confirmée par le Dr H._____ dans son rapport final du 23 mai 2024, force est de constater que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

3.4.1 En particulier, l'expert s'est fondé sur les pièces médicales au dossier, notamment les multiples rapports rendus jusqu'à cette date par les médecins traitants de la recourante, les Drs L._____ et O._____ puis a établi une anamnèse, avant de décrire de manière détaillée les plaintes de la recourante et sa journée type. Le Dr S._____ a ensuite procédé à un examen clinique complet permettant d'arrêter un diagnostic sur la

base de constatations objectives, après avoir discuté en détail chaque diagnostic. Il est à cet égard précisé qu'un examen psychiatrique d'une heure – soit le temps alloué par la recourante durant lequel elle s'est entretenue avec l'expert, le reste des entretiens ayant été réalisés avec la psychologue T._____ – a été jugé suffisant par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les références, en particulier l'arrêt 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1). Enfin, les conclusions de l'expert ont été énoncées de manière motivée et cohérente (cf. expertise du 3 mai 2024, pièce OAI 250, p. 966 ss).

A l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'expert psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Il a d'abord dûment motivé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant avec des traits de la personnalité mixte dépendante et anxieuse (limitations psychiatriques légères chez une assurée limitée par sa tristesse et sa fatigue subjective, sans ralentissement psychomoteur objectivé, sans troubles de la concentration objectivables et sans anhédonie totale, mais seulement partielle) ainsi que celui de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (abaissement stable de l'humeur, diminution partielle de l'intérêt et du plaisir, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité ou de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées de lassitude et de perte de sens, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit, symptômes « somatiques »). L'expert a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par la recourante, ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par celle-ci, selon les catégories suivantes :

- Aucun problème : aptitude à entretenir des relations proches, hygiène et soins corporels ;
- Problème léger : adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, usage de compétences spécifiques, capacité de jugement et de prise de décision, aptitude à s'affirmer, aptitude à établir des relations avec les autres, aptitude à des activités spontanées, aptitude à se déplacer ;
- Problème moyen : flexibilité et capacité d'adaptation, capacité d'endurance, aptitude à évoluer au sein d'un groupe ;
- Aucun problème grave ou absolu.

Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives dans une activité adaptée sur le plan somatique. Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, énumérées ci-dessus, et permettant à la recourante de maintenir différentes activités telles que décrites dans le déroulement de sa journée type (regarder des émissions, écouter de la musique, discuter avec sa famille, lire les journaux, entretenir des contacts avec des amis, faire des promenades occasionnelles au parc, être capable de prendre les transports en commun, partir en vacances en famille).

3.4.2 La recourante se prévaut quant à elle de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr O._____ posant le diagnostic de dépression récurrente sévère et estimant que l'expertise du Dr S._____ contenait des incohérences dans les diagnostics, les évaluations et les recommandations de traitement et qu'« une réévaluation complète » du rapport d'expertise était nécessaire.

L'avis de ce spécialiste est toutefois insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre. En effet, il a été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.4.1) que l'expertise psychiatrique respectait en tous points les exigences jurisprudentielles et bénéficiait d'une pleine valeur probante. Or, il ne se justifie de s'écarter d'une expertise que si celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels, le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits ne suffisant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Ainsi, l'avis du Dr O._____, dont le diagnostic a été écarté de manière dûment motivée par l'expert, ne suffit pas à mettre en doute les conclusions du Dr S._____. Il est au demeurant précisé que – contrairement à ce que prétend le Dr O._____ – ni le Dr S._____ ni le Dr H._____, n'ont retenu le diagnostic somatique de fibromyalgie, de sorte que l'incompatibilité alléguée n'existe pas. En outre, s'agissant du traitement préconisé par le Dr S._____, jugé inadapté par la recourante, le Dr H._____ a souligné que l'échec d'un antidépresseur ne signifiait pas que les possibilités de traitement étaient épuisées compte tenu de l'important éventail proposé par la pharmacopée. La Cour rappelle au demeurant que, selon la jurisprudence relative aux rapports émanant des médecins traitants (cf. *supra* consid. 2.5), ces derniers ont tendance à se prononcer en cas de doute plutôt en faveur de leurs patients et que leurs rapports n'aboutissent généralement pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, de sorte qu'ils ne sauraient à eux seuls prévaloir.

3.5 Quant au rapport du 1^{er} septembre 2025 du Dr K. _____ indiquant que l'intéressée avait subi une arthroscopie du genou avec ménisectomie interne le 17 juin précédent et qu'elle présentait encore des douleurs au niveau du genou, force est de constater que ces éléments sont largement postérieurs à la décision contestée. Ainsi, en application de la jurisprudence susmentionnée (cf. *supra* consid. 2.7), ce rapport n'a pas à être pris en considération dans la présente procédure. Il est néanmoins loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations AI si cette atteinte devait avoir pour conséquence une incapacité de travail invalidante.

3.6 Partant, de l'avis de la Cour de céans, les conclusions du Dr S. _____, confirmées par le Dr H. _____ doivent être suivies, la recourante ayant à raison été considérée comme apte à travailler à 70 % dans toute activité adaptée dès le 10 avril 2021, date du début du suivi auprès du Dr O. _____. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, étant rappelé qu'il est de jurisprudence constante que, 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 de chercher d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 147 I 167 consid. 4.1 et 124 V 90 consid. 4b). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst ; ATF 141 I 60 consid. 3.3, 136 I 229 consid. 5.3 et les arrêts cités). Pour les mêmes motifs, la Cour renonce à procéder à l'interrogatoire de la recourante, qui s'est au surplus déterminée plusieurs fois par écrit.

3.6 Mal fondé, le recours est rejeté et la décision du 30 septembre 2024 confirmée.

4.

4.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2 La recourante n'ayant pas eu gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

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

Sion, le 13 mai 2026