

S1 23 203

ARRÊT DU 20 AOÛT 2024

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1966, titulaire d'une formation d'employée de commerce, a été victime, durant sa jeunesse, de différentes chutes sur l'épaule droite lui ayant notamment occasionné une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, ainsi qu'une neuropathie inflammatoire du nerf ulnaire.

En 2008, après être à nouveau tombée sur le coude et l'épaule droits, elle a interrompu son activité professionnelle. Suite à plusieurs opérations à ces articulations, l'assurée a annoncé son cas à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) qui lui a versé des prestations. Elle a également déposé, en juillet 2009, une demande auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI ; pièce OAI 2).

L'évolution médicale a été marquée par plusieurs complications (apparition d'une capsulite rétractile, d'un conflit sous-acromial et d'une tendinite du sus-épineux) conduisant à un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite. En raison du handicap majeur que cela représentait pour l'intéressée, elle a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) durant un mois en avril 2010 (pièce OAI 27). Un syndrome dépressif réactionnel s'est également ajouté à ses troubles et a nécessité un suivi spécialisé en septembre 2010 au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois. Après plusieurs examens auprès de cette institution, une réaction à un facteur de stress important avec trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F42.21) et des traits de personnalité paranoïaque (Z73.1) ont été diagnostiqués et considérés comme incapacitants (pièce OAI 42).

Au vu de ces éléments et sur la base de l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR), l'OAI a mis, par décision du 25 mars 2011, son assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 (pièces OAI 46 à 50).

B. En mars 2011, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale (acromioplastie antérieure et suture du tendon du sus-épineux) au niveau de l'épaule droite, permettant une légère récupération des amplitudes. Son membre supérieur droit présentait cependant encore une nette diminution de la force ainsi qu'une amyotrophie modérée. Ces limitations persistantes entravaient fortement l'intéressée dans son activité habituelle (notamment s'agissant de la frappe sur un clavier pendant plusieurs heures). Elle a néanmoins tenté une reprise à un taux d'activité de 20% à 30% (pièces 56, 58 et 70).

En octobre 2011, l'assurée avait retrouvé une mobilité active de son membre supérieur droit qu'elle pouvait utiliser normalement. Elle a ainsi repris la pratique du parapente, du VTT ainsi que de la luge en hiver. Cette reprise d'activités sportives a cependant conduit à un nouveau choc sur son épaule droite, réactivant le syndrome douloureux.

Une nouvelle rupture (déchirure complète) du tendon sus-épineux a dès lors été observée, le 13 avril 2012 (pièces OAI 73 et 86). Au niveau du coude droit, une arthrose huméro-cubitale assez marquée s'était en outre développée. Afin d'éviter la progression d'une atrophie musculaire, provoquée par le manque de mobilité et de force au membre supérieur droit, une arthroscopie de l'épaule droite a été effectuée le 18 septembre 2012 (pièce OAI 107, p. 249). Une consultation au Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP) a par ailleurs révélé que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) était toujours présent (pièce OAI 89).

Au cours de l'année 2013, la symptomatologie était modérée et la pratique intensive d'exercices à domicile a permis une amélioration significative. Les médecins observaient également des valeurs de flexion, d'abduction et de rotation en augmentation.

Notant que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas subi de modification notable, l'OAI a, par communication du 6 mars 2014, maintenu son droit à une rente entière d'invalidité (pièce OAI 99).

C. Le 24 septembre 2014, une expertise orthopédique a été réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour le compte de la CNA. Cet examen a fait ressortir un status après luxation complexe du coude droit (S531), un status après traumatisme de l'épaule droite ayant nécessité des chirurgies itératives de la coiffe des rotateurs (S497), une douleur chronique de l'épaule droite (M758) et un tendon du sus-épineux non fonctionnel à droite (M751). Les experts ont considéré que la situation était stabilisée et que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter un port de charges ponctuel de plus de trois kilos, pas de port de charges répétitif de plus d'un kilo, alternance des positions toutes les deux heures avec des pauses de trente à soixante minutes (pièce OAI 244, pp. 1212 à 1226).

En janvier 2015, le Dr A _____, médecin traitant de l'assurée, a cependant indiqué que sa patiente était incapable d'effectuer le moindre effort avec son membre supérieur droit (pièce OAI 107).

Du fait de suspicions quant aux déclarations de l'intéressée, la CNA a mis en place une surveillance sur cette dernière entre le 27 juillet 2015 et le 7 août suivant. Lors de celle-ci, l'intéressée a été vue durant trois jours consécutifs faire des vols en parapente sans qu'elle présentât aucune limitation physique ou gêne au niveau de l'épaule droite. Confrontée aux résultats de cette surveillance, elle a déclaré à la CNA avoir repris une activité temporaire à hauteur de 20% à 30% entre décembre 2014 et mars 2015 et qu'elle se sentait désormais apte à reprendre une activité dans le domaine administratif à hauteur de 50%. En outre, elle avait maintenu des activités physiques soutenues (marches quotidiennes, vélo, rameur, et vols en parapente selon la météo). La CNA a ainsi suspendu ses prestations au 15 décembre 2015.

En janvier 2016, le Dr A _____ a relevé que l'évolution de la situation était lente mais favorable (pièce OAI 249, p. 2007). Une consultation auprès d'un autre généraliste, le Dr B _____, le 29 août 2016, a cependant fait ressortir une tendinopathie persistante et des douleurs tolérables au coude droit qui se manifestaient notamment après une courte période devant un clavier d'ordinateur (pièce OAI 250, pp. 2082 à 2085).

Par décision du 11 novembre 2016, l'OAI a prolongé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, en l'absence de motif de révision (pièce OAI 127).

D. A partir du 22 novembre 2016, l'assurée a repris une activité professionnelle en qualité d'aide-comptable à un taux variant entre 5% et 15%. Ce travail s'est ajouté à l'activité de comptable qu'elle exerçait déjà depuis le 1^{er} janvier 2015 à raison de dix à quinze heures par mois (pièce OAI 129).

Dans un formulaire de révision du 30 novembre 2017, elle a indiqué que ses douleurs au coude et à l'épaule droits étaient marquées et qu'elle souffrait également de douleurs intenses à la nuque entraînant une paralysie partielle du bras et de la main (pièce OAI 135). Une IRM cervicale du 9 août 2017 avait en outre révélé une hernie discale C5-C6 relativement volumineuse (pièce OAI 132).

L'OAI a ainsi maintenu son droit à une rente entière d'invalidité, par communication du 31 janvier 2018 (pièce OAI 139).

Le 9 mai 2018, une nouvelle expertise orthopédique a été réalisée pour le compte de la CNA par le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Au terme de son examen, il a observé que l'intéressée présentait un excellent état général, une mobilité pratiquement complète de l'épaule droite, ainsi qu'une excellente utilisation de

son membre supérieur droit dans la gestuelle. L'expert a considéré que l'évolution avait été très favorable jusqu'à une stabilisation en 2014, permettant une récupération fonctionnelle dans les mouvements du quotidien à l'exclusion d'efforts au-dessus de l'épaule. Au niveau du coude droit, il a relevé une lésion grave qui avait été marquée par une récupération fonctionnelle habituelle, mais qui gênait l'assurée dans son activité de comptable. Cependant, depuis une opération du 8 octobre 2013, elle avait retrouvé un coude stable et présentait ainsi une capacité de travail totale avec un rendement légèrement diminué de 10% et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts répétés du coude droit particulièrement en flexion/extension, pas de port de charges systématique et répété de plus de 5 kilos (pièce OAI 259, pp. 2306 à 2331).

Par décision du 20 mai 2019, la CNA a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% et une rente d'invalidité de 10% dès le 1^{er} janvier 2016, en raison des séquelles à son coude droit qui entraînaient une diminution de 10% de sa capacité de gain.

E. Une nouvelle procédure de révision d'office a débuté en février 2019. Dans le questionnaire y relatif, l'assurée a déclaré qu'elle exerçait une activité salariée de 50% depuis le 1^{er} octobre 2018, mais que son contrat avait été résilié pour fin mars 2019 (pièces OAI 147, 150 et 151). Cette activité, principalement de saisie de données, était exercée à raison de 4 heures par jour sans que l'employeur ait remarqué une atteinte à la santé (pièce OAI 155).

Interpellé, le Dr A _____ a relevé, le 28 février 2019, que sa patiente se plaignait toujours de douleurs à son épaule et coude droits sans aucune amélioration, en plus de troubles de la concentration, d'une perte de poids, de cervicalgies et d'un sommeil difficile. A son avis, elle pouvait néanmoins reprendre son activité à plein temps, pour autant que ses douleurs le lui permettaient (pièce OAI 153).

Afin de faire le point, l'OAI a mandaté le SMR pour réaliser des examens cliniques psychiatrique et orthopédique, le 28 mai 2019. Au niveau psychiatrique, le Dr D _____ a relevé que l'accident du 9 août 2008 avait certes déclenché un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, puis un état dépressif moyen, mais que ces affections étaient en rémission, dans la mesure où l'intéressée avait notamment pu reprendre ses activités et qu'elle fonctionnait normalement au quotidien. Aucune incapacité pour un motif psychiatrique n'a dès lors été retenu (pièces OAI 157 et 160).

Sur le plan orthopédique, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès du SMR a fait état de séquelles de fracture-luxation du coude droit

(T92.1), d'omalgies droites chroniques (Z98.8 et M75.1), et de cervicalgies récidivantes (M50.1) ayant entraîné une discarthrose étagée et une hernie discale C5-C6. En l'absence de syndrome cervical douloureux et d'une mobilité active complète de l'épaule droite, il a retenu une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds ; position de travail alternée assis/debout ; pas de rotation ni de porte-à-faux du tronc ou de la nuque ; pas d'activités avec le coude décollé du corps ; pas d'activités en force, en traction ni en poussée avec le membre supérieur droit ; port de charges non répétitif et limité à 5 kilos avec le membre supérieur droit, ainsi que non répétitif et limité à 10 kilos avec le membre supérieur gauche ; pas d'exposition aux vibrations, aux intempéries ni au froid (pièce OAI 161).

Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, dès le 1^{er} décembre 2019, au motif qu'elle bénéficiait à nouveau d'une capacité de travail de 90% (100% de temps de présence avec 10% de diminution de rendement) dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (pièce OAI 168). L'intéressé a recouru céans contre cette décision, en produisant notamment une IRM lombaire du 27 janvier 2022. Ce recours a été rejeté par jugement du 15 mars 2022 (S1 19 244).

F. Le 24 août 2020, alors qu'elle était inscrite à l'assurance-chômage (pièce OAI 259), l'assurée a fait une déclaration d'accident à la CNA, en indiquant s'être tordue le genou gauche lors d'une nouvelle chute (pièce OAI 256, p. 2563).

Le diagnostic d'entorse grade 1 du genou gauche avec souffrance tendineuse associée a été posé et un traitement conservateur par immobilisation (genouillère) et médicament antalgique instauré (pp. 2547 et 2548). Une IRM du 8 septembre 2020 a cependant mis en évidence une déchirure vraisemblablement complète de la partie du ligament croisé antérieur (LCA ; p. 2540), de sorte qu'une opération a été programmée auprès du Dr F _____, spécialiste FMH en orthopédie, pour le 14 octobre 2020 (pp. 2513 et 2525).

En février 2021, la CNA a annoncé spontanément le cas à l'OAI (pièce OAI 181). En raison d'une reprise de son travail au 1^{er} mars 2021, ce dossier a cependant été classé par l'OAI (pièces OAI 183 et 258 [p. 2580]).

G.

a) Un nouveau sinistre a été annoncé à la CNA le 19 mars 2022 par l'assurée, en raison d'un accident de luge (pièce OAI 260, p. 2742). Son médecin traitant, le Dr G _____, lui a établi un arrêt de travail pour l'activité d'assistante comptable qu'elle exerçait à 20% depuis janvier 2022.

Une IRM du 23 mars 2022 a mis en évidence un status après chirurgie de la coiffe des rotateurs, une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, une enthésopathie, des signes de capsulite et une élévation de la tête humérale avec un conflit sous-acromial (p. 2706).

En avril 2022, elle s'est rendue à la consultation du Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a observé que sa patiente avait subi une récurrence des omalgies antéro-externes suite à sa chute en luge. Le spécialiste a proposé un traitement conservateur sous la forme d'une infiltration cortisonnée (pp. 2715 et 2716). A partir du 1^{er} juin 2022, le Dr H _____ a estimé qu'une activité professionnelle pouvait être reprise à 50%, puis à 100% dès le 1^{er} août 2022 (pp. 2694 et 2696). Le 24 juin 2022, il a suggéré une nouvelle infiltration et n'a pas prévu de revoir l'intéressée (p. 2752).

Pour le médecin traitant de l'assurée, le Dr G _____, la situation restait cependant incertaine et justifiait encore un arrêt de travail de 50%, ainsi que la poursuite des séances de physiothérapie (pièce OAI 262, pp. 2783 et 2788).

Dans l'intervalle, l'assurée avait déposé, le 22 juin 2022, une nouvelle demande de prestations AI pour une déchirure du tendon de l'épaule (pièce OAI 189). En présence d'indices rendant plausible une aggravation de l'état de santé, l'OAI est entré en matière (pièce OAI 193).

Interpellé, le Dr G _____, a relevé, le 20 juillet 2022, que sa patiente était en arrêt de travail à 50% jusqu'au 30 juillet 2022 en raison des limitations à l'épaule et au dos qui l'affectaient (pièce OAI 199).

Le 11 août 2022, le Dr H _____ a relevé que l'assurée pouvait reprendre le travail depuis le 1^{er} août 2022 (pièce OAI 201). Le même jour, le Dr I _____ a également relevé que la problématique lombaire n'engendrait aucune restriction professionnelle (pièce OAI 202).

Par décision du 22 février 2023, la CNA a mis fin à ses prestations au 28 février 2023, au motif que les troubles à l'épaule droite de l'assurée n'étaient plus dans une relation de causalité avec la chute du 19 mars 2022 (pièce OAI 263).

Le 24 avril 2023, le Dr G _____ a indiqué que l'état restait inchangé au niveau de l'épaule droite et du rachis lombaire et qu'il autorisait uniquement une reprise à hauteur de 30% dans une activité adaptée (pièce OAI 212).

Ces éléments ont été soumis au Dr J _____, généraliste auprès du SMR. Dans son rapport final du 8 mai 2023, il a retenu que l'assurée avait subi une recrudescence d'omalgies droites, après une déchirure du sus-épineux, et que la situation avait ensuite évolué favorablement, avec une récupération de la mobilité de l'épaule droite, permettant la reprise d'une activité adaptée. A propos des lombalgies, le syndrome lombo-vertébral n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail. Après avoir consulté le Dr K _____, spécialiste en médecine physique et chirurgie orthopédique, le SMR a considéré que l'atteinte au genou justifiait des limitations fonctionnelles supplémentaires (pas d'activité à genoux ou en position accroupie, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas d'escaliers à répétition, pas d'échelles ni d'échafaudages). Dans une activité sédentaire, ces nouvelles restrictions n'entraînaient cependant aucune réduction durable de la capacité de travail (90%, soit 100% avec une diminution de rendement de 10% ; pièce OAI 215).

b) Par projet de décision du 4 août 2023, l'OAI a informé son assurée que sa nouvelle demande était écartée et qu'elle ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité, au motif qu'elle avait conservé une capacité de travail de 90% (100% avec baisse de rendement de 10%) dans son activité d'employée de commerce (pièce OAI 220).

Le 21 août 2023, l'intéressée a soutenu qu'elle souffrait de lombalgies « intolérables » qui l'empêchaient de travailler plus de deux à trois demi-journées par semaine et que chaque mouvement qu'elle effectuait avec son dos ou son épaule la faisait souffrir et impactait sa vie de tous les jours ainsi que son sommeil. Elle a ajouté que les IRM prouvaient que son état de santé s'était aggravé, que son médecin traitant attestait son arrêt de travail et que les différents traitements mis en place n'atténuaient pas ses douleurs.

Par décision du 15 novembre 2023, l'OAI a confirmé son refus de verser des prestations.

H. X _____ a recouru céans le 30 novembre 2023 contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, la

recourante a considéré qu'elle était incapable de travailler plus de quelques heures par jour, qu'elle souffrait de pathologies irréversibles et invalidantes et que l'avis du SMR ne pouvait pas être suivi au vu notamment de l'incapacité de travail de 70% que lui reconnaissait son médecin traitant. Elle a ajouté connaître « plusieurs personnes » qui, sans souffrir d'un réel trouble médical et ne voulant simplement pas travailler, avaient « par chance (...) trouvé un bon psy pour les déclarer inaptes au travail », tandis qu'elle souffrait de douleurs bien réelles qui ne lui permettaient pas de travailler davantage.

Le 9 janvier 2024, l'OAI a transmis son dossier et a renoncé à se déterminer sur le recours.

L'échange d'écritures a été clos le 30 janvier 2024.

Considérant en droit

1.

1.1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale 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 30 novembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 15 novembre 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. La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, la nouvelle demande de prestations AI a été déposée en juillet 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

2. Le litige porte le droit de la recourante, dans le cadre d'une nouvelle demande, à une rente d'invalidité.

2.1. A teneur de l'article 17 alinéa 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

A teneur de l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, le sens et le but de cette disposition est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des

facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, une fois entré en force l'octroi d'une rente doit avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêts du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et 9C_1022/2012 précité consid. 3.3.1).

2.2. 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 la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 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).

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 service médical régional (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. 54a LAI et 49 RAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 54a al. 2 LAI, 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 LPG, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (art. 54a al. 3 LAI), en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 54a al. 4 LAI). 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 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). Les rapports du SMR ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

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 cette dernière catégorie d'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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

2.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, 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, 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 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est 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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

3. Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si, depuis le dernier examen matériel du droit à des prestations, la situation médicale de la recourante s'est aggravée et lui donne le droit à une rente d'invalidité.

3.1. Lorsque la rente d'invalidité a été supprimée par décision du 10 octobre 2019, l'intéressée présentait des séquelles de fracture-luxation du coude droit (T92.1), des omalgies droites chroniques (Z98.8 et M75.1) et des cervicalgies récidivantes (M50.1) ayant entraîné une discarthrose étagée et une hernie discale C5-C6. Dans la mesure où il n'existait pas de syndrome cervical douloureux et que l'épaule droite avait retrouvé une mobilité active complète, une capacité de travail de 90% (100% avec baisse de rendement de 10%) a été retenue dans une activité adaptée épargnant le dos et le membre supérieur droit (cf. examen clinique du 28 mai 2019 du Dr E _____ ; pièce OAI 161).

Depuis la suppression de sa rente d'invalidité, la recourante a subi une entorse de grade 1 au genou gauche, avec déchirure complète de la plastie du LCA, nécessitant une opération le 14 octobre 2020 (pièce OAI 256, pp. 2513 et 2525). En mars 2022, en raison de plaintes douloureuses, une IRM a été réalisée et a mis en évidence différentes atteintes au niveau de son épaule droite (pièce OAI 260, p. 2706). Une IRM lombaire du 27 janvier 2022 avait également objectivé des discarthroses (pièce OAI 186). En présence d'un éventuel motif de révision au sens de l'article 17 LPGA, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 22 juin 2022.

3.2. Dans le cadre de cette nouvelle demande, la recourante soutient que ses troubles au niveau de l'épaule droite et du dos s'étaient aggravés et l'empêchaient de travailler plus de quelques heures par jour.

3.2.1. Au niveau lombaire, une IRM du 27 janvier 2022 a mis en évidence une discarthrose protrusive L4-L5 et une discarthrose avec une hernie discale médio-bilatérale L5-S1 allant au contact des racines S1 (cf. pièce OAI 186).

Pour cette problématique, évoluant dans le cadre d'un syndrome lombo-vertébral, la recourante a été examinée à deux reprises par la Dresse I _____. Son trouble s'est stabilisé avec la physiothérapie d'équilibrage musculaire mise en place par ce médecin qui a estimé qu'aucune restriction professionnelle ne découlait de la problématique lombaire (pièce OAI 202). Cet avis n'est pas remis en question par une autre pièce du dossier. Le Dr K _____ a ainsi repris son appréciation et n'a pas estimé que l'atteinte lombaire redéfinissait les limitations fonctionnelles. Quant au Dr G _____, il se contente de mentionner que sa patiente souffrait de douleurs lombaires et présentait

des limitations du dos, sans aucunement démontrer dans quelle mesure cela l'empêcherait de reprendre le travail à un taux plus élevé que 30% (pièces OAI 199 et 212). Ses avis laconiques des 20 juillet 2022 et 24 avril 2023 sont par conséquent insuffisamment probants pour remettre en doute l'appréciation convaincante de la Dresse I _____.

3.2.2. La problématique au niveau de l'épaule droite a été marquée par une récurrence d'omalgies antéro-externes suite à un accident de luge du 19 mars 2022. Une IRM du 23 mars 2022 a ainsi montré une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, une enthésopathie, des signes de capsulite et une élévation de la tête humérale avec un conflit sous-acromial (cf. pièce OAI 260, p. 2706).

Ce trouble a été pris en charge par le Dr H _____. Le 11 avril 2022, il a observé une mobilité complète et symétrique de l'épaule droite. Au vu du bon fonctionnement de l'épaule, il a effectué une infiltration cortisonnée à but antalgique (pièce OAI 260, p. 2716). Lors de son contrôle du 24 juin 2022, il a relevé que des douleurs persistaient malgré une mobilité complète et symétrique, que l'infiltration avait apporté une amélioration temporaire, que les exercices de renforcement musculaires devaient se poursuivre et qu'il ne comptait pas revoir la recourante (pièce OAI 261, p. 2752). Le Dr H _____ a par conséquent attesté un arrêt de travail de 50% du 22 juin 2022 au 31 juillet suivant. A partir du 1^{er} août 2022, il a estimé qu'une reprise complète était attendue, le pronostic étant bon (pièces OAI 201 et 260 [p. 2694]).

Pour cette affection également, le Dr G _____ n'a pas démontré que sa patiente était dans l'incapacité de reprendre une activité qui épargnait son membre supérieur droit. Il a d'ailleurs confirmé qu'une reprise était attendue dès le 1^{er} août 2022, conformément à l'avis du Dr H _____ (pièce OAI 260, p. 2712). Dans son rapport du 19 octobre 2022, il n'a pas donné d'indication supplémentaire qui justifierait de maintenir sa patiente en arrêt de travail pour ses douleurs à l'épaule droite et a, au demeurant, renvoyé à l'avis du Dr H _____ (pièce OAI 262, p. 2783).

Ces éléments ont ensuite été examinés par le SMR qui a confirmé qu'une activité adaptée, à l'instar d'aide-comptable, pouvait être reprise comme attesté par le Dr H _____. Le Dr K _____ a également relevé que l'avis du Dr G _____ ne reposait sur aucune consultation médicale objective et qu'il convenait de s'en écarter (pièce OAI 215). Cette appréciation du SMR, bien motivée, prend en compte les différents éléments du dossier et l'évolution des troubles de la recourante, de façon à lui reconnaître une pleine valeur probante.

3.2.3. En l'absence d'indication contraire convaincante quant à la capacité de travail de la recourante, l'OAI a correctement retenu qu'une activité adaptée pouvait être reprise à 90% (100% avec baisse de rendement de 10%) depuis le 28 mai 2019. Les incapacités de travail entraînées par l'atteinte au genou (du 25 août 2020 au 28 février 2021) et à l'épaule droite (du 19 mars 2022 au 31 juillet suivant) n'ont en outre pas été durables et ne justifiaient dès lors pas des prestations de l'AI. Du reste, la recourante ne saurait en tout cas pas se prévaloir d'une égalité dans l'illégalité avec d'autres assurés qui, selon elle, toucheraient indûment des prestations malgré leur capacité de travail.

Par conséquent, le taux d'invalidité retenu à 10% n'est pas critiquable. Il s'ensuit que le recours du 30 novembre 2023, mal fondé, est rejeté et que la décision du 15 novembre 2023 est confirmée.

4. Les frais de justice, arrêtés à 500 francs, fixés 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. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

5. La recourante n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

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 20 août 2024.