

S1 20 126

JUGEMENT DU 16 AOÛT 2022

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Loyco SA, 1227 Carouge GE

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 87 al. 2 et 3 RAI ; refus d'entrer en matière)

Faits

A. Originnaire du Portugal, X _____, née le xxx, est arrivée en Suisse en 1986. Dès le 17 juin 2004, elle a été engagée comme aide-infirmière à 100% par A _____, à B _____, pour un salaire mensuel brut de 4907 fr. 55.

B. En raison de diverses incapacités de travail subies dès le 16 juin 2015, X _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), le 21 octobre 2015 (pièce 1). Contactée par téléphone le 22 octobre 2015, elle a expliqué souffrir de douleurs chroniques au niveau du dos, des côtes, des bras, des coudes et des fessiers, de migraines, de fatigue et d'anxio-dépression. Elle a précisé que son médecin avait posé le diagnostic de fibromyalgie (pièce 4).

Interpellé, le Dr C _____ a fait état d'un état anxio-dépressif avec plaintes de fibromyalgie et migraines, sans incidence sur la capacité de travail (pièce 16).

Le 22 mars 2016, le D _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) existant depuis juin 2015, et a signalé que la patiente était à nouveau en incapacité de travail de 40% depuis le 1^{er} mars 2016, en raison d'une péjoration de son état psychique avec fatigabilité importante, de difficulté de concentration, d'apragmatisme, douleurs physiques, etc. (pièce 19). Le 3 janvier 2017, le D _____ a indiqué que l'état de santé évoluait favorablement mais lentement, que la patiente présentait toujours une fatigabilité, des difficultés de concentration et d'endurance, un ralentissement psychomoteur et de l'anxiété (pièce 35).

Mandaté par l'OAI, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'avait pas fait l'objet d'une argumentation solide, notamment selon les critères de la CIM-10, raison pour laquelle il a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire (pièce 46).

Celle-ci a été réalisée le 13 septembre 2017 auprès du Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièces 48, 53). Dans son rapport du 24 octobre 2017 (pièce 61), l'expert a noté que l'assurée s'était sentie très mal et avait ressenti des douleurs dans tout le corps après que son compagnon l'eut quittée en 2015. Il a relevé que les symptômes étaient maintenant réduits et les douleurs fluctuantes et que les migraines survenaient environ trois fois par mois durant un jour. Il a noté que l'assurée se plaignait d'être parfois démoralisée et de souffrir d'oublis. Durant l'entretien, l'expert n'a pas observé de symptomatologie ni dépressive ni anxieuse significative ; l'assurée

s'est montrée euthymique avec parfois des sourires et d'autres moments où elle était affectée ; elle n'a pas présenté de symptômes neurovégétatifs ni signes d'anxiété. L'expert a vu une femme dont les plaintes étaient essentiellement d'ordre fibromyalgique et migraineux (expertise p. 12). Il a relevé que l'assurée disposait de bonnes capacités d'adaptation au vu de son parcours, qu'elle avait retrouvé un travail à 50%, qu'elle avait toujours du plaisir dans ses activités, notamment dans le jardinage et entretenait des relations sociales avec ses amies et son voisinage (expertise p. 4, 7, 11, 16 et 17). En appliquant l'échelle de dépression MADRS, il a constaté une valeur rassurante. Il a également noté que le monitoring médicamenteux avait montré une observance très correcte par rapport à la prescription. Ainsi, il a conclu que l'état dépressif de moyenne intensité qui avait été décrit antérieurement était bien compensé, en ajoutant que si quelques fluctuations émotionnelles existaient encore, elles n'atteignaient clairement plus le seuil clinique (expertise p. 17). Les plaintes de l'assurée étant essentiellement somatiques, il a retenu le diagnostic de trouble somatoforme. Il a considéré qu'il n'y avait pas de limitations significatives d'un point de vue psychique. Il a estimé qu'il n'y avait pas de trouble clinique de la personnalité et a relevé que l'assurée assumait toujours un travail à 50% et était toujours motivée par ses activités. Il a considéré que le traitement était adéquat, bénéfique et correctement suivi par l'assurée. De son point de vue, la capacité de travail dans l'activité adaptée d'auxiliaire de santé était entière.

Après avoir pris connaissance de ce rapport d'expertise, le SMR a estimé, le 13 septembre 2017 (recte : novembre 2017), qu'il y avait lieu de valider les incapacités de travail antérieures à l'expertise et de reconnaître une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 13 septembre 2017, dès lors que l'assurée n'avait plus de stigmate dépressif et présentait un trouble somatoforme sans conséquence sur sa capacité de travail (pièce 66).

Par projet de décision du 17 novembre 2017, l'OAI a informé X _____ qu'il entendait lui octroyer un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 uniquement, dans la mesure où dès le 13 septembre 2017, on pouvait exiger de sa part l'exercice à plein temps de son activité habituelle ou de n'importe quelle autre activité légère lucrative (pièce 68).

C. Représentée par Loyco SA (ci-après : Loyco), X _____ a informé l'OAI, par courrier du 15 janvier 2018, qu'elle devait être hospitalisée à F _____ dès le 22 janvier 2018, de sorte qu'elle lui demandait de ne pas rendre de décision formelle avant fin février 2018 (pièce 79). Lors d'un entretien téléphonique, l'assurée a expliqué

que le but de la thérapie était d'apprendre à mieux vivre avec ses douleurs et qu'elle avait pu diminuer les médicaments (pièce 83).

Par courrier du 9 février 2018, Loyco a transmis à l'OAI deux rapports médicaux (pièce 84), l'un du D _____ du 7 février 2018 (pièce 84, page 161), qui confirmait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.1.11), de trouble anxieux sans précision (F41.9) et d'autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat (Z63.8) et attestait que la patiente travaillait à 50% car elle n'était pas en mesure d'en faire plus en raison de ses douleurs, l'autre du Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 2 février 2018 (pièce 84, page 163), qui retenait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme chronique, migraines chroniques et syndrome de tunnel carpien et signalait que l'état de santé subjectif s'était partiellement dégradé depuis l'expertise du Dr E _____, de sorte qu'une activité professionnelle au-delà de 50% ne semblait pas exigible.

Sollicité, le SMR a relevé que le D _____ ne s'était pas prononcé clairement sur la capacité de travail et que le médecin traitant avait cité des migraines qui étaient à rattacher au syndrome douloureux et un syndrome de tunnel carpien qui était une pathologie bénigne, opérable et sans incidence sur la capacité de travail sur le long terme (pièce 87). Il a obtenu le rapport de F _____ qui posait les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0), de syndrome douloureux chronique et migraines et de déconditionnement et conseillait la reprise d'une activité malgré la fatigue. Le SMR a rappelé que le trouble somatoforme était un diagnostic psychique prenant l'apparence d'un trouble physique puisque les plaintes – sans substrat organique – étaient de nature somatique, de sorte qu'il ne voyait pas pourquoi il devrait poursuivre l'instruction. Il a ajouté que les céphalées étaient présentes massivement dans les troubles somatoformes et qu'en l'absence de support organique, il n'y avait pas lieu d'en faire un diagnostic séparé. Il a estimé que les rapports ne contenaient pas une argumentation suffisante au sens des réquisits de la CIM-10 pour retenir une dépression même légère et a conclu que s'il y avait augmentation des plaintes depuis l'expertise, il s'agissait exclusivement d'éléments subjectifs, de sorte qu'il n'y avait pas de modification objective et significative de l'état de santé depuis sa prise de position du 15 novembre 2017, dont il maintenait les conclusions.

Par décision du 17 avril 2018, l'OAI a mis X _____ au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 (pièce 95).

D. Le 18 mai 2018, l'intéressée a recouru céans contre ce prononcé, en concluant à l'annulation de la décision et à la reprise de l'instruction avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, sous suite de frais et dépens.

Par jugement S1 18 129 du 9 janvier 2020, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée estimant que l'expertise du 24 octobre 2017 du Dr E _____, qui retenait un trouble somatoforme sans incidence sur la capacité de travail, était pleinement probante et que l'avis du SMR des 13 novembre 2017 (pièce 66) et 13 mars 2018 (pièce 87) était convaincant.

E.a Entre-temps, par courrier du 4 juin 2019 (pièce 128), l'assurée a signalé à l'OAI que son état de santé s'était dégradé depuis le 21 mars 2019.

Accusant réception de cette nouvelle demande, l'OAI a imparti un délai à l'assurée pour qu'elle fournisse les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité (pièce 129).

Le 14 juin 2019, l'assurée a alors transmis un rapport de la Dresse H _____ du 29 mai 2019 qui attestait une dégradation depuis mars 2019 empêchant l'assurée d'exercer son activité d'aide-soignante à 50% (pièce 130). Cette incapacité totale était due à l'aggravation des douleurs diffuses, aux troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire qui augmentaient l'anxiété de faire des erreurs sur le lieu de travail, à un état d'épuisement global non soulagé par le repos et à un état anxio-dépressif (avec anhédonie, ralentissement psychomoteur, diminution de l'élan vital, idéation suicidaire, crises d'anxiété déclenchées par le stress).

L'OAI a soumis ce rapport au SMR qui a constaté, dans son avis du 3 juillet 2019, que le nouveau médecin traitant n'avait pas annoncé le moindre diagnostic nouveau, mais avait énuméré les plaintes de l'assurée sans s'appuyer sur le moindre élément d'examen clinique objectif (pièce 133). Notamment, les troubles de l'équilibre, de déglutition, de la digestion, de la vision, la fatigue et le prurit ne reposaient sur aucun élément objectif ressortant d'un examen clinique. Le SMR a encore observé que l'état dépressif, qui n'avait pas pu être retenu par le passé, n'était pas suffisamment étayé cliniquement au regard des réquisits de la CIM-10 et que le médecin traitant n'avait même pas mentionné une baisse de l'humeur. Il a rappelé que le trouble somatoforme pouvait comporter tout un cortège de plaintes somatiques, allant du pseudo-neurologique (troubles de l'équilibres, plaintes mnésiques, troubles visuels) au digestif en passant par la fatigue ou encore le prurit, de sorte que les plaintes de l'assurée entraient parfaitement dans le cadre nosologique du trouble somatoforme retenu par l'expert psychiatre. Il a dès lors

conclu à l'absence d'indice rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée

L'OAI a également reçu un rapport complété le 7 août 2019 par le Dr I _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, à la demande de l'assurance perte de gain CSS Assurance, qui retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen (F33.11), trouble anxieux (F41.9) et autres difficultés liées à l'entourage et aux conditions économiques (pièce 176, p. 632) ; le psychiatre décrivait une patiente présentant un abaissement de la thymie, de la fatigue, un élan vital diminué, des troubles de la concentration et des troubles mnésiques subjectifs, un ralentissement psychomoteur, une faible estime et confiance de soi, une anxiété éprouvée, des plaintes spontanées de douleurs multiples et des troubles de la marche ; il ne se prononçait pas sur la capacité de travail, tout en précisant que des raisons non médicales (en lien avec la santé de proches et le changement de poste de travail) avaient probablement une influence sur cette dernière.

En date du 29 décembre 2019, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport rempli le 6 novembre 2019 par son nouveau psychiatre traitant, la Dresse J _____ (pièce 139), qui indiquait que l'état de santé avait peu évolué, que les plaintes étaient essentiellement physiques (douleurs musculaires diffuses, migraines récurrentes, trouble de l'équilibre, troubles digestifs) et que tous les symptômes traduisaient la difficulté de l'assurée à évoquer sa douleur « psychique ». Les diagnostics étaient, selon elle, un trouble dépressif chronique avec symptômes somatiques et un trouble de la personnalité sans précision, justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Prenant position le 8 avril 2020, le SMR a remarqué que depuis plusieurs années, les différents psychiatres successifs décrivaient toujours la même symptomatologie (douleurs, anxiété, trouble de la concentration et de l'humeur, etc.) étiquetée « trouble dépressif récurrent moyen » ou « trouble dépressif chronique » et a rappelé que le Dr E _____ avait clairement expliqué pourquoi on ne devait pas parler de dépression mais bien plutôt de trouble somatoforme. S'agissant du nouveau diagnostic de trouble de la personnalité évoqué par la Dresse J _____, le SMR a relevé qu'il ne s'appuyait sur aucune argumentation clinique au regard des réquisits de la CIM-10 et ne pouvait pas faire « irruption » chez une personne âgée de 60 ans puisqu'un tel trouble était par définition présent dès le début de l'âge adulte. Il a dès lors conclu à des interprétations différentes d'une situation restée identique (pièce 154).

Par projet de décision du 20 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 5 juin 2019, au motif que, de l'avis du SMR, les éléments transmis ne rendaient pas plausible une péjoration de l'état de santé depuis la dernière décision d'octroi de rente limitée dans le temps.

E.b Le 20 mai 2020, l'intéressée a soutenu que son état de santé n'était plus comparable à celui qui prévalait en 2017, dès lors qu'elle était en incapacité de travail totale, que deux psychiatres avaient diagnostiqué un trouble dépressif contrairement au Dr E _____ et qu'elle souffrait d'une arthropathie de surcharge au pied droit pour laquelle des chaussures orthopédiques avaient été octroyées.

Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière en l'absence de nouvel élément venant mettre en doute l'avis du SMR et rendant plausible une péjoration de l'état de santé.

F. Le 26 juin 2020, X _____ a recouru céans contre ce prononcé, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour qu'il entre en matière sur sa demande du 5 juin 2019 et l'instruise. Elle a répété que sa situation n'était pas comparable à 2017 pour les motifs déjà invoqués en procédure d'audition.

Répondant le 15 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis du SMR qui avait constaté que l'ensemble des plaintes entrant dans le cadre du trouble somatoforme et avait clairement expliqué pourquoi le diagnostic de trouble de la personnalité avancé par la Dresse J _____ ne pouvait pas être admis. En outre, l'intimé a rappelé que les seules observations de la recourante ne constituaient pas un moyen de preuve suffisant et que l'octroi de moyens auxiliaires n'induisait pas un droit à d'autres prestations AI.

Le 17 novembre 2020, la recourante a transmis un rapport d'expertise du 5 novembre 2020 émanant du Dr K _____, qui avait été mandaté par l'assureur perte de gain L _____ SA. Selon ce dernier, l'expertisée souffrait d'un trouble dépressif récurrent de gravité légère à moyenne n'affectant pas la capacité de travail et permettant la reprise de l'activité d'aide-soignant à 50% dès le jour de l'expertise, puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2021 sans baisse de rendement.

Prenant position le 12 janvier 2021, l'intimé a remarqué qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte du rapport d'expertise du Dr K _____ dans la mesure où il appartenait à la

recourante de rendre plausible la modification de son état de santé avant que la décision litigieuse soit rendue.

L'échange d'écritures a été clos le 14 janvier 2021.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 26 juin 2020, le présent recours à l'encontre de la décision du 2 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé n'a pas retenu qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante avait été rendue plausible et, partant, a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 5 juin 2019.

2.2 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 de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (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).

2.3.1 Selon l'article 17 LPGA (dans sa version 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 modalités de la révision sont fixées aux articles 87 à 88bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201). Selon l'article 87 alinéa 2 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 64). L'article 87 alinéa 3 RAI précise que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 2 sont remplies.

2.3.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, celui-ci ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations 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 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 64 consid. 2 et 130 V 71 consid. 3.2.3). En tant que le principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Les faits et moyens de preuve non produits lors de la décision de refus d'entrer en matière ne peuvent dès lors être pris en compte par le Tribunal.

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 alinéa 2 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des

assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. En procédant à cet examen, le juge prendra notamment en compte le temps écoulé depuis le moment où les prestations ont été refusées (Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

2.3.3 Il est rappelé qu'en cas de recours contre un refus d'entrer en matière, il n'est pas du ressort de la Cour de statuer sur la question de la justification d'une révision. Cas échéant, dans l'hypothèse où cette dernière viendrait à juger le refus d'entrer en matière comme injustifié, le droit à une révision de la rente devra être tranché par l'administration après renvoi par l'autorité de recours. Dès lors, la conclusion du recourant tendant à ce stade à l'allocation d'une rente est irrecevable.

3. Dans le cas d'espèce, il s'agit uniquement d'examiner si la recourante a rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise, soit le 2 juin 2020, une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue le 17 avril 2018 et confirmé par jugement entré en force du 9 janvier 2020.

3.1 A titre liminaire, il est rappelé que le fait pour l'intimé d'avoir requis l'avis de son SMR ne signifie pas encore qu'il est entré en matière sur la demande de révision de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, l'OAI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, comme en l'espèce, obtenir l'avis d'un médecin du SMR (arrêts 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 4.2 et 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (arrêt 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités).

3.2 Lors de la première procédure qui a conduit à la décision du 17 avril 2018 octroyant à la recourante une rente d'invalidité limitée dans le temps, l'OAI s'était principalement fondé sur l'expertise du 13 septembre 2017 du Dr E _____, dont les conclusions avaient été reprises par le SMR. L'expert avait en particulier observé que l'assurée se plaignait essentiellement de douleurs physiques diffuses, de migraines, de fatigue et de

troubles de la mémoire (cf. expertise p. 5 et 6). Ne constatant pas de symptomatologie dépressive et anxieuse manifeste, il avait retenu le diagnostic de trouble somatoforme. Un trouble de la personnalité avait, en outre, été écarté.

3.3 Dans le cadre de sa nouvelle demande du 5 juin 2019, la recourante a produit un rapport du 29 mai 2019 de son nouveau médecin traitant, la Dresse H _____, ainsi qu'un rapport rempli le 6 novembre 2019 par son nouveau psychiatre traitant, la Dresse J _____. L'intimé a également reçu de l'assurance perte de gain le rapport du Dr I _____ du 7 août 2019, précédent psychiatre de l'assurée. Il convient de se baser sur ces trois documents pour déterminer si l'OAI a, à juste titre, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, par décision du 2 juin 2020.

L'expertise réalisée le 5 octobre 2020 par le Dr K _____ et versée en cause dans le cadre de la procédure judiciaire, est postérieure à la décision entreprise et n'entre pas en considération pour l'examen du caractère plausible ou non d'une aggravation de la situation (cf. supra consid. 3.1 in initio). La Cour relève tout de même que contrairement à ce que soutient la recourante dans sa réplique, le Dr K _____ n'a pas attesté une incapacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique. S'il a effectivement diagnostiqué un trouble dépressif récurrent de gravité légère à moyenne, l'expert a considéré que celui-ci était sans incidence sur la capacité de travail puisqu'il l'a classé dans la catégorie des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (cf. expertise p. 13 et 24) et a conclu que l'assurée pouvait reprendre immédiatement son activité exercée à 50%, voire même à 100% dès le 1^{er} janvier 2021 (cf. expertise p. 24) ; en outre, la Cour constate que l'expert n'a pas pu retenir le diagnostic de trouble de la personnalité (cf. expertise p. 12 ; voir consid. 3.3.3 ci-dessous).

3.3.1 Tout d'abord, dans son rapport du 29 mai 2019, la Dresse H _____ a prétendu que l'état de santé de la recourante s'était dégradé depuis mars 2019. Elle a fait état de douleurs diffuses, de migraines, de troubles du sommeil, de fatigue, de trouble de l'équilibre, de troubles digestifs, d'une majoration de l'état dépressif et d'un prurit. Ces symptômes (douleurs, fatigue, difficultés de concentration, ralentissement psychomoteur, anxiété, migraines) étaient déjà connus et décrits par le D _____ en janvier 2017, ainsi que par le Dr E _____. En outre, comme l'a relevé le SMR, le diagnostic de trouble somatoforme comporte justement tout un cortège de plaintes somatiques, allant des troubles pseudo-neurologiques aux troubles digestifs et passant par la fatigue ou encore le prurit. Cela étant, il sied de relever que la Dresse H _____ n'a posé aucun nouveau diagnostic et a décrit des symptômes et des plaintes qui avaient essentiellement déjà fait l'objet d'investigations dans le cadre de la première procédure.

3.3.2 Pour sa part, dans son rapport du 7 août 2019 le Dr I _____ n'a décrit aucun élément anamnésique nouveau. Il a rapporté des plaintes déjà connues de longue date et ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante, de sorte que son avis ne saurait rendre plausible une aggravation de la situation.

3.3.3 Enfin, dans son rapport du 9 novembre 2019, la Dresse J _____ a également décrit des plaintes essentiellement physiques déjà connues. Si elle a mentionné le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision, jamais posé jusque-là, elle n'a fourni aucune indication clinique au regard des réquisits de la CIM-10 permettant de le retenir. D'ailleurs, la Cour remarque que le Dr E _____ n'avait pas relevé d'éléments laissant suspecter un dysfonctionnement de personnalité (cf. expertise p. 12). Enfin, dans son avis du 8 avril 2020, le SMR a clairement expliqué pourquoi ce diagnostic ne pouvait pas entrer en ligne de compte (ce trouble aurait dû être présent dès le début de l'âge adulte).

3.4 En définitive, l'avis des Drs H _____ et J _____ concernant la capacité de travail de la recourante ne constitue qu'une appréciation différente des conséquences de la situation médicale et apparaît être influencé par les plaintes subjectives de l'assurée et le rapport particulier qui lie le médecin traitant à son patient (sur la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants : ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 125 V 351 consid. 3a/cc et les références). Le seul fait que les médecins traitants attestent dorénavant une incapacité de travail entière et non plus partielle ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé, laquelle doit se fonder sur des constatations médicales objectives.

Comme l'a relevé le SMR, force est de constater que la symptomatologie décrite par les médecins n'a que peu évolué et le fait que les psychiatres traitants l'aient qualifiée de « trouble dépressif » contrairement à l'expert psychiatre E _____ n'a pas d'incidence sur la capacité de travail en tant que telle. Ce seul élément ne saurait rendre plausible une péjoration significative de l'état de santé, contrairement à ce que semble prétendre la recourante.

Quant au fait que celle-ci a obtenu la prise en charge de chaussures orthopédiques, cela ne préjuge pas le droit à d'autres prestations de l'assurance-invalidité, ni ne rend plausible une modification de l'état de santé susceptible de changer le droit à la rente. En effet, rien au dossier ni la recourante d'ailleurs n'indiquent que l'atteinte au pied droit, dûment appareillée, aurait des répercussions négatives sur la capacité de travail.

A l'instar du SMR, il convient dès lors de considérer que l'on se trouve dans une situation inchangée depuis celle qui prévalait en avril 2018, étant rappelé que l'assurance-invalidité devait se limiter à examiner si les allégations d'une péjoration présentées par la recourante étaient crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. Eu égard à ce qui précède, le Tribunal considère que la recourante n'a pas rendu plausible une détérioration de sa situation durant la période sujette à examen, soit entre avril 2018 et juin 2020. Dès lors, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande, ni à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires.

Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision de refus d'entrer en matière du 2 juin 2020 confirmée.

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI) et compensés avec son avance.

5.2 Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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 16 août 2022