

S1 22 30

ARRET DU 6 MAI 2024

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Procap Suisse, Biel/Bienne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA et 87 al. 2 et 3 RAI ; refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations AI)

Faits

A. X _____, citoyenne turque née en 1964, est domiciliée en Suisse depuis 1989, où elle a travaillé régulièrement en tant qu'ouvrière agricole saisonnière auprès de différentes entreprises viticoles. Mère de trois enfants nés en 1989, 1991 et 1997, elle est séparée de son époux depuis 2009.

B. Le 14 décembre 2015, la prénommée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 22 octobre 2014. A l'appui de cette requête, elle a indiqué souffrir de problèmes au dos et au genou, notamment en lien avec des chutes survenues dans le cadre de son travail à la vigne (pièce OAI 1).

A la demande de l'OAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a produit un rapport médical daté du 1^{er} février 2016. Il a diagnostiqué chez sa patiente une gonarthrose droite avec lésions méniscales stade III (déchirure) et une chondropathie rotulienne de grade IV, affections dont elle souffrait depuis plusieurs années et qui réduisaient sa mobilité, se manifestaient par des douleurs et influaient ainsi sur sa capacité de travail. Selon ce médecin, la poursuite de l'activité professionnelle exercée par l'intéressée n'était plus exigible et aucune réadaptation professionnelle n'était envisageable. Le praticien signalait des limitations à la capacité de travail dans des activités exercées principalement en marchant, en étant accroupi, à genoux, en changeant de position (assis/debout), en soulevant des charges supérieures à 10 kg ou en montant sur une échelle, des échafaudages ou un escalier. Il relevait aussi des limitations de la capacité d'adaptation de l'assurée et de sa résistance, observant qu'elle vivait une situation sociale difficile, qu'elle parlait peu le français et qu'elle souffrait d'un état dépressif. Son pronostic était peu favorable (pièces OAI 14-15).

A ce rapport médical étaient notamment annexés d'autres rapports émanant du Dr B _____, médecin adjoint dans le Service d'orthopédie-traumatologie de C _____. Ces documents relataient, en particulier, une intervention chirurgicale (arthroscopie avec microfracture patellaire et débridement d'une lésion méniscale externe sur ménisque discoïde) réalisée au niveau du genou droit de l'assurée, le 4 mai 2015. Ils faisaient état d'une intervention s'étant déroulée sans complication et d'une évolution postopératoire globalement favorable malgré des douleurs résiduelles, la patiente devant notamment suivre des séances de physiothérapie (pièce OAI 15, p. 7 et 15). Le médecin traitant a également joint à son envoi deux rapports du 11 décembre

2014 et du 19 octobre 2015 émanant de spécialistes FMH en radiologie au D _____ ; sur la base d'examens IRM lombaires, les praticiens faisaient état chez l'assurée de discopathies L2-L3 et L4-L5, sans hernie, ni conflit radiculaire d'origine discale, ni canal lombaire étroit, et de troubles dégénératifs stables des massifs articulaires postérieurs (pièce OAI 15, p. 5 et 21).

A la demande de l'OAI, le Dr B _____ a déposé un rapport médical du 28 juillet 2016, dans lequel il a indiqué que sa patiente décrivait toujours des douleurs mécaniques et mal systématisées de son genou droit et marchait à l'aide d'une canne anglaise. Il a indiqué avoir observé, en mars 2016, des lésions méniscales internes et externes intéressant les cornes postérieures et a précisé envisager une nouvelle arthroscopie en cas de persistance des douleurs. Le 26 août suivant, l'intéressée a subi une résection *a minima* du ménisque interne droit (pièces OAI 30 et 31).

Le 13 décembre 2016, le Dr A _____ a indiqué que la situation peu favorable dans laquelle se trouvait l'assurée n'évoluait pas. Il a joint à son envoi plusieurs pièces médicales en lien avec les problèmes de genou de sa patiente et a signalé que celle-ci faisait l'objet d'un suivi au E _____ (ci-après : E _____ ; pièce OAI 36).

Sur demande de l'OAI, le E _____ a émis un rapport, le 10 janvier 2017, signé par le Dr F _____, médecin chef de clinique adjoint, et G _____, psychologue. Les thérapeutes ont diagnostiqué chez l'assurée un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.1). Ils ont relevé que l'intéressée, suivie depuis le mois de juin 2016 et à la charge de l'aide sociale depuis deux ans, présentait des pleurs fréquents, une baisse de la thymie, des troubles du sommeil, des idées noires fluctuantes et une incapacité à se projeter dans l'avenir. Le traitement consistait en une prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique intégrée et une médication psychotrope allait débiter. Selon les thérapeutes, une réadaptation professionnelle n'était actuellement pas envisageable en raison de l'état dépressif et des problèmes somatiques (pièce OAI 39).

Dans un rapport final du 27 janvier 2017, la Dresse H _____, médecin auprès du SMR, a estimé que l'atteinte psychiatrique n'était pas incapacitante, s'agissant d'un état réactionnel à la situation sociale difficile que vivait l'assurée. La Dresse H _____ a relevé qu'en 2005, celle-ci avait aussi présenté un état dépressif à la suite de troubles lombaires et de difficultés sociales, ce qui ne l'avait pas empêchée de travailler jusqu'en 2014. En raison de l'atteinte somatique, le médecin du SMR a considéré que l'activité d'ouvrière agricole n'était pas exigible ; en revanche, une activité adaptée respectant les

limites fonctionnelles causées par les troubles du dos et du genou de l'assurée demeurait entièrement exigible (pièce OAI 41).

Sur la base de ces conclusions, l'OAI a, par décisions du 24 mars 2017, d'une part refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle présentait une capacité de travail totale dans une activité légère et adaptée, respectant certaines limitations en lien avec ses affections physiques, activité qui pouvait relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Il a observé que le degré d'invalidité de l'intéressée, déterminé en comparant les revenus de l'activité lucrative avant et après la survenance de l'atteinte à la santé, était nul. D'autre part, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel, au sens des articles 17 et 18 LAI, puisqu'elle présentait une incapacité de gain nulle et une capacité de travail totale. Le 8 mai 2017, X _____ a interjeté recours céans à l'encontre de ces décisions (cause S1 17 99), qui ont été confirmées par jugement du 28 mars 2019 (pièces OAI 45-46, 57 et 78). Non contesté, ce jugement est entré en force.

C. Le 3 septembre 2018, l'intéressée a déposé une demande de prestations visant à l'obtention de moyens auxiliaires (appareils auditifs), en précisant qu'elle était suivie par le Dr I _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (pièce OAI 68).

Le 3 octobre 2018, le Dr I _____ a notamment relevé que l'assurée présentait une surdité bilatérale modérée, avec une perforation tympanique gauche (pièce OAI 73).

Par communication du 31 octobre 2018, l'OAI a accepté la prise en charge d'un forfait pour un appareil acoustique binaural (pièce OAI 76).

D. Le 14 septembre 2021, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, indiquant souffrir de problèmes aux genoux, aux lombaires (dos et vertèbres) ainsi qu'aux articulations (bras, nuque, jambes, etc.) et présenter du diabète, de l'arthrose, de l'arthrite ainsi qu'une dépression sévère et chronique avec pensées suicidaires (pièce OAI 89).

Le 21 septembre 2021, l'OAI a constaté que le document produit par l'assurée ne permettait pas d'établir de façon plausible que l'invalidité se soit modifiée depuis le refus initial de prestations et lui a octroyé un délai échéant le 22 octobre suivant afin de produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision. A la demande de l'intéressée, ce délai a été prolongé au 31 octobre 2021 (pièces OAI 90 et 93).

Le 25 octobre 2021, le Dr A _____ a indiqué que sa patiente présentait une perforation tympanique gauche, une altélectasie du tympan droit, une gonarthrose droite, une chondropathie rotulienne, un status post-résection du ménisque externe du genou droit en 2015 avec complément de résection méniscale en 2016, une polyarthrose associée à une obésité, une scoliose, un syndrome lombo-vertébral avec Schober de 15/19 cm, un diabète contrôlé et un état dépressif chronique (pièce OAI 94).

Le 9 novembre 2021, la Dresse I _____ a observé que le rapport du Dr A _____ ne contenait aucun élément parlant en faveur d'une nouvelle atteinte incapacitante, toutes les atteintes mentionnées par ce médecin étant connues de longue date et ayant déjà été discutées dans le rapport final SMR du 27 janvier 2017 (pièce OAI 98).

Par projet de décision du 9 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, motif pris qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis les décisions de refus du 24 mars 2017, confirmées céans par jugement du 28 mars 2019 (pièce OAI 97).

Le 18 novembre 2021, le Dr J _____, psychiatre traitant de l'intéressée, a informé l'OAI, par téléphone, qu'il allait établir un rapport médical, l'adresser à sa patiente et lui expliquer comment « faire audition » dans les délais (pièce OAI 99). Celle-ci n'a pas formulé d'observations sur le projet susmentionné dans le délai de 30 jours qui lui était imparti à cet effet.

Par décision du 7 janvier 2022, l'OAI a confirmé son projet du 9 novembre précédent (pièce OAI 100).

E. X _____, représentée par Me Franziska Lüthy, avocate employée par Procap, a recouru céans le 7 février 2022 à l'encontre de la décision du 7 janvier précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à la constatation que les conditions d'entrée en matière sur la nouvelle demande du 14 septembre 2021 sont remplies, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction et nouvelle décision ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire partielle. Par décision du 8 mars 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à la dispense de l'avance de frais et émoluments de justice (cause S3 22 12). A l'appui de son recours, l'intéressée a en substance soutenu que les problèmes d'ouïe et de polyarthrose ainsi que le diagnostic d'état dépressif chronique relevés par le Dr A _____ dans le rapport du 25 octobre 2021 constituaient des atteintes nouvelles et plus graves que celles ayant conduit aux précédentes décisions de refus de prestations. Elle a ajouté

que, dans un rapport du 28 janvier 2002 (*recte* : 2022), qui était joint à son écriture, le Dr J _____ avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), et de modification durable de la personnalité avec des éléments paranoïaques et dépendants (F62.0), tous deux existants depuis 2019, ce qui rendait plausible une modification de son invalidité. Le 4 mars 2022, la recourante a en outre déposé un rapport du 30 août 2021 du Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a retenu que l'assurée souffrait d'une polyarthrose associée à son obésité et que sa situation s'était nettement modifiée au niveau du rachis lombaire et du genou droit, avec pour conséquence une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière agricole.

Dans sa réponse du 6 septembre 2022, l'OAI a rappelé que dans le cadre de l'examen de la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de la recourante propre à influencer ses droits, il convenait de comparer la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment des dernières décisions reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit celles du 24 mars 2017, avec celle existant à la date de la décision querellée du 7 janvier 2022 et que des rapports médicaux produits après cette date ne pouvaient pas être pris en compte. Quant au rapport du Dr K _____ du 31 août 2021, l'intimé a précisé qu'il n'était pas en possession de l'administration lors de la notification de la décision querellée, mais que même si cela avait été le cas, les diagnostics contenus dans ce rapport étaient déjà connus lors du rapport final du 27 janvier 2021 (*recte* : 2017), l'OAI se basant sur un avis du 5 août 2022 de la Dresse I _____, joint à la réponse, pour affirmer cela. L'intimé a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 5 octobre 2022, la recourante a maintenu sa position, soulignant en particulier que le rapport du Dr J _____ était certes postérieur à la décision litigieuse, mais qu'il ne faisait que préciser ce que ce spécialiste avait expliqué à l'OAI par téléphone en novembre 2021.

Le 2 novembre 2022, l'OAI a intégralement renvoyé au contenu de sa réponse sur recours du 6 septembre précédent.

L'échange d'écritures a été clos le 3 novembre 2022.

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 7 février 2022, le recours à l'encontre de la décision du 7 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; 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.

2.

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 de septembre 2021.

2.2 Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100%, 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 RAI. Selon l'article 87 alinéa 2 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} 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. L'exigence posée à l'article 87 alinéa 3 RAI

doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3, 125 V 410 consid. 2b et 117 V 198 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1).

2.3 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). Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2, 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 et 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés postérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours (ATF

130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_596/2021 du 13 octobre 2022 consid. 4.2, 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 et 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3 et 4.3).

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, il convient uniquement d'examiner si la recourante a rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise du 7 janvier 2022, une aggravation de son état de santé depuis les dernières décisions du 24 mars 2017, confirmées céans par jugement du 28 mars 2019, lui ayant refusé tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité et mesures d'ordre professionnel) et reposant sur un examen matériel complet du droit à des prestations AI.

3.2 Lors de la première procédure qui a conduit aux décisions du 24 mars 2017 refusant à la recourante tout droit à des prestations AI, l'OAI s'était principalement fondé sur le rapport final du 27 janvier 2017 rédigé par la Dresse I _____, médecin auprès du SMR. Celle-ci y avait retenu les diagnostics incapacitants de gonarthrose droite avec lésions méniscales depuis plusieurs années (M.17), de chondropathie rotulienne, de status post arthroscopie du genou droit le 4 mai 2015 et de lombalgies sur discopathies L2-L5 (M54.5) ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, de tabagisme actif et de diabète de type II. La Dresse I _____ avait en outre indiqué que l'activité habituelle d'ouvrière agricole n'était plus exigible depuis octobre 2014 en raison de l'atteinte somatique, mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles du dos et du genou droit (position de travail alternée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente d'échelles, pas de positions en porte à faux, pas de rotation du tronc et pas de positions contraignantes pour le dos) demeurerait entièrement exigible.

3.3 Dans le cadre de sa nouvelle demande du 14 septembre 2021, la recourante a transmis un unique rapport du 25 octobre 2021 de son médecin traitant, le Dr A _____, qui s'est contenté de relever que sa patiente présentait une perforation tympanique gauche, une altélectasie du tympan droit, une gonarthrose droite, une chondropathie rotulienne, un status post-résection du ménisque externe du genou droit en 2015 avec complément de résection méniscale en 2016, une polyarthrose associée à une obésité, une scoliose, un syndrome lombo-vertébral avec Schober de 15/19 cm, un diabète contrôlé ainsi qu'un état dépressif chronique, que le pronostic n'était pas favorable et que l'incapacité de travail de sa patiente était entière.

Dans le cadre de la procédure judiciaire, la recourante a encore versé en cause deux rapports médicaux. D'une part, elle a déposé un rapport du 28 janvier 2022 de son psychiatre traitant, le Dr J _____, qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de modification durable de la personnalité avec des éléments paranoïaques et dépendants (F62.0) et indiqué qu'une réadaptation n'était pas envisageable et que la capacité de travail de sa patiente était nulle. D'autre part, l'intéressée a transmis un rapport du 30 août 2021 du Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a relevé que l'assurée souffrait d'une polyarthrose, associée à son obésité, au niveau du genou droit ainsi que du rachis lombaire. Ce spécialiste a conclu que dans l'activité habituelle d'ouvrière agricole, l'incapacité de travail de l'intéressée était entière.

S'agissant du rapport du Dr J _____ du 28 janvier 2022, la Cour constate qu'il est postérieur au 7 janvier 2022, de sorte qu'il n'a pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure (cf. *supra* consid. 2.3). A cet égard, il est relevé que la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle prétend que ce rapport doit être pris en considération dans la mesure où il ne ferait que préciser ce que le Dr J _____ avait déjà communiqué à l'OAI le 18 novembre 2021. En effet, une simple lecture de la note téléphonique du 18 novembre 2021 permet de constater que le Dr J _____ n'a posé aucun diagnostic ni ne s'est exprimé sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de sa patiente, mais a simplement informé l'OAI qu'il allait rédiger un rapport médical, le transmettre à l'intéressée et lui expliquer comment « faire audition », c'est-à-dire se déterminer sur le projet de décision du 9 novembre 2021, ce que cette dernière n'a pas fait dans le délai qui lui était imparti à cet effet. Quant au rapport du 30 août 2021 du Dr K _____, force est de constater qu'il n'a été déposé qu'en procédure de recours et non durant la procédure administrative de révision, alors qu'il concerne la période du 24 mars 2017 au 7 janvier 2022 et que l'assurée aurait eu tout le loisir de le transmettre à l'intimé à l'appui de sa nouvelle demande du 14 septembre 2021. Dès lors, il n'a non plus pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure. La Cour relève néanmoins que même s'il avait dû être pris en considération, ce rapport n'aurait pas été de nature à modifier l'issue de la présente cause, dans la mesure où la polyarthrose (genou + lombaires), associée à une obésité, relevée par le Dr K _____ était déjà connue et avait déjà été discutée par la Dresse I _____ dans le rapport final du 27 janvier 2017.

Concernant enfin le rapport du 25 octobre 2021 du Dr A _____, s'il est vrai que les atteintes au tympan des deux côtés ne figuraient pas expressément dans le rapport final du 27 janvier 2017, la Cour relève d'une part que l'intéressée a déposé, le 3 septembre 2018, une demande de prestations visant à l'obtention de moyens auxiliaires (appareils auditifs), en raison d'une surdité bilatérale modérée avec une perforation tympanique gauche, suite à laquelle l'OAI a accepté la prise en charge d'un forfait pour un appareil acoustique binaural par communication du 31 octobre 2018. D'autre part, le Dr A _____ n'indique pas dans quelle mesure cette atteinte serait incapacitante, respectivement modifierait l'invalidité de sa patiente telle que retenue dans le rapport final du SMR du 27 janvier 2017. Quant aux autres diagnostics posés par ce médecin dans le rapport du 25 octobre 2021, force est de constater qu'ils ne sont pas nouveaux, qu'ils avaient déjà fait l'objet d'investigations dans le cadre de la procédure précédente et qu'ils avaient conduit la Dresse I _____ à retenir que l'exercice habituelle d'ouvrière agricole n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du dos et du genou droit (position de travail alternée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente d'échelles, pas de positions en porte à faux, pas de rotation du tronc et pas de positions contraignantes pour le dos) la capacité de travail était entière. Le Dr A _____ ne fournit par ailleurs aucune indication précise qui permettrait d'admettre une aggravation des symptômes tels qu'ils seraient incapacitants pour la recourante, dès lors qu'il se contente d'affirmer que l'incapacité de travail est de 100% et que le pronostic n'est pas favorable.

Il convient donc de considérer que l'on se trouve dans une situation inchangée depuis celle qui prévalait en mars 2017, dans la mesure où le rapport du 25 octobre 2021 du Dr A _____ n'apporte aucun élément objectif nouveau permettant de conclure à une diminution de la capacité de travail de la recourante, étant rappelé que l'OAI devait se limiter à examiner si les allégations présentées par cette dernière étaient crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3.4 Eu égard à ce qui précède, le Tribunal considère que la recourante n'a apporté aucun élément médical objectif nouveau ni rendu plausible une détérioration de sa situation durant la période sujette à examen, soit entre mars 2017 et janvier 2022. 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, le recours, mal fondé, est rejeté et la décision du 7 janvier 2022 confirmée.

4.

4.1 Par décision présidentielle du 8 mars 2022 (cause S3 22 12), la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à la dispense de l'avance de frais et émoluments de justice.

4.2 Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité.

Les frais de justice, par 500 fr., au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge de la recourante mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, la recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'Etat du Valais si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

4.3 Vu l'issue de la cause, la recourante ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 91 al. 1 LPJA a contrario), ni d'ailleurs l'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 _____, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 mai 2024