

S1 22 62

ARRÊT DU 9 JANVIER 2025

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Jean-Michel Duc, avocat, Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimée

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

Faits

A. X _____, née le 2 septembre 1967, mariée et mère de deux enfants majeurs, sans formation particulière, exerçait la profession de vendeuse/magasinière à 80% pour le magasin A _____ ; son travail consistait essentiellement à mettre en place la marchandise et à tenir la caisse. Elle a été mise en incapacité de travail totale depuis le 17 novembre 2012.

En date du 11 avril 2013, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais.

Dans un rapport du 4 juin 2013, les rhumatologues du B _____ (Dr C _____ et Dresse D _____) ont posé les diagnostics, existant depuis 2011, de possible spondylarthropathie indifférenciée (HLA-B27 négatif, pas d'argument de sacro-illite à l'IRM) avec des talalgies bilatérales invalidantes depuis deux ans, de douleurs enthésitiques multiples en progression et d'un probable état dépressif. Les talalgies étaient péjorées en station debout ainsi que lors des déplacements ; les douleurs des épaules et des hanches rendaient difficiles les mouvements répétitifs ainsi que le port de charges. La patiente évoquait également des douleurs diffuses au niveau des doigts, des épaules, des poignets, des genoux ainsi que des périhanches sans tuméfaction ou synovite associée. Les examens n'avaient pas permis de poser de manière formelle un diagnostic de spondylarthropathie ; cependant, au vu d'une clinique compatible, un traitement d'essai par anti-TNF (Enbrel 59 mg en sous-cutané une fois/semaine depuis avril 2013) avait été tenté. L'activité de magasinière n'était plus exigible. Un nouveau traitement venait de commencer, de sorte qu'il était alors trop tôt pour se prononcer sur une possible amélioration de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Une réadaptation professionnelle était par contre immédiatement envisageable à 100% dans une activité adaptée, à savoir en position uniquement assise, sans marche, sans obligation de se pencher, d'être accroupie ou à genoux ou de travailler les bras au-dessus de la tête ; les rotations en position assise ou debout devaient être limitées à une demi-journée de travail ; la patiente ne pouvait pas porter/soulever des charges ni monter sur des échelles/échafaudage ou des escaliers (page 52 du dossier AI).

Un rapport d'assessment a été établi le 12 juin 2013. L'assurée a alors indiqué qu'elle était en mesure d'exécuter toutes ses tâches ménagères, mais au ralenti. Son état de santé, notamment l'échec des traitements, pesaient lourdement sur son moral, de sorte que, depuis mai 2013, elle consultait un psychiatre, le Dr E _____. Le collaborateur

AI a noté qu'en dehors du contexte spécifique au groupe A _____, lequel exigeait que la caissière se lève pour servir les cigarettes, alcools forts et cosmétiques, l'activité de caissière respectait parfaitement les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport médical.

Le médecin traitant de l'assurée, le Dr F _____, a remis un rapport à l'OAI en date du 13 juin 2013. Il a mentionné les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthropathie possible (alors pas d'éléments établis), de ténosynovite des tendons fibulaires (bilatérale et chronique) et de probables troubles de l'humeur. Sa patiente avait vraisemblablement perdu la motivation au travail et disait avoir mal aux pieds tout le temps. Pour le surplus, il a renvoyé à l'avis des praticiens du B _____ traitant désormais sa patiente. Vu les douleurs, il avait accepté de rédiger des certificats d'incapacité de travail à 100%, mais se disait néanmoins surpris par la persistance et l'intensité des douleurs. Sa patiente devait éviter de travailler en position uniquement debout et/ou en marchant, de monter sur des échafaudages/échelles ou des escaliers. Il estimait par contre, qu'elle pouvait travailler en position assise ou alternée, accroupie, à genoux, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, en rotation en position assise, porter/soulever (doute émis) (p. 69 ss du dossier AI).

Le 5 novembre 2013, l'OAI a reçu un rapport médical du Dr E _____. Au plan psychiatrique, ce praticien a indiqué que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif léger à moyen depuis le printemps 2013, épisode lié à la persistance de ses douleurs, à la perte de son emploi et au décès de sa belle-mère. Au plan psychique, il n'y avait néanmoins pas de restriction de la capacité de travail, même dans l'activité habituelle. Sa patiente avait de bonnes ressources adaptatives et il n'apparaissait en rien que ses douleurs avaient une origine psychosomatique. Le pronostic était lié au succès du traitement antalgique (p. 89 ss du dossier AI).

Une enquête pour ménagères et mixtes a été réalisée le 23 janvier 2014 et le rapport y relatif rendu le 27 janvier suivant. X _____ a confirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué de travailler à 80%, le solde de 20% étant affecté aux tâches ménagères. Malgré ses problèmes de santé, l'assurée arrivait toujours à accomplir ses tâches domestiques en les répartissant sur la semaine. Son mari ne l'aidait que pour les courses très lourdes et les grands nettoyages annuels (déplacer les meubles, redonner une couche de peinture...), ce qui était considéré comme exigible d'un conjoint. Aucun empêchement au ménage n'a dès lors été retenu (p. 97 ss du dossier AI).

Des rapports actualisés ont été requis du B _____ et du médecin traitant. Ce dernier a transmis sa réponse à l'OAI en date du 14 février 2014. La situation n'avait pas changé. Le praticien avait attesté une incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2011. Il ne savait toutefois que répondre s'agissant de l'exigibilité dans l'activité exercée ou dans une autre activité légère et adaptée et requérait un avis du médecin conseil de l'AI, étant rappelé que les praticiens du B _____ n'avaient pas identifié de maladie rhumatologique (p. 107 ss du dossier AI).

Dans un rapport du 20 mai 2014, les Drs C _____ et G _____ (Service de rhumatologie du B _____) ont fait mention d'une maladie ostéo-articulaire avec des talalgies bilatérales depuis 2011 et de polyarthralgies d'origine indéterminée. Vu les talalgies, ils estimaient que la patiente ne pouvait plus exercer une quelconque activité pour le moment ; une solution pour améliorer les douleurs n'avait pas été trouvée. Les talalgies étaient péjorées en station debout ainsi que lors des déplacements. Les douleurs des épaules et des hanches rendaient difficiles les mouvements répétitifs ainsi que le port de charges. La patiente était incapable de marcher plus que quelques mètres ou de rester debout. Selon les praticiens, l'activité habituelle chez A _____ n'était plus exigible, étant précisé que la patiente passait la plupart du temps dans son lit vu les douleurs importantes au niveau des talons et des pieds. Les déplacements pour des courses ou des petites commissions étaient impossibles ; même les visites chez le médecin étaient pénibles en raison des talalgies. Aucune autre activité n'était alors exigible. Les praticiens ont relevé se trouver dans une impasse thérapeutique chez cette patiente, laquelle avait été adressée à la G _____, dans l'espoir d'une solution. Vu que la patiente avait alors des douleurs en position assise et allongée et que les nuits étaient perturbées par ses médicaments, une réadaptation professionnelle paraissait impossible. S'agissant des limitations, l'intéressée pouvait rester en position assise durant 20 minutes, en position debout durant 15 minutes, exercer des activités en marchant (terrain irrégulier) durant 45 minutes, travailler avec les bras au-dessus de la tête durant 15 minutes et ne pouvait porter des poids de plus de 2 kilos (p. 116 ss du dossier AI).

En l'absence de diagnostic clair permettant de dire s'il existait une maladie invalidante et de préciser les limitations, le Dr I _____, médecin du SMR, a préconisé l'aménagement d'une expertise rhumato-psychiatrique, laquelle a été confiée aux praticiens du J _____, respectivement aux Dresses K _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Lors de l'examen par ces spécialistes, un descriptif de la vie quotidienne a notamment été dressé ; contrairement à ce qu'avaient indiqué les praticiens du B _____, il en ressortait notamment que l'assurée sortait plusieurs fois promener son chien, faisait ses courses et son ménage et disait aimer faire les boutiques. Elle pouvait se rendre au Portugal en avion et voyageait normalement. Compte tenu de ses douleurs, elle n'estimait ne plus rien pouvoir faire. Les plaintes, en elles-mêmes, suggéraient une grave maladie, évolutive. Néanmoins, l'expertisée, qui s'était présentée sans antalgies à l'examen, démontrait un parfait état général ; elle était vive et ne montrait pas de signe extérieur de souffrance. Tous les points d'insertion habituels reconnus dans la fibromyalgie étaient présents, mais les points de contrôles étaient positifs également. On observait des éléments comportementaux discordants selon sa distractibilité et le moment de l'examen lors des tests dynamiques. L'expertisée ne présentait pas l'habitude de quelqu'un qui doit rester chroniquement allongé ou alité. Presque quatre ans après l'apparition des douleurs, la Dresse K _____ n'avait, pas plus que les rhumatologues du B _____, le Dr M _____ et la Dresse N _____, constaté d'éléments relevant au status. Malgré l'observation d'un tableau douloureux aux conséquences fonctionnelles dramatiques évoquées par l'expertisée, rien d'alarmant n'avait été trouvé après un délai d'observation de plusieurs années. L'intéressée présentait un début de discartriose, banal à son âge, ne justifiant pas de limitation fonctionnelle dans son activité de caissière. La Dresse K _____ n'avaient pas trouvé d'étiologie aux plaintes somatiques et en avait déduit qu'il existait probablement un phénomène de sensibilisation centrale à la douleur dont elle avait discuté avec la co-experte psychiatre. Un élément de discordance et des facteurs environnementaux pouvaient sous-tendre cette évolution et sortir du champ médical. Le bilan des expertes, confrontées aux éléments antérieurs et aux examens complémentaires réguliers, ne donnait pas lieu de reconnaître une incapacité de travail comme caissière dans une grande surface. Le pronostic de son état de santé en général dépendait du contrôle de son état d'obésité, lequel n'induisait pour l'heure pas de complication. Au plan psychiatrique, il a été relevé qu'au vu du fonctionnement au quotidien, des loisirs et de sa vie sociale, l'expertisée était manifestement en mesure de surmonter ses douleurs et disposait de ressources psychiques. L'expertisée ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toute les manifestations de la vie et il existait des profits secondaires tirés de la maladie ; on pouvait raisonnablement exiger qu'elle fasse les efforts nécessaires pour surmonter ses douleurs et réintégrer un processus de travail. Aucun trouble psychiatrique n'a été retenu. Il était néanmoins pronostiqué qu'un refus de prestations d'invalidité allait vraisemblablement entraîner une augmentation des plaintes. Globalement, les expertes n'ont pas retrouvé, sur le plan somatique et psychiatrique,

d'élément pour confirmer la prescription d'un arrêt de travail durable ; l'état de santé était stationnaire depuis 2011, sans élément étiologique reconnu pour justifier les plaintes. Même l'activité habituelle demeurait pleinement exigible. Au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les expertes ont noté une obésité avec hypertrophie-ptose mammaire et abdominale (E66.9), des douleurs chroniques irréductibles, sans étiologie définie dans un contexte d'adiposité douloureuse (R 52.1), des troubles digestifs fonctionnels divers dans le contexte d'une hernie hiatale connue (K92.9), une discopathie débutante L4-L5 sans radiculopathie ni myélopathie (M51.9), un éperon calcanéen droit, sans signe inflammatoire local, de découverte fortuite (M 77.3) et une rhonchopathie anamnesticque R 06.5 (à investiguer par le médecin traitant). Au final, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu (rapport d'expertise du O _____ du 20 avril 2015 ; p. 180 ss du dossier AI).

Dans un avis du 30 avril 2015, le médecin du SMR a constaté que l'expertise du O _____, détaillée et probante, ne retenait aucune maladie invalidante pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée depuis 2011.

Par projet de décision du 5 mai 2015, l'OAI a annoncé à X _____ qu'elle ne pouvait prétendre à des prestations AI. L'assurée, représentée par Me Richard-Xavier Posse, a contesté ce projet en date du 13 juillet 2015. En substance, elle estimait que son état de santé avait été mal évalué, a mentionné le nom de nouveaux praticiens consultés, et s'est prévaluée de la jurisprudence récemment rendue en matière de troubles somatoformes douloureux (TSD).

Interpellé par l'OAI, la Dresse P _____, pneumologue, a indiqué avoir vu cette patiente les 22 et 30 juin 2015 et avoir diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré ne justifiant aucune incapacité de travail.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2015, le Dr E _____ est revenu sur ses anciennes appréciations (cf. son rapport du 5 novembre 2013) et a alors retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.5. Il avait noté une péjoration de l'état de santé de la patiente, laquelle vivait mal les conclusions des experts quant à sa capacité de travail et était très affectée par la mort récente d'un de ses frères. Elle souffrait en premier lieu de douleurs, d'une boiterie marquée, d'anhédonie, d'aboulie, de troubles cognitifs ; elle rapportait également de la colère et un sentiment d'injustice. Il suivait cette patiente depuis juin 2013 ; lors du rapport de septembre 2015, les séances, antérieurement espacées, avaient été remises au rythme mensuel. A son avis, l'activité habituelle n'était plus exigible en raison de ses limitations fonctionnelles, à savoir les

douleurs aux jambes, aux pieds et au dos. Une réadaptation professionnelle ne lui paraissait pas envisageable en raison des douleurs, sinon peut-être en position assise.

Ces rapports médicaux ont été soumis au SMR pour avis. Ce dernier a par ailleurs été invité à examiner le dossier à la lumière des indicateurs posés par la nouvelle jurisprudence en matière d'atteintes psychosomatiques.

Le 5 février 2016, le Dr I _____, médecin du SMR, a souligné que l'assurée avait été examinée dans le cadre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique et qu'il s'était avéré qu'elle ne présentait aucun des diagnostics pour lesquels la nouvelle jurisprudence devait s'appliquer à savoir, selon l'ICD10, F 45.x (trouble somatoforme), F44.4, F.44.6, F79.0, F 48.0, G93.3, F62.9, F51,1, F62.80, F43.1, F62.8, S13.4. Pour le surplus, la Dresse P _____ avait constaté que le syndrome d'apnée du sommeil modéré n'était pas invalidant et le Dr E _____ n'avait fait que procéder à une évaluation différente d'une situation qui n'avait pas changé (p. 287 du dossier AI).

Dans un certificat médical du 7 septembre 2015, le nouveau médecin traitant de l'assurée, la Dresse Q _____, a attesté une incapacité de travail de 80% dès le 23 juillet 2015.

L'OAI a confirmé son projet par décision du 8 mars 2016. Compte tenu des éléments apportés par les praticiens durant la procédure d'audition, il a écarté les griefs de l'assurée relatifs à l'appréciation de son état de santé et de sa capacité de travail. Il a notamment souligné que l'experte psychiatre avait clairement exclu l'existence d'un trouble somatoforme retenue par le psychiatre traitant. La nécessité d'aménager une instruction médicale complémentaire a été niée.

Les griefs de l'assurée ont été écartés et l'OAI a confirmé son refus de prestations (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente) par décision du 8 mars 2016 (p. 298 du dossier AI).

Par jugement du 16 mars 2017, le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté en date du 11 avril 2016 par X _____. Il a considéré que l'expertise médicale du O _____ remplissait pleinement les réquisits jurisprudentiels. Les expertes avaient conclu que les troubles constatés, à savoir une obésité avec hypertrophie-ptose mammaire et abdominale (E66.9), des douleurs chroniques irréductibles, sans étiologie définie dans un contexte d'adiposité douloureuse (R52.1), des troubles digestifs fonctionnels divers dans le contexte d'une hernie hiatale connue (K92.9), une discopathie débutante L4-L5 sans radiculopathie ni myélopathie (M51.9), un épéron

calcanéen droit, sans signe inflammatoire local, de découverte fortuite (M 77.3) et une ronchopathie anamnestique (R06.5) étaient impropres à fonder une incapacité de travail durable. Selon elles, un élément de discordance et des facteurs environnementaux pouvaient sous-tendre cette évolution et sortir du champ médical. Le pronostic de l'état de santé en général dépendait du contrôle de l'état d'obésité, lequel n'induisait pour l'heure pas de complication. Au plan psychiatrique, il avait été relevé qu'au vu de son fonctionnement au quotidien, de ses loisirs et de sa vie sociale, l'expertisée était manifestement en mesure de surmonter ses douleurs et disposait de ressources psychiques. Il a par ailleurs été constaté que l'expertise du O _____ n'avait pas été mise en doute par des avis médicaux contraires d'une valeur probante prépondérante. Les avis des praticiens du B _____, du Dr F _____ et de la Dresse Q _____ avaient notamment été écartés au profit de l'expertise, mieux étayée et motivée. Au plan psychiatrique, les conclusions du O _____ avaient également été privilégiées, notamment par rapport à celles du psychiatre traitant. Par ailleurs, les indicateurs jurisprudentiels applicables en cas de fibromyalgie avaient été examinés et le caractère incapacitant des douleurs chroniques irréductibles, sans étiologie définie dans un contexte d'adiposité douloureuse (R 52.1), diagnostic de type SPECDO posé par les expertes du O _____, avait été exclu (p. 362 du dossier AI).

Le jugement du 16 mars 2017 n'a pas été contesté.

Depuis le 23 octobre 2017, l'assurée a repris une activité lucrative à 20% comme maman de jour pour R _____ (page 402 du dossier AI). Son revenu annuel était de 8759 fr. 75 en 2018 et de 9540 fr. 20 en 2019. Elle a été mise en incapacité de travail du 3 janvier 2020 au 29 mars 2020 (pages 425 ss du dossier AI)

B. Le 18 mai 2020, X _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison d'une inflammation sur les os, hanches, mains, épaules, genoux, pieds et au coccyx. Elle a ajouté avoir été opérée d'une hernie discale en date du 11 février 2020. L'assurée a précisé que l'atteinte existait depuis 2013-2014 environ (pages 380 ss du dossier AI).

En mai 2020, l'assurée a informé téléphoniquement l'OAI que son incapacité de travail avait été de courte durée et qu'elle avait cessé (page 439 du dossier AI).

En date du 27 juillet 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision niant son droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières ou rente) au motif que son incapacité de travail avait duré du 3 janvier 2020 au 29 mars 2020, de sorte qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée bien avant le terme

du délai d'attente d'une année (page 435 du dossier AI). Non contesté, ce projet a été confirmé par décision du 28 septembre 2020.

C. Dans un rapport médical du 29 octobre 2020, la Dresse S _____, nouveau médecin traitant, a mentionné que les polyarthralgies et myalgies généralisées sur un rhumatisme articulaire type fibromyalgie, les lombalgies chroniques, la tendinobursite sous acromiale droite chronique et les céphalées d'origine cervicale chroniques avaient une incidence sur la capacité de travail, ce qui n'était pas le cas des apnées du sommeil et du trouble anxio-dépressif. Les problèmes étaient qualifiés de chroniques et stables avec un accompagnement symptomatique d'efficacité modérée. Des mesures de reclassement professionnel étaient à entreprendre. Sa patiente devait éviter les efforts physiques, le port de charges, la position accroupie ou à genoux, l'exposition au bruit et souffrait d'une susceptibilité aux infections. Pour les limitations, la force et la mobilité du rachis et de l'épaule gauche (*recte* droite) étaient réduites (polyinsertionite) ; pour le surplus, il était renvoyé à un rapport joint du Dr T _____, spécialiste en rhumatologie (cf. *infra*). Finalement, elle a attesté une incapacité de travail de 100% du 3 au 5 février 2020 et du 22 septembre 2020 au 1^{er} novembre 2020 (pages 450 ss et 501 ss du dossier AI).

Dans le rapport joint, daté du 8 juin 2020, le Dr T _____ a posé les diagnostics de « polyarthralgies et myalgies généralisées dans le cadre d'un rhumatisme abarticulaire type fibromyalgie, lombalgies chroniques non spécifiques dans un status après intervention pour hernie discale L4-L5 gauche en février 2020 et tendinobursite sous-acromiale droite chronique ». Des sciatalgies gauches étaient survenues vers la fin de l'été 2019 et s'étaient aggravées début 2020 ; une cure de hernie discale du 11 février 2020 avait été accomplie avec succès et l'incapacité de travail post-opératoire avait été de courte durée. Des arthralgies de l'épaule droite étaient relevées depuis une vingtaine d'années avec une nouvelle recrudescence depuis 3 à 4 mois. Au plan psychique, dans les suites d'une dépression datant d'environ 7 ans, sa patiente avait dû poursuivre un traitement antidépresseur ; son moral était stabilisé. Les traitements devaient demeurer symptomatiques (page 459 du dossier AI).

Le Dr E _____, a attesté successivement une incapacité de travail totale du 1^{er} au 7 décembre 2020, du 8 décembre 2020 au 11 janvier 2021, du 12 janvier au 12 février, puis du 13 février au 31 mars 2021 (pages 694, 698 et 701 du dossier AI). Le Dr U _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a délivré un arrêt de travail à 100% du 9 au 19 février 2021 et du 22 au 26 février 2021 (pages 502 ss. du dossier AI).

Il ressort du dossier du Groupe Mutuel Assurances GMA SA, assureur perte de gain maladie selon la LCA (ci-après GMA SA), versé au dossier AI que l'assurée lui avait annoncé une incapacité de travail ayant débuté sans interruption le 22 septembre 2020 et ayant poussé GMA SA à inviter l'intéressée à requérir une nouvelle demande de prestations AI afin que soient rapidement examinées ses possibilités de réinsertion professionnelle et de maintien en emploi (pièce 223 du dossier AI).

D. En date du 10 mars 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. S'agissant des atteintes à la santé à l'origine de sa requête, elle a mentionné les troubles suivants : « fibromyalgie, rhumatisme chronique, dépression, hernie discale et problèmes gynécologiques », précisant que ces derniers existaient depuis 2013 (pages 507 ss du dossier AI).

Le 15 mars 2021, l'OAI lui a imparti un délai au 16 avril suivant pour produire des pièces rendant plausibles que son invalidité s'était modifiée depuis le refus initial de rente de manière à influencer ses droits, notamment des rapports médicaux, à défaut de quoi, il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Ce délai a été prolongé au 30 avril 2021 (page 516 et 531 du dossier AI).

Dans un rapport du 8 avril 2021, la Dresse S _____ a indiqué que, depuis sa dernière évaluation d'octobre 2020, la situation psychiatrique s'était dégradée avec une nette aggravation du trouble dépressif ayant justifié une totale incapacité de travail attestée par le Dr E _____, auquel il était renvoyé pour le surplus ; elle préconisait l'aménagement d'une expertise psychiatrique (page 533 du dossier AI).

Dans un avis du 12 mai 2021, le SMR, par la Dresse V _____, a retenu les diagnostics d'« obésité, de douleurs chroniques irréductibles R 52.1, de hernie hiatale, de discopathie débutante L4-L5, d'éperon calcanéen D sans signe inflammatoire (découverte radiologique fortuite), de syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère appareillé, de lombalgies non spécifiques - status post-intervention pour hernie discale L4-L5, de tendino-bursite sous-acromiale droite chronique, à l'IRM ». Elle a relevé que, sur le plan somatique, la Dresse S _____ attestait une situation médicale chronique et stable. Le Dr T _____ mentionnait des lombalgies sur discopathies dégénératives et des douleurs généralisées déjà connues ; la tendinopathie surtout de l'épaule droite superficielle associée à une bursite sous acromiale chronicisée des deux côtés ne faisait l'objet d'aucune prise en charge thérapeutique particulière ; il n'y avait aucun caractère de gravité retenu par le rhumatologue ; l'imagerie médicale n'avait pas été suivie de mesures thérapeutiques supplémentaires à celles déjà en cours ; le rhumatologue

n'attestait pas d'incapacité de travail et conseillait la poursuite des traitements symptomatiques. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil était efficacement appareillé et sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, dans son dernier rapport médical, la Dresse S _____ avait émis des suppositions de péjoration du fait que le psychiatre avait attesté des incapacités de travail. Aucun diagnostic n'était toutefois annoncé. Le médecin traitant n'avait manifestement pas rencontré l'assurée récemment. Aucune aggravation n'avait été signalée sur le plan somatique. Selon le SMR, la documentation médicale à disposition ne permettait donc pas de retenir d'indice médical objectif d'une aggravation de l'état psychique et somatique de l'assurée justifiant une entrée en matière (pages 567 ss du dossier AI).

Un projet de décision annonçant à l'assurée le refus de l'OAI d'entrer en matière sur sa nouvelle demande lui a été notifié en date du 17 mai 2021. Il a été relevé que l'assurée n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé (page 570 du dossier AI).

L'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a contesté ce projet de décision par écriture du 17 juin 2021. Elle a requis plusieurs prolongations de délais au motif qu'elle était alors « dans l'attente de plusieurs rapports médicaux complémentaires » nécessaires pour compléter ses objections (pages 584 et 590 du dossier AI).

Sur mandat de GMA SA, le Dr W _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a rendu une expertise en date du 12 juillet 2021. Il a exclu tout diagnostic psychiatrique avec impact sur la capacité de travail et a uniquement retenu une « dysthymie », laquelle, bien qu'existant depuis plusieurs années, n'avait pas empêché l'assurée d'assumer ses responsabilités tant sur le plan privé que professionnel. Ce trouble ne pouvait ainsi pas être considéré comme invalidant même s'il pouvait constituer le fond sur lequel d'autres troubles mentaux incapacitants pouvaient survenir. Le 22 juillet 2021, compte tenu des conclusions de l'expertise susmentionnée, GMA SA a constaté qu'il n'y avait objectivement aucune raison médicale empêchant son assurée de reprendre son activité professionnelle habituelle à 100%. Elle a par conséquent interrompu le versement de ses indemnités journalières au 31 mai 2021 (pièce 226 du dossier AI).

Le 30 août 2021, Me Duc a annoncé que sa mandante avait pris rendez-vous en date du 7 décembre 2021 avec le Prof. Z _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et pourrait ensuite déposer un rapport médical circonstancié dans un délai de deux mois. Une troisième prolongation de délai au 15 février 2022 lui a dès lors encore été accordée afin de compléter sa contestation du projet de décision du

17 mai 2021 ; l'OAI a expressément avisé son assurée que ce dernier délai ne pourrait en aucun cas être prolongé une nouvelle fois (pages 593 et 598 du dossier AI).

Le 15 février 2022, Me Duc a néanmoins encore requis une prolongation du délai au 15 mars 2022 afin de pouvoir déposer de nouvelles pièces médicales (page 599 du dossier AI).

Cette nouvelle prolongation ne lui a pas été accordée et, par décision du 16 février 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI du 10 mars 2021. L'OAI a souligné le fait que l'assurée n'avait pas produit de pièce médicale étayant la plausibilité d'une aggravation de sa situation de santé malgré les trois prolongations de délai, s'étendant sur des périodes de plus de 6 mois supplémentaires. Partant, la contestation du 17 juin 2021 n'ayant apporté aucun élément complémentaire, le refus d'entrer en matière a été confirmé (page 600 du dossier AI).

E. X _____, par Me Duc, a interjeté recours céans en date du 23 mars 2022. En substance, elle estimait qu'à l'aune des incapacités de travail attestées depuis le 22 septembre 2020 par la Dresse S _____, le Dr E _____ et par son gynécologue, de l'aggravation de son état de santé psychique rapporté le 8 avril 2021 par la Dresse S _____ ainsi que du fait que des indemnités journalières lui avaient été versées par GMA SA, il existait suffisamment d'éléments rendant plausible un changement de son état de santé ; l'assouplissement de l'exigence du degré de la preuve dans le cadre d'une telle demande a été rappelé. Elle a par ailleurs invoqué une violation de son droit d'être entendue et du principe de l'égalité des armes au motif que l'intimé ne lui avait pas accordé un nouveau délai pour produire le rapport du Prof. Z _____ alors que l'intimé prenait pourtant également souvent du temps pour récolter ses propres informations médicales; elle estimait que cela l'avait empêché de « s'exprimer dans la mesure juste, opportune et nécessaire, avant qu'une décision soit prise par l'intimé » et qu'on ne lui avait pas permis de fournir les preuves de nature à influencer sur le sort de la décision. La recourante a conclu à l'annulation de la décision du 15 février 2022 (*recte* 16 février 2022) et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il lui alloue un délai supplémentaire pour déposer sa détermination sur le projet de décision ainsi que de nouvelles pièces médicales avant d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 11 mars 2021 (*recte* 10 mars 2021), le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimé a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 31 mai 2022. Il a notamment rappelé qu'un assuré devait normalement faire valoir ses objections au

prévis dans le délai légal de trente jours, de sorte qu'il avait été plus que généreux quant au délai complémentaire accordé.

Répliquant le 27 juin 2022, la recourante a rétorqué qu'il fallait souvent attendre des mois, voire des années pour obtenir un rapport d'un professeur en médecine. Pour le surplus, elle a réitéré ses griefs et conclusions.

Le 16 janvier 2023, la recourante a produit ce rapport que le Prof. Z _____ avait adressé à son mandataire en date du 2 décembre 2022. Ce dernier avait examiné l'assurée en décembre 2021 et en octobre 2022. Le Prof. Z _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthropathie axiale et périphérique et de status post-cure de hernie discale pour lombosciatalgies gauches. La spondylarthropathie, rhumatisme inflammatoire, était à son avis présente depuis 2011. Il avait prescrit un traitement (Cosentyx, puis anti-TNF) dans le courant de l'année 2022, lequel demeurait toutefois inefficace. Par ailleurs, il a relevé que sa patiente n'arrivait plus à s'occuper d'enfants depuis sa cure de hernie discale. Il a conclu que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

Dans sa réplique du 16 janvier 2023, la recourante en a déduit que l'aggravation de son état de santé avait été rendue plausible par le rapport du Dr Z _____, lequel n'avait malheureusement pas pu être produit plus tôt, cela indépendamment de sa volonté. Elle a répété que l'intimé aurait dû faire preuve de plus patience avant de statuer, de sorte que sa décision avait violé son droit d'être entendue et devait être annulée. Ses conclusions ont été maintenues pour le surplus.

Dupliquant le 31 janvier 2023, l'intimé a rappelé qu'il convenait d'examiner si la recourante avait rendu plausible une modification de son invalidité en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision querellée, soit en date du 16 février 2022, et ceux existant lors de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit aux prestations. Pour le surplus, il a confirmé ses conclusions.

L'échange d'écritures a été clos le 3 février 2023.

Le 16 février suivant, Me Duc a souligné que le rapport du Dr Z _____, bien que produit après la décision entreprise, avait permis à sa mandante de démontrer qu'elle avait mis en œuvre des démarches tendant à rendre plausible l'aggravation de son état de santé, comme annoncé dans son courrier de décembre 2021. La durée manifestement nécessaire à l'émission d'un tel rapport constituait à son sens un motif digne de protection justifiant de bénéficier d'un délai accru pour compléter sa

contestation du projet de décision. Cette prise de position a été transmise à l'intimé en date du 23 février 2023.

Considérant en droit

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 23 mars 2022, le recours à l'encontre de la décision du 16 février 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.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI ». Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid.1.2.1 et les références citées). Dès lors que la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais qu'un éventuel droit à la rente aurait pu prendre naissance au plus tôt au 1^{er} septembre 2021 (art. 29 al. 1 LAI), c'est le droit en vigueur au 31 décembre 2021 qui est applicable en l'espèce.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 10 mars 2021.

2.1. Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur depuis le 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, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance 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).

2.2. 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). 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 ultérieurement 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).

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 (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).

3.1 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si la recourante avait rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise du 16 février 2022, une aggravation de son état de santé depuis la décision rendue le 8 mars 2016 lui ayant refusé toute prestation AI et reposant sur un examen matériel complet du droit à des prestations AI.

Lors de sa décision du 8 mars 2016, l'OAI s'est surtout fondé sur l'expertise du O _____ et sur les avis de son SMR. Comme l'a relevé le Tribunal de céans dans son jugement du 16 mars 2017, à teneur de l'expertise du O _____, la recourante souffrait alors d'une obésité avec hypertrophie-ptose mammaire et abdominale (E66.9), de douleurs chroniques irréductibles, sans étiologie définie dans un contexte d'adiposité douloureuse (R52.1), de troubles digestifs fonctionnels divers dans le contexte d'une hernie hiatale connue (K92.9), d'une discopathie débutante L4-L5 sans radiculopathie ni myélopathie (M51.9), d'un épéron calcanéen droit, sans signe inflammatoire local, de découverte fortuite (M77.3) et d'une ronchopathie anamnestique (R06.5) étaient impropres à fonder une incapacité de travail durable. Il avait par ailleurs été constaté

que l'expertise du O _____ n'était pas remise en doute par des avis médicaux contraires d'une valeur probante prépondérante. Les avis des spécialistes du B _____ et des médecins traitants, les Drs F _____ et Q _____, avaient notamment été écartés au profit de l'expertise, mieux étayée et motivée. En particulier, au plan psychiatrique, les conclusions du O _____ avaient également été privilégiées, notamment par rapport à celles du psychiatre traitant retenant une totale incapacité de travail et excluant toute possibilité de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, les indicateurs jurisprudentiels applicables en cas de fibromyalgie avaient été examinés et le caractère incapacitant des douleurs chroniques irréductibles, sans étiologie définie dans un contexte d'adiposité douloureuse (R 52.1), diagnostic de type SPEEDO posé par les expertes du O _____, avait été exclu. Il est par ailleurs rappelé que le diagnostic de possible spondylarthropathie indifférenciée initialement évoqué par les spécialistes du B _____, avait finalement été écarté par ces derniers au terme de leurs examens et d'un essai de traitement par anti-TNF (Enbrel 59 mg) qui n'a donné aucun résultat.

Lors de sa première demande de révision de mai 2020, il a été constaté que l'assurée, qui rapportait des plaintes similaires à celles émises en mars 2024 n'avait pas avancé d'éléments susceptibles de rendre plausible un changement durable de son état de santé. Notamment, il a été relevé que la hernie discale, opérée le 11 février 2020, n'avait pas induit une incapacité de travail durable.

Dans un rapport médical transmis à l'OAI en date du 29 octobre 2020, la Dresse S _____ avait fait état de polyarthralgies et myalgies généralisées sur un rhumatisme articulaire type fibromyalgie, les lombalgies chroniques, la tendinobursite sous acromiale droite chronique et les céphalées d'origine cervicale chroniques, troubles ayant à son avis une incidence sur la capacité de travail, ce qui n'était pas le cas des apnées du sommeil et du trouble anxio-dépressif. Les problèmes étaient qualifiés de chroniques et stables avec un accompagnement symptomatique d'efficacité modérée. Des mesures de reclassement professionnel étaient à entreprendre. Elle avait attesté une incapacité de travail de 100% du 3 au 5 février 2020 et du 22 septembre 2020 au 1^{er} novembre 2020 et avait joint un rapport du 8 juin 2020 du Dr T _____, lequel avait retenu les diagnostics de « polyarthralgies et myalgies généralisées dans le cadre d'un rhumatisme abarticulaire type fibromyalgie, de lombalgies chroniques non spécifiques dans un status après intervention pour hernie discale L4-L5 gauche en février 2020, de tendinobursite sous-acromiale droite chronique ». Il avait confirmé que la cure de hernie discale du 11 février 2020 avait été accomplie avec succès et que

l'incapacité de travail post-opératoire avait été de courte durée. Des arthralgies de l'épaule droite étaient relevées depuis une vingtaine d'années avec une nouvelle recrudescence depuis 3 à 4 mois. Les douleurs plus généralisées, type fibromyalgie, ont été rappelées. Au plan psychique, dans les suites d'une dépression datant d'environ 7 ans, la patiente avait dû poursuivre un traitement antidépresseur ; son moral était stabilisé. Les traitements devaient demeurer symptomatiques.

Les autres praticiens avaient attesté uniquement d'incapacités de courte durée, à savoir du 1 au 7 décembre 2020 pour le psychiatre traitant et du 9 au 19 février 2021 puis du 22 au 26 février s'agissant du gynécologue.

A l'appui de sa nouvelle demande du 10 mars 2021, la recourante s'est prévalu des troubles suivants : « fibromyalgie, rhumatisme chronique, dépression, hernie discale et problèmes gynécologiques ». Force est ainsi de constater que ces troubles avaient soit déjà été pris en compte dans l'évaluation de mars 2014, soit n'avaient pas justifié d'incapacité de travail durable (hernie discale, troubles gynécologiques). Comme l'a justement constaté l'intimé à réception de la nouvelle demande, il ne s'agissait pas d'éléments médicaux nouveaux, étant souligné que même la recourante avait admis que ces atteintes existaient depuis 2013.

L'intimé a dès lors accordé un délai au 16 avril 2021 à la recourante pour produire des éléments rendant plausibles que son état de santé s'était modifié depuis la dernière décision en force et ayant fait l'objet d'un examen complet du droit à la rente et l'avisant expressément qu'à défaut de plausibilité, il ne serait pas entré en matière. Le 8 avril 2021, la Dresse S _____ a précisé que, depuis son évaluation d'octobre 2020, la situation s'était aggravée au plan psychique, l'état dépressif ayant justifié une totale incapacité de travail selon le Dr E _____.

Le seul élément nouveau avancé par la Dresse S _____ dans rapport du 8 avril 2021 était ainsi l'incapacité de travail qui aurait été délivrée par le Dr E _____ pour des motifs psychiques ; aucun rapport étayé par ce médecin n'a toutefois été produit. Or, il est rappelé que, par le passé, ce psychiatre avait déjà retenu une totale incapacité de travail chez l'intéressée, incapacité qui avait été réfutée dans l'expertise O _____. Aucun élément médical n'a été produit permettant de retenir que l'état dépressif avait manifestement été marqué par une évolution négative objectivée (hospitalisation, changement important de la posologie médicamenteuse, rythme des suivis accrus de manière importante...). Partant, même sous l'angle d'une appréciation allégée du fardeau de la preuve, le seul fait d'évoquer que de nouveaux certificats

d'incapacité de travail avaient été émis par le psychiatre traitant ne suffit manifestement pas pour rendre plausible une modification notable et durable de l'état de santé.

Pour le surplus, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 12 mai 2021, les autres diagnostics cités par la Dresse S _____, à savoir « obésité, douleurs chroniques irréductibles (R52.1), hernie hiatale, discopathie débutante L4-L5, éperon calcanéen D sans signe inflammatoire (découverte radiologique fortuite), syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère appareillé, lombalgies non spécifiques - status post-intervention pour hernie discale L4-L5, tendino-bursite sous-acromiale droite chronique, à l'IRM », ne comportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles d'induire une incapacité de travail de longue durée. Du reste, sur le plan somatique, la Dresse S _____ a attesté une situation médicale chronique et stable. Il en allait de même des diagnostics cités par le Dr T _____. Comme l'a souligné le SMR, il n'y avait aucun caractère de gravité retenu par le rhumatologue ; ce dernier n'avait attesté aucune incapacité de travail et avait uniquement conseillé la poursuite des traitements symptomatiques. Finalement, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil était efficacement appareillé et sans incidence sur la capacité de travail. On se trouvait par conséquent dans le cadre d'une nouvelle demande dans laquelle l'assurée se bornait à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants.

C'est ainsi de manière motivée et probante que le SMR, et à sa suite l'intimé, ont conclu que la documentation médicale produite par la recourante jusqu'au projet de décision du 17 mai 2021 ne permettait pas de retenir d'indice médical objectif rendant plausible une aggravation de son état psychique et somatique justifiant une entrée en matière.

3.2 Dans le cadre de sa contestation du projet de décision, la recourante a annoncé qu'elle était « dans l'attente de plusieurs rapports médicaux complémentaires », ce qui a justifié une prolongation de son délai de contestation du préavis. Le 30 août 2021, elle a par ailleurs avisé l'OAI qu'elle allait consulter le Prof. Z _____ et déposerait son rapport deux mois plus tard, de sorte qu'une nouvelle et ultime prolongation de délai lui a été accordée jusqu'au 15 février 2022. Aucun nouveau document médical n'a toutefois été déposé dans le délai imparti.

S'agissant finalement de la nouvelle incapacité de travail alléguée au plan psychiatrique, il est encore relevé que, dans son expertise psychiatrique du 12 juillet 2021, le Dr W _____ a, au contraire, exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant, ce qui a rejoint les avis des experts du O _____ émis en avril 2015 et a écarté une nouvelle fois les conclusions du psychiatre traitant. Sur cette base, GMA SA a également constaté

qu'il n'existait aucune raison médicale empêchant l'intéressée de reprendre son activité professionnelle à 100%. Force est de reconnaître que ces éléments rendaient d'autant moins plausible l'aggravation de l'état de santé psychiatrique alléguée en mars 2021 par la recourante.

Finalement, comme l'a mentionné l'intimé, il ne saurait être tenu compte ici du rapport du Dr Z _____ du 2 décembre 2022, produit en janvier 2023. Il est en effet rappelé que, lorsqu'un litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, en l'occurrence, en date du 16 février 2022. Il ne peut donc pas être tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 133 V108 consid. 5 130 V 64 consid. 2 et ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêts 8C_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 et 5.3.1, 9C_412/2024 du 9 octobre 2024 et 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

Sur la base de ces éléments, on ne saurait dès lors faire grief à l'intimé d'avoir constaté qu'en date du 16 février 2022, la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

4. La recourante se prévaut par ailleurs d'une violation du droit d'être entendu et du principe de l'égalité des armes au motif qu'elle n'a pas pu bénéficier d'une nouvelle prolongation de délai pour déposer le rapport du Prof. Z _____ après l'échéance du 15 février 2022. Elle estime ainsi, en substance, que la décision entreprise devrait être annulée au motif qu'elle aurait été rendue de manière prématurée.

4.1 L'article 29 alinéa 1 Cst dispose notamment que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement. Le principe de l'égalité des armes, tel qu'il découle du droit à un procès équitable au sens de la disposition précitée, requiert que chaque partie se voie offrir une possibilité raisonnable de présenter sa cause dans des conditions qui ne la placent pas dans une situation de net désavantage par rapport à son adversaire (ATF 137 IV 172 consid. 2.6 p. 176). En revanche, le principe de l'égalité des armes n'exige pas obligatoirement que les délais soient identiques pour les parties à la procédure (cf. ATF 126 V 244 consid. 3 p. 248).

Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'article 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre

connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et références citées).

4.2 A teneur de l'article 57a alinéa 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'alinéa 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5144), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours.

Le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de trente jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'article 73ter alinéa 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201). Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement des travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de trente jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure administrative. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à

une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de trente jours ne semblait non plus pas problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de trente jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'alinéa 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637).

Il est dès lors établi que le délai de trente jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il n'est de ce fait pas prolongeable (arrêts du Tribunal fédéral 8C_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 4 et 8C_557 du 22 mai 2024 consid. 5.3.1).

Les chiffres 6020ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) publiée par l'OFAS (dans son état au 1^{er} janvier 2022) répètent que le délai de trente jours ne peut pas être prolongé et que les objections doivent être soulevées dans ce délai. Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut néanmoins être accordé à l'assuré pour qu'il motive ou corrige ses objections. Les articles 38 à 41 LPGA s'appliquent par ailleurs. Si toutefois, à l'expiration du délai de trente jours mais avant que la décision ne soit rendue, l'assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influencer sur la décision, ceux-ci doivent être pris en compte. La restitution d'un délai pour inobservation pour les raisons prévues par l'article 41 alinéa 1 LPGA ne peut être accordée qu'à titre exceptionnel. Il faut non seulement que la partie elle-même, mais aussi son représentant, aient été empêchés, sans faute de leur part, d'agir dans le délai fixé. La « Lettre circulaire AI no 406 » de l'OFAS prévoit également que la procédure de préavis ayant pour but d'accorder à l'assuré le droit d'être entendu, un délai supplémentaire unique peut lui être accordé dans les cas motivés, pour étayer ou préciser les objections formulées.

Par ailleurs, dans le cadre plus spécifique d'une demande de révision, il est une nouvelle fois rappelé qu'à l'aune des exigences posées à l'article 87 alinéa 2 RAI, la personne assurée doit être en mesure d'« établir de façon plausible » la modification alléguée au moment où elle dépose sa demande. Cela présuppose donc qu'elle ait alors en mains des éléments lui permettant de rendre plausible l'évolution de l'état de fait ou, au moins, puisse les produire à brève échéance. Comme déjà mentionné, cette exigence est prévue pour permettre à l'autorité 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. Il n'existe ainsi pas un droit à requérir, en se

prévalant du droit être entendu et/ou de l'égalité des armes, de multiples ou longues prolongations de délais afin de compléter un dossier lacunaire au jour du dépôt de la demande de révision, par exemple en mettant en œuvre ultérieurement de nouvelles investigations médicales.

4.3 En l'occurrence, la recourante a contesté le projet de décision du 17 mai 2021 en date du 17 juin 2021. Prétendant alors ne pas avoir encore en mains tous les documents médicaux dont elle entendait se prévaloir, elle a requis et obtenu trois prolongations de délai, échéant au final au 12 février 2022, ce qui, depuis la réception du projet du 17 mai 2021, lui avait laissé globalement environ 9 mois pour étayer sa contestation et produire des pièces ; cela faisait même près d'une année depuis le dépôt de sa demande du 10 mars 2021.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a manifestement pas lieu d'admettre une violation du droit d'être entendue de la recourante.

Le Tribunal ne conçoit finalement pas en quoi, en appliquant de manière correcte l'article 57a al. 3 LAI, l'intimé aurait commis une violation de l'égalité des armes ; en effet, comme déjà mentionné, la recourant aurait eu la possibilité de récolter des avis médicaux afin de rendre plausible l'aggravation alléguée de son état de santé avant de déposer sa nouvelle demande et a encore eu le loisir de le faire dans le généreux délai accordé par l'intimé.

Les griefs de la recourante ne peuvent dès lors être retenus. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée.

5.1 La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 500 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

5.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

Prononce

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

Sion, le 9 janvier 2025