

VS_GERICHTE S1 25 56 vom 3. März 2026

VS Kantonsgericht, 2026-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_25_56

FR: VS_GERICHTE S1 25 56 du 3 mars 2026

IT: VS_GERICHTE S1 25 56 del 3 marzo 2026

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale 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 8 avril 2025, le présent recours à l'encontre de la décision du 10 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [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.

E. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-
- 13 - invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, c'est le nouveau droit qui est applicable, compte tenu de la date de la nouvelle demande de prestations et des faits juridiquement déterminants.

E. 2

juillet 2021 consid. 3.2 et la référence). Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

E. 2.1

A teneur de l'article 17 alinéa 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 133 V 108 consid.

5 et 130 V 71 consid. 3.2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références).

E. 2.2

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle

- 14 - persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement, au sens de l'article 17 LAI, s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM- V (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_430/2020 du 17 mars 2021 consid. 2.2

et 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ;

- 15 - arrêt du Tribunal fédéral 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid.4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc comme la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_701/2020 consid. 4.1 et 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI no 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 2.4

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée

- 16 - de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice

concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_711/2020 du

E. 2.4.2

; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5204/2018 du 12 mai 2021 consid. 6.4.4). Cela ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_433/2023 du 12 mars 2024 consid. 4.5). En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_616/2020 du 15 juin 2021

- 18 - consid. 6.2.4). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

E. 2.5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

- 17 - examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Étant donné que ces derniers se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins traitants, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur leurs indications n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid.

E. 2.6

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

E. 3.1

En l'espèce, il convient de comparer l'état de fait au moment du dernier examen matériel du droit à la rente, soit au moment de la décision du 30 novembre 2020, à celui existant lors de la décision litigieuse du 10 mars 2025. Au moment du premier refus de rente, la recourante présentait une hernie discale, une spondylarthrose cervicale ainsi qu'un status post-fusion C6-C7. Une pleine capacité de travail lui avait été reconnue dans toute activité totalement adaptée à son état de santé (pas de positions statiques au-delà d'une heure, pas de travail au-dessus de la hauteur des épaules, pas de port de charges plus de 5 kg plusieurs fois par jour).

E. 3.2

Dans un premier grief, la recourante s'en prend à la valeur probante des rapports d'expertise sur lesquels s'est essentiellement fondé le SMR pour lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité légère et adaptée. A la lecture des rapports d'expertise des 14 août 2024 et 5 novembre suivant, la Cour estime toutefois que ceux-ci revêtent entière valeur probante. En effet, les experts ont d'abord résumé la teneur des éléments au dossier, avant de recueillir l'anamnèse et d'examiner l'assurée. Ils ont également tenu compte des plaintes de cette dernière, évalué ses ressources, effectué un contrôle de cohérence, pris position sur les mesures médicales et thérapeutiques, ainsi que répondu aux questions qui leur ont été soumises

- 19 - dans le cadre du mandat d'expertise. Par ailleurs, le SMR a considéré que les conclusions de ces rapports pouvaient être validées sur le plan médical. Ainsi, la recourante conteste à tort la valeur probante des expertises des Drs J _____ et K _____.

E. 3.3

La recourante reproche encore à l'intimé de n'avoir manifestement pas pris en considération l'ensemble des éléments évoqués par plusieurs spécialistes, lesquels avaient exposé de façon détaillée et circonstanciée leur analyse et conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité. Il convient dès lors d'examiner si les rapports dont se prévaut l'intéressée sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des experts, respectivement du SMR. S'agissant du rapport psychiatrique du CHUV du 22 juillet 2024, il semble avoir été établi sur la seule base des informations relatées par l'intéressée et des constatations faites lors des deux entretiens menés par les praticiens durant la période d'hospitalisation. De l'aveu même de ces derniers, leur évaluation était limitée en raison de la brièveté de leurs observations. Quant au bilan global du Service de rhumatologie du CHUV du 15 juillet précédent, il ne fait qu'indiquer les résultats obtenus par la recourante aux différents tests réalisés, sans expliquer les motifs concrets qui ont permis de poser les diagnostics retenus. Pour ce qui est du consensus sur la capacité de travail formulée par les médecins du CHUV, l'incapacité de travail attestée ne repose aucunement sur des éléments médicaux objectifs, mais uniquement sur les ressources de l'assurée, considérées comme très limitées sur le plan physique, cognitif, culturel, social et émotionnel. Eu égard au caractère très général des deux rapports du CHUV et de leurs conclusions, force est de constater qu'ils ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts qui ont, de leur côté et comme mentionné au considérant précédent, procédé à une analyse complète des pièces au dossier et dûment motivé leurs appréciations. Les deux rapports produits par le CCPP et le Dr E _____ à l'appui de la contestation de la recourante relative au projet de décision de l'OAI du 19 novembre 2024 ne lui viennent pas non plus en aide. En effet, le rapport du 20 décembre 2024 du médecin généraliste atteste d'une dégradation de la motricité de sa patiente sans faire valoir le moindre argument médical, sous réserve d'un renvoi au bilan du CHUV mentionné plus haut. Sur le plan psychiatrique, le Dr E _____ retient, là aussi sans exposer son raisonnement, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) avec épisode dépressif sévère et symptômes psychotiques (F32.3). La Cour relève que ceux-ci ne sont admis ni par l'experte psychiatre ni par le SMR et ne correspondent pas plus à ceux

- 20 - retenus par les psychiatres du CHUV. Enfin, comme le note à juste titre la Dresse H _____ dans son avis du 17 février 2025, le rapport du CCPP du 10 janvier 2025, qui ne pose pas de diagnostic clair et motivé, n'apporte pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier les précédentes conclusions du SMR. Ainsi, ces deux rapports ne sont pas non plus de nature à mettre en doute l'examen circonstancié des experts mandatés par l'OAI.

E. 3.4

Selon la recourante, au vu du diagnostic de fibromyalgie retenu par le Service de rhumatologie du CHUV et de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, l'intimé ne pouvait pas se satisfaire de deux expertises monodisciplinaires psychiatrique et rhumatologique, mais aurait dû mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire. Il est vrai qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et

psychiques constitue en principe la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (cf. supra consid. 2.3). Cependant, la mise en œuvre d'une telle expertise ne se justifie pas en l'espèce, dès lors que le diagnostic de fibromyalgie, de même que tout autre trouble somatoforme douloureux, a été exclu sur la seule base de l'expertise monodisciplinaire rhumatologique. Or, si le concours d'un psychiatre est en principe nécessaire, le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2022 du 20 juin 2023 consid. 5.1). En l'occurrence, le Dr K _____ a expliqué de manière compréhensible pour quelles raisons il fallait considérer que l'intéressée ne répondait pas aux critères ACR 2010 modifiés 2016 de la fibromyalgie, mentionnant en particulier que le syndrome douloureux n'était pas diffus et n'atteignait pas quatre régions du corps. Il se limitait au rachis cervical et, à moindre degré, à la ceinture scapulaire. Comme cela ressort du considérant 3.3 ci-dessus, cette appréciation n'a été mise en cause par aucun autre avis médical au dossier. En particulier, le bilan global du Service de rhumatologie du CHUV du 15 juillet 2024 ne fait qu'indiquer les résultats obtenus par la recourante aux tests FiRST et PDS, sans expliquer quels éléments du cas d'espèce permettaient de retenir le diagnostic de fibromyalgie. On relève également que si les praticiens du CCPP mentionnent, dans leur rapport du 12 septembre 2023, qu'un trouble psychosomatique est envisageable, ils restent totalement muets à ce sujet dans celui du 10 janvier 2025. Il en va de même du rapport du 20 décembre 2024 du Dr E _____, qui ne dit mot d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. Il sied en outre de rappeler que l'experte psychiatre admet la

- 21 - plausibilité d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, dans la mesure où les plaintes psychiques alléguées par la recourante étaient selon cette dernière clairement en lien avec les plaintes douloureuses, tout en précisant que celui-ci n'était, en tout état de cause, pas incapacitant. Quand bien même il est incontestable qu'il n'y a pas eu d'expertise bidisciplinaire avec une discussion consensuelle, la Cour observe toutefois que les experts ont analysé le cas de la recourante en fonction des exigences jurisprudentielles, selon les critères de degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a par ailleurs eu l'occasion de préciser qu'une telle discussion consensuelle est certes idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références). En l'espèce, les experts, de même que d'autres spécialistes dont les rapports se trouvent au dossier, ont en particulier indiqué qu'il n'était pas possible d'éliminer formellement une majoration des plaintes physiques et psychiques chez une assurée très démonstrative, d'autant plus que les résultats de l'examen neuropsychologique du 26 mars 2024 avaient montré des incohérences et n'avaient pas pu être validés. Les experts ont au demeurant conclu que les ressources dont disposait la recourante l'emportaient sur les facteurs de contrainte que représentaient ses atteintes physiques et psychiques. Les Drs J _____ et K _____ ont tous deux constatés qu'il n'y avait pas de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, la recourante se considérant comme incapable de travailler alors qu'elle était autonome pour l'intégralité des activités de la vie quotidienne (déplacements en transports publics, tâches ménagères, repas), qu'elle s'occupait de sa fille et qu'elle avait été en mesure de se rendre en F _____ avec sa famille. Elle disposait en outre de ressources externes adéquates, essentiellement intra-familiales. Au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, la Cour retient que l'absence de discussion

consensuelle entre les deux experts ne justifie pas de s'éloigner de leurs conclusions respectives, lesquelles ne sont d'ailleurs pas incompatibles.

E. 3.5

Se pose enfin la question du bien-fondé de la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée par le SMR, alors que l'expert rhumatologue retient quant à lui une capacité de travail de 90 % (100 % avec baisse de rendement de 10 % en raison des douleurs). Dans la mesure où les limitations fonctionnelles admises en 2025 sont assimilables à celles retenue en 2020 et au vu de la nature subjective de la notion de douleur, l'on ne

- 22 - saurait reprocher au SMR, dont les conclusions ont été reprises telles quelles par l'OAI, d'avoir nié toute aggravation objective, significative et durable de l'état de santé de la recourante et, partant, d'avoir considéré qu'aucun motif ne justifiait de modifier la capacité de travail telle que retenue dans la décision du 30 novembre 2020.

E. 3.6

Au vu de ce qui précède, la Cour conclut que même si l'état de santé psychique de la recourante semble avoir évolué depuis 2020, il n'entraîne pas d'incapacité de travail et reste pleinement compatible avec l'exercice à 100 % d'une activité légère et adaptée, respectant des limitations fonctionnelles superposables à celles retenue au moment de la première décision de l'intimé. En l'absence d'une évolution notable de son état de santé, les conditions ouvrant le droit à une rente d'invalidité ne sont pas remplies in casu. Partant, le recours est rejeté et la décision de l'OAI du 10 mars 2025 confirmée.

E. 4

Les frais judiciaires, fixés sur le vu du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA, art. 69 al. 1bis LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2, 89 al. 1 LPJA) et compensés avec son avance. En outre, eu égard à l'issue de la cause, elle ne peut pas prétendre à des 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 3 mars 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.