

S1 24 20

ARRÊT DU 7 MAI 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

A. _____, recourante, représentée par les Syndicats Chrétiens du Valais, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, Sion, intimé

(art. 17, 18 et 28 LAI – Rente et mesures d'ordre professionnel ; valeur probante d'une
expertise bidisciplinaire)

Faits

A._____, née le xx.xx.1974, est originaire du Portugal et est arrivée en Suisse le 7 septembre 2000. Elle a trois enfants issus de deux mariages, nés en 1995, 2001 et 2002 ; elle fait ménage commun avec deux d'entre eux et son compagnon. Sans formation reconnue, elle a travaillé, en dernier poste, du 1^{er} octobre 2010 au 24 avril 2020 en tant qu'employée de cafétéria au sein l'Hôpital du Valais, site de Malévoz, à 40 puis à 70 %, avant de donner sa démission avec effet immédiat et de s'inscrire au chômage (pièces OAI 4, 6, 12, 18 et 96).

L'assurée a déposé le 4 mars 2021 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) en raison de troubles psychiques et physiques (pièces OAI 4 et 6).

Le 17 mars 2021, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation, a adressé à l'OAI un rapport faisant état d'une fibromyalgie floride et de rachialgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique et psychique et de troubles statiques, totalement incapacitants pour l'activité de serveuse de l'assurée. Le médecin a décrit une situation professionnelle et personnelle compliquée, avec notamment du harcèlement et de la maltraitance physique et verbale ainsi qu'une séparation/divorce et une agression physique par l'ex-compagne de son ami actuel. Il a en outre dressé la liste des douleurs signalées par l'assurée, à savoir des douleurs polyarticulaires tant rachidiennes que périphériques au niveau des lombaires, des cervicales, des épaules, du coude, des mains, des hanches, du genou, des chevilles et des pieds. Il a indiqué que le stress et le port de charges de cinq kg étaient les limitations fonctionnelles de l'assurée et que, sur le plan rhumatologique, il faudrait dans un premier temps faire un réentraînement physique avant d'envisager une reprise d'activité, des facteurs psychosociaux faisant toutefois obstacle à une réadaptation (pièce OAI 12).

Dans son avis du 31 mars 2021, le Dr C._____, psychiatre traitant de l'assurée, a confirmé que sa patiente était en incapacité totale de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.22), de phobies sociales (F40.1), d'un trouble panique (F41.0) et d'une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). Il a précisé que l'assurée avait été en incapacité de travail totale du 10 juillet 2018 au 13 janvier 2019 puis dès le 23 mai 2019. Sur le point des limitations fonctionnelles, le psychiatre a fait savoir que sa patiente n'arrivait plus à avoir de contact avec le public, y compris ses collègues, qu'elle n'était pas en mesure

de se concentrer peu importe la tâche et oubliait facilement les choses. Elle manquait d'énergie et fatiguait très rapidement. Son pronostic sur la capacité de travail de l'assurée et son potentiel de réadaptation n'était pas favorable en raison en particulier de son passé traumatique et des événements récents, comme le harcèlement sexuel subi au travail et son divorce conflictuel. Il ressort enfin de cet avis que l'assurée avait des antécédents psychiatriques d'un trouble dépressif, respectivement anxieux, récurrent à cause d'un trauma complexe consécutif à des abus psychiques, physiques et sexuels subis dans son enfance et son adolescence (pièce OAI 14).

En raison d'une incapacité de travail, l'assurance-maladie perte de gain de l'assurée l'avait soumise à une expertise psychiatrique réalisée le 25 septembre 2018 par le Dr D._____, médecin psychiatre au SOC_A. Ce dernier avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23), ne relevant pas de fragilité préexistante sous la forme d'un trouble de la personnalité, bien que l'assurée présentait des traits anxieux avec une tendance à se faire facilement des soucis ainsi que des problèmes de confiance en soi. Il a noté que l'arrêt de travail devenait contre-productif, favorisant la régression voire la déshabitude ; un changement de poste serait plus que souhaitable. Afin de lui laisser le temps de se préparer à ce retour au travail, le Dr D._____ a préconisé une reprise progressive à 50 % le mois de décembre 2018 puis à 100 % par la suite (pièce OAI 133).

Le 14 janvier 2020, le Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait à son tour rendu une expertise psychiatrique pour le compte de l'assurance-maladie perte de gain. Il avait retenu un épisode dépressif léger à moyen (F32.1) ayant justifié des périodes d'incapacité de travail depuis avril 2018, mais avait conclu qu'une reprise d'emploi progressive était possible dans l'activité habituelle de l'assurée. L'expert avait insisté sur l'importance de bien distinguer l'aspect purement psychiatrique des facteurs sociaux, notamment les conflits persistants de l'assurée dans son dernier emploi, sur lesquels il n'y avait pas lieu de se prononcer (pièce OAI 60).

Le Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), par la Dresse F._____, spécialiste en médecine générale, a rendu un rapport le 21 septembre 2021. La docteure a admis le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen (F32.1 et F32.0) suite à des conflits professionnels justifiant une incapacité de travail totale pour la période du 23 mai 2019 au 13 janvier 2020, tout en estimant qu'une pleine capacité de travail était attendue de l'assurée dans l'activité habituelle dès le 14 janvier 2020 (date de l'expertise du Dr E._____), dans la mesure où les critères de gravité de la jurisprudence n'étaient plus remplis. La Dresse F._____ a mis en avant le fait que la

problématique principale reposait sur un conflit avec son supérieur hiérarchique et qu'un changement de poste avait été proposé par l'employeur mais refusé par l'assurée. Quant à la fibromyalgie (M79) et les rachialgies chroniques, elle a retenu qu'elles n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail au motif qu'il n'existait aucun substrat organique significatif pouvant les expliquer (pièce OAI 32).

B. Le 22 septembre 2021, l'OAI a transmis son projet de décision à l'assurée. Ayant constaté que cette dernière avait recouvré, tant du point de vue somatique que psychiatrique, sa pleine capacité de travail et de gain le 14 janvier 2020, respectivement le 9 mars 2020, soit avant le terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), l'OAI a conclu que l'assurée ne présentait plus aucune invalidité. En effet, l'OAI a uniquement retenu les incapacités de travail suivantes : du 9 avril au 10 mai 2018 (100 %), du 14 mai au 12 juillet 2018 (100 %), du 1^{er} août 2018 au 13 janvier 2019 (100 %), du 23 mai 2019 au 9 février 2020 (100 %), et du 10 février au 8 mars 2020 (50 %). Cela étant, l'OAI envisageait de refuser tout droit à une rente AI ou à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement) (pièce OAI 33).

L'assurée, représentée par les Syndicats chrétiens du Valais (ci-après : SCIV), s'est déterminée le 25 octobre 2021, concluant à l'annulation du projet de décision du 22 septembre précédent et à l'octroi de toutes les prestations de l'AI (pièce OAI 38). Elle a allégué que le SMR ne s'était basé que sur l'expertise du Dr E. _____ sans prendre en considération les rapports médicaux postérieurs à celle-ci. De nombreux certificats médicaux du Dr G. _____, médecin généraliste de l'assurée, attestant une incapacité de travail totale pour cause de maladie pour la période du 22 octobre 2020 au 31 octobre 2021 ont également été transmis à l'OAI (pièces OAI 38 et 39).

Après réception de ces éléments, l'OAI a envoyé des questions complémentaires formulées par le SMR aux Drs C. _____ et G. _____ (pièces OAI 41 à 43). Le premier a répondu le 3 décembre 2021, indiquant que la patiente présentait encore des symptômes sévères de dépression totalement invalidants sous la forme d'une baisse de l'élan vital et de l'énergie, de troubles de la concentration et de la mémoire, d'une fibromyalgie et d'une perte des contacts sociaux. Elle ne sortait pratiquement plus de chez elle, ne pouvait plus prendre les transports publics et était aidée, sur le plan du ménage, par son compagnon et ses deux enfants. Même si elle souhaitait reprendre une activité, cela n'était pas possible fût-ce à un petit taux (pièce OAI 46). Le second s'est manifesté le 5 décembre 2021, confirmant que les douleurs polyformes quotidiennes chroniques de l'assurée étaient totalement invalidantes (pièce OAI 47).

La Dresse F. _____ a fait part de son appréciation sur les réponses des Drs C. _____ et G. _____ le 4 janvier 2022. Elle a estimé que celles-ci ne contenaient pas de nouveaux diagnostics et que les symptômes décrits ne suffisaient pas à retenir une anxiété généralisée. Ainsi, il convenait de se baser sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr E. _____, la différence d'interprétation entre cette dernière et les rapports du psychiatre traitant pouvant s'inscrire dans le postulat de sincérité du médecin traitant vis-à-vis de sa patiente (pièce OAI 50).

Par décision du 25 janvier 2022, l'OAI a dénié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, aux mêmes motifs qu'énoncés dans le projet du 22 septembre 2021. Les derniers rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier leurs conclusions précédentes. Son inactivité était dès lors du ressort de l'assurance-chômage, qui lui versait d'ailleurs de indemnités journalières (pièce OAI 55).

C. Le 28 février 2022, A. _____ a recouru céans contre la décision précitée concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sous suite de frais et dépens. L'assurée remettait essentiellement en cause la valeur probante du rapport du SMR, qui prenait en compte uniquement l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ sans prêter attention aux avis médicaux divergents (pièce OAI 59).

L'OAI a répondu le 26 avril 2022, en rejetant les critiques de la recourante concernant la valeur probante de l'avis du SMR et de l'expertise du Dr E. _____. L'intimée a estimé que la situation médicale avait été établie à satisfaction de droit, et a soutenu que le recours était insuffisamment motivé sur les questions du calcul du taux d'invalidité et du refus des mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 63).

En date du 15 juin 2022, la recourante a fait part de ses observations sur la réponse de l'intimée et a versé en cause de nouvelles pièces médicales, dont de nombreux rapports du Dr B. _____ (des 11 février 2021, 22 mars 2021, 3 mai 2021, 5 juillet 2021, 16 septembre 2021, 17 novembre 2021, 28 janvier 2022 et 30 mars 2022). Ceux-ci mentionnaient un suivi actuel, soutenu et régulier en raison de douleurs de fibromyalgie floride dans un contexte socioprofessionnel et psychologique extrêmement difficile et pour lesquelles ce médecin préconisait la poursuite d'un traitement médicamenteux (Novalgin) et d'un suivi psychique. La recourante a également joint à sa réplique le rapport du 30 mai 2022 du Dr C. _____, lequel faisant état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'une phobie

sociale (F40.1), d'agoraphobie (F40.0), d'un trouble panique (F41.0) ainsi que d'une anxiété généralisée (F41.1) provoquant des limitations fonctionnelles importantes dans n'importe quelle activité. Le médecin a par ailleurs indiqué que la recourante faisait partie des personnes présentant une résistance aux effets des antidépresseurs, ce qui limitait les possibilités thérapeutiques (pièces OAI 68 à 70).

Ces nouveaux éléments ont été transmis au SMR qui, par avis du 27 juin 2022, a fait savoir qu'ils devaient faire l'objet d'un examen clinique de sa part ou d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique dans la mesure où les rapports du Dr B._____ produits par la recourante n'étaient pas en sa possession lors de l'établissement de son rapport final du 21 septembre 2021 et que le Dr C._____ maintenait son diagnostic d'épisode dépressif et anxieux sévère (pièces OAI 70 et 71). Reprenant cet avis, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et demandé à ce que le dossier lui soit retourné pour complément d'instruction (expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique ; pièce OAI 74).

Par jugement du 9 septembre 2022, la Cour de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 25 janvier 2022 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

D. Le 5 décembre 2022, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'elle devait se soumettre à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès d'un centre d'expertise choisi aléatoirement qui lui serait communiqué dès qu'ils seraient connu (pièce OAI 82). Dans le délai de 10 jours qui lui a été imparti, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de questions supplémentaires à formuler à l'attention des experts (pièce OAI 83).

L'OAI a confié le mandat au centre d'expertise désigné de manière aléatoire, à savoir SOC_A, le 16 décembre 2022, en demandant de convoquer l'assurée après un délai de 20 jours suivant la réception de la missive (pièces OAI 81 et 84). Le 20 décembre 2022, les informations relatives aux expertises, de même que les noms des médecins spécialistes en charge, ont été transmis à l'assurée. Cette dernière a directement relevé une irrégularité, considérant que la communication de l'OAI était anticipée dans la mesure où le délai de 20 jours pour la convoquer prévu dans le courrier du 16 décembre 2022 à SOC_A n'était pas écoulé (pièce OAI 90). L'OAI a nié toute irrégularité, expliquant qu'au vu du fait que l'assurée avait été convoquée pour une expertise qui aurait lieu le 16 février 2023, le délai de 20 jours à compter de la réception de la correspondance du 16 décembre 2022 était largement respecté (pièce OAI 91).

Le 25 avril 2023, SOC_A a remis à l'OAI le rapport d'expertise des Drs H._____ et I._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste en rhumatologie. Les examens cliniques avaient finalement eu lieu le 9 mars 2023 et durés 1h25 pour le volet psychiatrique et 55 minutes pour le volet rhumatologique (pièce OAI 96).

Il ressort de l'évaluation consensuelle que l'examen rhumatologique était strictement normal en dehors d'une atteinte tendineuse du supra épineux avec bursite confirmée par l'examen échographique de l'épaule droite avec une radiographie ne montrant qu'un acromion crochu sans calcification. Le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé avec un score de Wolfe de 24,5 sur un total de 31 points, ainsi que des rachialgies chroniques fonctionnelles et une dysbalance musculaire avec déconditionnement. Sur le plan psychiatrique, de nombreuses incohérences manifestes dans l'anamnèse et le récit de vie de l'assurée ont été relevées. Les deux experts ont relayé avoir été frappés par la disproportion entre l'ampleur des plaintes subjectives ainsi que les difficultés décrites dans la journée type de l'assurée d'une part, et, d'autre part les données de l'examen clinique qui ne retrouvaient pas de symptômes majeurs en faveur d'un trouble dépressif d'une intensité significative en l'absence de ralentissement psychomoteur, de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ou de troubles anxieux caractérisés quelles qu'en soient la nature et l'intensité. Malgré l'amplification de ses plaintes, elle restait cependant relativement autonome, s'alimentant à plusieurs reprises dans la journée, s'amusant avec des jeux sur son téléphone portable, regardant en journée et en soirée la télévision (des documentaires sur les animaux ou la nature sur une chaîne culturelle), pouvant aller se promener sur insistance de son compagnon et allant tous les week-ends faire les courses en France avec lui, écoutant de la musique à faible volume, étant apte à mettre sa vaisselle dans le lave-vaisselle et faire la poussière. L'assurée n'était gênée que par les douleurs qu'elle avait aux mains et au bras droit ainsi que par la fatigue. Elle conduisait elle-même sa voiture, se déplaçant seule pour ses différents rendez-vous médicaux et ayant même fait, l'été précédent, le voyage jusqu'au Portugal en voiture avec son compagnon en prenant des pauses. Elle rapportait de brefs moments de pleurs, deux à trois fois par jour, pouvant durer de cinq à trente minutes. L'assurée n'avait jamais été hospitalisée en psychiatrie depuis qu'elle était en Suisse et n'avait rapporté qu'une hospitalisation de deux jours au Portugal dans un hôpital qui n'existait plus. Sur la base des données de l'examen clinique et du descriptif de la journée type, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte associant des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs dont l'intensité ou la durée n'était pas suffisante pour qu'un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif

caractérisé autre puisse être retenu. Une recherche des toxiques dans les urines avait permis d'établir que l'assurée respectait son traitement médicamenteux. Par ailleurs, son émotivité et les difficultés professionnelles de caractère conflictuel rencontrées en dernier lieu, de même que les relations avec son second mari, pouvaient suggérer une accentuation de certains traits de personnalité de l'assurée sans que cette accentuation soit suffisante pour retenir un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, elle était, d'un point de vue rhumatologique, de 100 % avec diminution de rendement de 10 % en raison de la fatigue et de l'insomnie (capacité de travail globale de 90 %), dans toute activité et depuis toujours. Une amélioration grâce à des mesures médicales était possible, par exemple en apprenant l'autohypnose au Centre de la Douleur, la méditation pleine conscience, éventuellement en recourant à une infiltration sous scopie de l'épaule, l'acupuncture, la mésothérapie, une perfusion de lidocaïne ou encore de kétamine. D'un point de vue strictement psychiatrique, les troubles admis par les experts n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail, peu importe l'activité, et cela depuis le 1^{er} mai 2020 (capacité de travail nulle de juin 2019 au 20 janvier 2020 ; de 50 % du 20 janvier au 28 février 2020 ; de 80 % du 1^{er} mars au 30 avril 2020 ; entière dès le 1^{er} mai 2020). Il n'y avait ainsi nul besoin d'envisager la mise en place d'une activité adaptée.

Dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les Drs H._____ et I._____ ont mis en avant le fait qu'il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. L'assurée se plaignait d'être incapable de travailler alors qu'elle était autonome dans son alimentation et son hygiène corporelle, qu'elle ne présentait aucun ralentissement psychomoteur ni troubles cognitifs significatifs lors de l'examen clinique et qu'elle vaquait aux différentes occupations mentionnées plus haut. Ses plaintes étaient dès lors largement amplifiées et disproportionnées par rapport aux données de l'examen clinique et au peu de données fournies sur le déroulé de la journée type. L'expert rhumatologue a notamment relevé que la conduite automobile semblait peu compatible avec les douleurs importantes au niveau de l'épaule droite annoncées par l'assurée. Il a également mis en avant le fait que durant la consultation, cette dernière était restée assise pendant 35 minutes dans une situation confortable sans demander à se lever ou à changer de position. L'expert psychiatre a pris position vis-à-vis des différents rapports médicaux au dossier, expliquant en particulier les incohérences. Pour lui, le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par le Dr C._____ n'était pas justifié dans la mesure où l'assurée ne présentait ni ralentissement psychomoteur ni agitation motrice lors de l'examen, qu'elle

n'avait aucune difficulté à parler à voix haute, partager le focus visuel et répondre de façon argumentée aux questions de l'expert, qu'elle rencontrait pourtant pour la première fois. Au surplus, elle ne paraissait pas en état de détresse, n'avait rapporté aucune idée suicidaire ni trouble significatif de l'appétit. Elle n'avait pas de perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement agréables. Au contraire, elle appréciait quelques activités distractives ; elle jouait à des jeux sur son téléphone portable, écoutait volontiers de la musique et regardait sans difficulté des documentaires sur la nature et les animaux, ce qui écartait aussi la possibilité de troubles majeurs de la concentration ou de l'attention. Elle conduisait sa voiture, se déplaçant seule à ses différents rendez-vous médicaux, avait été capable d'affronter son chef, de se plaindre au service des ressources humaines, de saisir les syndicats, de prendre un avocat et de contester les décisions de l'OAI. Le diagnostic de phobie sociale ne pouvait pas plus être suivi, l'assurée ayant expliqué que ses difficultés à rencontrer les autres étaient surtout liées au fait qu'elle voulait éviter les questions et que les gens l'« engueulent » et la klaxonne quand, par exemple, elle était devant un feu de circulation et mettait un peu de temps pour démarrer. Elle ne présentait toutefois pas de signes cliniques en faveur de l'agoraphobie et ne rapportait pas d'attaque de panique dans ses déplacements sans accompagnement ni aucun comportement d'évitement, que ce soit en rapport aux espaces découverts, à la peur des foules ou la crainte de ne pas pouvoir se réfugier facilement en lieu sûr. Le fait que l'assurée avait supporté un voyage de plus de 15 heures en majorité sur les autoroutes pour se rendre au Portugal et en revenir n'était pas compatible avec le diagnostic d'agoraphobie. Selon l'expert psychiatre, les critères de définition d'une anxiété généralisée avec un sentiment permanent de nervosité, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, de sensation de tête vide, de palpitations, d'étourdissements et de gêne épigastrique n'étaient pas remplis *in casu*. L'examen clinique n'avait constaté aucun signe en faveur d'une hyperactivité neurovégétative, et cela même lorsque l'assurée évoquait des souvenirs à contenus psycho-traumatiques. Les troubles anxieux retrouvés étaient en lien avec des situations particulières dans lesquelles elle se sentait bousculée ou sous pression, comme la peur de gêner la circulation évoquée ci-dessus qui ne l'empêchait cependant pas de prendre sa voiture pour ses déplacements. Elle se plaignait en outre d'une tristesse variable. En résumé, l'expert psychiatre a retenu que les symptômes dépressifs et anxieux présentés étaient une association de symptômes d'intensité relativement mineure, largement répandus dans la population générale et n'entraînant souvent ni suivi ni traitements psychiatriques ; ces troubles n'avaient aucun impact sur la capacité de travail.

Les experts ont noté que l'assurée disposait de ressources internes appréciables, ayant notamment été en capacité d'élever seule sa fille aînée tout en travaillant, de gérer des situations de séparation avec ses deux ex-maris tout en gardant des relations de qualité avec ses enfants, de fonctionner de manière harmonieuse et adéquate dans les différents emplois qu'elle avait occupés depuis l'âge de 12 ans en dehors du conflit qui avait éclaté dans son dernier poste et de nouer des relations de couple équilibrées. Elle avait en outre des ressources externes au travers du soutien de ses enfants, de son compagnon et de deux amies proches, ainsi que de son réseau de soins. Elle avait aussi été en capacité de s'entourer de compétences pour défendre ses intérêts en saisissant les SCIV et en prenant un mandataire.

Le 27 avril 2023, le SMR a rendu un nouvel avis. Après avoir résumé le rapport d'expertise bidisciplinaire, la Dresse F._____ l'a considéré comme concluant notamment grâce à la discussion convaincante de la causalité. L'expertise était fondée sur une documentation complète, une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assurée, des diagnostics précis selon la CIM-10 reposant sur un examen clinique complet intégrant les résultats des examens complémentaires et compte-rendu de consultations spécialisées au dossier. Elle apportait des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées et les conclusions communes reposaient sur un consilium final bien établi. La Dresse F._____ s'en est toutefois légèrement éloigné s'agissant de la prise en compte de la fatigue comme élément propre à induire une baisse de rendement. Elle considérait notamment que la fatigue alléguée, donc très subjective, n'avait pas été observée par l'expert psychiatre qui n'en constatait aucun signe après 1h25 d'entretien avec un focus parfaitement maintenu et sans trouble cognitif. Ainsi, elle n'a retenu aucune baisse de rendement de l'assurée, précisant que les constats détaillés des Drs H._____ et I._____ ainsi que des experts précédents permettaient d'affirmer cet avis (pièce OAI 99).

Le même jour, l'OAI a communiqué à l'assurée son projet de décision, lui refusant une nouvelle fois tout droit à une rente AI ou à des mesures d'ordre professionnel. Elle a argumenté qu'à la lecture des pièces en sa possession, notamment l'expertise bidisciplinaire du 9 mars 2023, il apparaissait qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} mai 2020 tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique. Il n'y avait ainsi aucune invalidité qui pourrait faire naître un quelconque droit à des prestations. La décision du 25 janvier 2022, partiellement annulée par la Cour de céans, devait donc être confirmée en tout point (pièce OAI 98).

En date du 5 juin 2023, l'assurée s'est déterminée sur le projet de décision du 27 avril précédent (envoyé en courrier B le 2 mai et reçu le 5 mai 2023 – pièce OAI 108). Considérant que le taux d'invalidité avait été évalué de manière erronée pour plusieurs motifs et rappelant la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de reclassement, elle a conclu, dans l'attente de nouveaux rapports médicaux, à l'annulation du projet de décision ainsi qu'à l'octroi de toutes les prestations AI, en particulier une rente et une mesure de reclassement (pièce OAI 106).

L'OAI a maintenu sa position dans sa décision du 6 juin 2023 (pièce OAI 107), avant de l'annuler une semaine plus tard car la contestation de la veille n'avait pas été prise en considération. Un délai au 31 juillet 2023 a été imparti à l'assurée pour transmettre les éventuels rapports médicaux complémentaires mentionnés dans sa détermination (pièce OAI 109).

Le 31 juillet 2023, l'assurée a sollicité un délai supplémentaire, n'ayant pas encore reçu les rapports des Drs C._____ et G._____. Elle a aussi demandé des informations quant au processus de sélection ayant été utilisé pour octroyer le mandat d'expertise à SOC_A (pièce OAI 110).

Dans sa correspondance du 3 août 2023, l'OAI a décrit en détail la procédure d'attribution aléatoire des mandats d'expertise par le biais de la plateforme SuisseMED@P. Il a octroyé à l'assurée un ultime délai au 25 août 2023 pour faire valoir ses observations et les rapports médicaux évoqués (pièce OAI 111).

Le 25 août 2023, A._____ a rappelé l'importance d'une évaluation concertée de deux spécialistes dans une expertise bidisciplinaire, en particulier dans les cas de fibromyalgie. Le Dr C._____ a affirmé, dans son rapport du même jour annexé à la détermination, que cette collaboration approfondie manquait dans l'expertise réalisée par les Drs H._____ et I._____. Il n'était par ailleurs pas d'accord avec le diagnostic de l'expert psychiatre et considérait que l'assurée était en incapacité de travail totale. Il a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, prolongé (F33.3), agoraphobie (F40.0), phobies sociales (F40.1) et altération permanente de la personnalité postexpérience catastrophique (F62.0). Il a relevé des incohérences dans le rapport bidisciplinaire et noté de grandes différences d'interprétation entre la position des experts et la sienne. Il a en partie attribué cela à l'état de tension émotionnelle de l'assurée, respectivement d'hypervigilance, lors des entretiens avec les experts, soit des personnes totalement inconnues ayant non pas un but thérapeutique mais d'évaluation afin de prendre une décision fondamentale pour

sa vie. Ce phénomène étant encore décuplé en tant que femme ayant subi à plusieurs reprises des agressions sexuelles et physiques, se retrouvant seule avec un homme inconnu dans une pièce fermée. Outre le peu de temps consacré par les experts à l'évaluation d'une patiente ayant une situation aussi complexe, ils n'avaient pas eu la sensibilité d'apercevoir ce qui se passait vraiment durant l'entretien et dans sa vie en générale, ce qui les avait amenés à faire une interprétation biaisée et superficielle de l'état psychique de l'assurée. En tant que psychiatre traitant depuis environ six ans, le Dr C._____ avait réussi à établir une relation de confiance avec sa patiente lui permettant une meilleure compréhension de la situation. Il a expliqué que les abus subis par l'assurée étaient le point le plus important – ce que les experts n'avaient pas du tout saisi – et qu'en dessous du syndrome anxieux/dépressif se cachait une personnalité déstructurée et dysfonctionnelle dû à un stress post-traumatique complexe, lequel s'était transformé en une altération permanente de la personnalité. Ayant déjà une fragilité préalable, elle avait été exposée à des situations très violentes les dernières années entraînant une reviviscence de ses traumatismes avec, en conséquence, un effondrement psychique. La perte de son emploi de serveuse de cafétéria était une situation très pénible ; elle tenait beaucoup à ce poste dans lequel elle se sentait valorisée. Se basant sur ce rapport médical, l'assurée a renvoyé à ses précédentes conclusions (pièces OAI 112 et 113).

Considérant que l'essentiel du rapport du Dr C._____ était une affaire de spécialistes en psychiatrie, le SMR a conseillé à l'OAI de soumettre ledit document et de poser des questions complémentaires directement au Dr H._____ (pièce OAI 116).

Dans son courrier du 28 novembre 2023, l'expert psychiatre a commencé par rappeler qu'il y avait une distinction entre le rôle de médecin traitant et celui d'expert. Alors que la relation thérapeutique du premier était marquée par le postulat de sincérité devant être accordé aux plaintes et informations fournies par ses patients, le travail d'expertise ne commençait pas avec un *a priori* défavorable aux patients, ni avec des préjugés quant à leur sincérité ; il s'agissait plutôt d'une analyse neutre et argumentée, relevant les données cohérentes ainsi que les contradictions qui pouvaient être constatées entre les différentes anamnèses (rapports des thérapeutes, rapports d'expertises antérieures, anamnèse lors de l'expertise), entre les plaintes subjectives et ce qu'il avait observé lors de son examen ainsi que de la comparaison des limitations rapportées dans les différents domaines comparables de la vie. Il a relevé que les diagnostics retenus par le Dr C._____ auraient été présents depuis longtemps et totalement incapacitants alors que l'assurée avait travaillé sans interruption et à 100 % (*sic*) avant la survenue du conflit

professionnel à l'origine de son arrêt. En outre, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels montrait des incohérences que le psychiatre traitant avait ignorées. Le Dr H._____ a maintenu sa position sur les diagnostics posés et a indiqué ne pas comprendre l'aggravation de l'évaluation de l'épisode dépressif actuel estimée à sévère avec symptômes psychotiques par le psychiatre traitant dans son dernier rapport, sans pour autant décrire les symptômes psychotiques dont il était question, étant précisé que ceux-ci étaient totalement absents lors de l'examen du 9 mars 2023 et des examens réalisés lors des expertises antérieures. Considérant que les objections n'apportaient pas d'éléments nouveaux et pertinents, les conclusions du rapport initial ne pouvaient pas être remises en cause (pièce OAI 120).

Le SMR a annoncé ne pas avoir de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr H._____, laquelle était claire et bien argumentée. La Dresse F._____ a donc également maintenu sa position (pièce OAI 122).

Le 30 novembre 2023, l'OAI a transmis le rapport complémentaire de SOC_A à l'assurée, lui laissant jusqu'au 15 décembre 2023 pour y donner suite (pièce OAI 121).

E. N'entrant pas en matière sur la demande de prolongation de délai de l'assurée (pièces OAI 123 et 125), l'OAI a rendu sa décision finale le 18 décembre 2023. Il ne voyait aucun motif sérieux de s'écarter des conclusions des Drs H._____ et I._____, étant donné que leur rapport d'expertise du 9 mars 2023 remplissait les exigences auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, pour ce qui concernait l'évaluation strictement médicale de la situation de l'assurée. Partant, tout droit à une rente AI ou à des mesures d'ordre professionnel (reclassement ou aide au placement) devait être refusé (pièce OAI 124).

F. Le 1^{er} février 2024, A._____ a recouru céans à l'encontre de la décision rendue le 18 décembre 2023 par l'OAI, concluant à l'admission du recours, à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel, sous suite de frais et dépens. La recourante a allégué une irrégularité dans le délai et la transmission de la convocation pour l'expertise bidisciplinaire et a émis l'hypothèse que le projet de décision de l'OAI avait été élaboré avant de recevoir le rapport d'expertise. Elle a également mis en avant le fait qu'elle n'avait jamais eu de retour de l'OAI suite à sa dernière demande de prolongation de délai et que, lors d'un entretien téléphonique de la mi-décembre, le Dr C._____ avait confirmé les conclusions de son rapport du 25 août 2023. En substance, la recourante a contesté l'expertise bidisciplinaire, estimant que sa capacité de travail devait être réexaminée. Elle a invoqué

une violation de son droit d'être entendu, qui interdisait à l'assureur de refuser les pièces ou explications que l'assuré fournirait spontanément avant qu'une décision ne soit rendue. Elle a considéré comme manifeste qu'elle n'avait pas eu la possibilité de s'exprimer pleinement sur le complément apporté par le centre d'expertise et que diverses lacunes avaient été relevées durant l'instruction menée par l'OAI. Au surplus, la valeur probante de l'expertise réalisée par SOC_A était remise en cause pour différentes raisons, notamment la durée des entretiens considérée comme trop courte, l'absence de collaboration approfondie entre les deux experts (consilium), les diagnostics du psychiatre traitant qui n'avaient pas été repris et, d'une façon plus générale, les divergences considérables entre les constatations des experts et du Dr C._____. Ce raisonnement a été basé sur les indicateurs de qualité en cours de développement par la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (ci-après : COQEM). La recourante a argumenté en faveur d'un droit au reclassement, citant la jurisprudence pertinente.

L'OAI a répondu le 5 mars 2024, proposant de rejeter le recours du 1^{er} février précédent. S'agissant du droit d'être entendu, l'intimé a rappelé que la prise de position du centre d'expertise avait été transmise à la recourante par courrier du 30 novembre 2023 et qu'un délai au 15 décembre suivant lui avait été imparti pour compléter ses objections. Ayant reçu la demande de prolongation de délai le jour de la notification de la décision, soit le 18 décembre 2023, l'OAI avait écrit à son assurée qu'elle maintenait sa décision, le médecin ayant déjà pu se déterminer en date du 25 août 2023. Après avoir relevé que le système d'évaluation COQEM n'était pas encore finalisé et donc inapplicable, l'intimé a expliqué qu'il n'y avait pas de lien entre la durée d'une expertise et la qualité de celle-ci, le rôle d'un expert étant précisément d'apporter un regard de spécialiste sur une situation médicale dans un laps de temps limité. Cette tâche avait été effectuée de manière professionnelle et complète *in casu* par les deux experts nommés. Pour le surplus, l'intimé a renvoyé à la motivation de la décision querellée.

Dans sa réplique du 21 mars 2024, la recourante a contesté les faits allégués par l'intimé qui étaient en contradiction avec les arguments de son recours, dont elle maintenait intégralement les conclusions.

L'institution de prévoyance de la recourante ne s'étant pas déterminée en sa qualité de « tiers intéressé », l'échange d'écritures a été clos le 13 mai 2024.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

En matière d'assurance-invalidité, l'article 57a LAI prévoit qu'au moyen d'un préavis, l'OAI 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, que l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'article 42 LPGA, et que les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours. En tant que délai légal, celui-ci ne peut pas être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA).

L'office AI rend ensuite une décision qui, en dérogation aux articles 52 et 58 LPGA (art. 69 al. 1 let. a LAI), peut faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné, en l'occurrence la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 81a al. 1 LPJA)

Remis à la poste le 1^{er} février 2024, le recours dirigé contre la décision du 18 décembre 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; 69 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 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.

1.2 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente du recourant est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31

décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

1.3 Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), la recourante sollicite d'abord, à titre de moyen de preuve, l'édition du dossier de l'intimé et du dossier S1 22 47 de la Cour de céans. Cette requête est satisfaite, puisque le dossier de l'OAI a été déposé le 4 mars 2024 et qu'il contient également les pièces de la précédente procédure de recours.

2.

2.1 Dans un grief d'ordre formel qu'il convient de traiter en priorité, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où elle n'aurait pas eu la possibilité de s'exprimer pleinement sur le complément apporté par le centre d'expertise le 28 novembre 2023. Elle a également indiqué avoir relevé diverses lacunes dans l'instruction menée par l'OAI, sans toutefois les nommer.

2.2 Le droit d'être entendu garanti par l'article 29 alinéa 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision touchant sa situation juridique ne soit prise, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1).

De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1 et 134 V 97). Toutefois, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1 et 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 V 130 consid. 2b). Même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'assurance sociale, ni de l'administré dont le droit d'être entendu

a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (arrêt S2 23 3 du 28 octobre 2024 consid. 2.1).

2.3 En l'espèce, la recourante aurait eu la possibilité de produire un nouveau rapport médical du Dr C. _____ dans le cadre de la présente procédure de recours, ce qu'elle n'a d'ailleurs toujours pas fait à ce jour. Dans la mesure où l'attente de ce rapport était le seul argument à l'appui de sa demande de prolongation de délai du 15 décembre 2023, que la recourante a eu de nombreuses occasions pour faire valoir sa position et que le délai de 30 jours – non prolongeable – accordé aux parties pour faire part de leurs observations concernant le préavis a été largement respecté (art. 57a LAI ; 40 al. 1 LPGa), il n'y a pas lieu de reprocher à l'OAI une violation du droit d'être entendu sur ce point. Même à supposer qu'une telle violation était établie, la Cour a un plein pouvoir de cognition, tant en fait qu'en droit, de sorte qu'elle aurait été réparée céans. En effet, aucune lacune irréparable n'a été constatée s'agissant de l'instruction de l'intimé, notamment au niveau du délai et de la transmission de la convocation pour l'expertise bidisciplinaire. Partant, les griefs d'ordre formel doivent être écartés.

3.

3.1 Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI. Plus particulièrement, cette dernière remet en cause la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle s'est essentiellement fondé l'OAI pour lui refuser toute prestation.

3.2 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 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).

3.3 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 phr. 2 LPGa ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 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 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 ; 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 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, 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 précité consid. 4.1, 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 n. 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

3.4 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 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 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 des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

3.5 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 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 consid. 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. 2.4.2). 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 SMR, au sens de l'article 59 alinéa 2^{bis} aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 90_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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 de l'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 (arrêt du Tribunal fédéral 90_518/2007 du 14 juillet 2018 consid. 3.2 et les références).

3.6 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).

4.4.1 En l'espèce, il s'agit d'examiner la valeur probante intrinsèque du rapport d'expertise bidisciplinaire, psychiatrie et rhumatologie, des Drs H._____ et I._____, sur lequel l'OAI s'est essentiellement fondé pour prendre la décision litigieuse et rejeter tout droit de la recourante à des prestations AI.

La recourante soutient en particulier que l'avis de son psychiatre traitant, le Dr C._____, n'a pas été pris en considération et que le SMR a fautivement admis une pleine valeur probante de l'expertise bidisciplinaire sans prêter attention aux incohérences et divergences considérables relevées. En outre, elle considère que les entretiens avec les experts étaient trop courts et qu'il manquait un avis consensuel entre les deux spécialistes du SOC_A.

4.2 En matière d'appréciation d'un trouble psychiatrique, le Tribunal doit examiner si les médecins ont suivi les conditions-cadres normatives décrites par la jurisprudence, s'ils n'ont pris en considération que les limitations fonctionnelles de l'atteinte à la santé et si l'examen de l'exigibilité de la capacité de travail est fondé sur des critères objectifs (ATF141 V 281 consid. 5.2.2 ; art. 7 al. 2 LPGa). Il ne s'agit pas de procéder à un examen juridique parallèle, mais d'examiner si les conséquences fonctionnelles de l'atteinte ont été déterminées d'une façon convaincante et cohérente et, partant, dans le respect des critères normatifs.

In casu, après examen de l'expertise en question, il sied de relever qu'elle a été rendue par des professionnels reconnus, experts médicaux SIM et spécialistes respectivement en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie. Leur rapport se fonde sur une étude approfondie des avis médicaux des autres praticiens et sur un examen clinique personnel de 1h25 pour la psychiatrie et 55 minutes pour la rhumatologie. Ils ont pris en considération les plaintes exprimées par la personne examinée. Leur expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, se fondant ainsi sur des constatations objectives. Enfin, les conclusions des experts ont été énoncées de manière motivée et cohérente.

4.3 Du point de vue somatique, le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie préalablement posé par le Dr B._____ et a admis des rachialgies chroniques fonctionnelles et une dysbalance musculaire avec

déconditionnement. Il a toutefois retenu que l'examen rhumatologique était strictement normal en dehors d'une atteinte tendineuse du supra épineux avec bursite confirmée par l'examen échographique de l'épaule droite avec une radiographie ne montrant qu'un acromion crochu sans calcification. L'examen neurologique succinct était également normal. Le Dr I._____ a fait état d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % en raison de la fatigue et de l'insomnie. Il a mis en avant qu'il restait passablement d'options thérapeutiques pouvant être implémentées pour tenter d'améliorer encore la situation de la recourante.

Dans ses différents rapports médicaux, le Dr B._____ insiste sur le caractère incapacitant des douleurs polyarticulaires de la recourante dans le cadre de sa fibromyalgie. Les mesures thérapeutiques mises en place jusque-là s'étaient toutes soldées par un échec. Or, il ressort de l'examen clinique de l'expert rhumatologue que la marche était fluide et aisée, que la mobilité spontanée se faisait sans boiterie ni steppage, que l'assurée était restée assise durant 35 minutes dans une situation confortable sans demander à se lever ou à changer de position et qu'elle était autonome dans les gestes du déshabillage et de l'habillage. Les différents tests et palpations effectués n'ont par ailleurs mis en évidence aucune douleur particulière. Au surplus, le Dr I._____ a relevé que la conduite automobile lui semblait peu compatible avec les douleurs importantes au niveau de l'épaule droite annoncées par l'assurée.

Selon la jurisprudence, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle) compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par les observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Ce principe vaut aussi bien sur le plan somatique que psychique (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4).

Il convient de préciser que la recourante ne conteste pas de manière précise les conclusions du Dr I._____, mais cible plutôt ses critiques sur celles du Dr H._____.

4.4 Du point de vue psychiatrique, le Dr H._____ a reçu la recourante durant 1h25, durée critiquée par celle-ci mais qui paraît acceptable à la Cour de céans à la lumière de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_133/2012 du 29 août 2012 dans lequel un examen psychiatrique d'une heure avait été jugé suffisant, et qui précisait que la longueur de l'examen ne devait pas être comparée à des consultations menées chez des psychiatres

traitants dans le cadre d'un suivi psychiatrique régulier (consid. 3.2.1). Au demeurant, la durée de l'examen n'est en soi pas un critère décisif pour juger de la valeur probante de l'expertise et ne saurait remettre en question la fiabilité du travail des experts dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (arrêts du Tribunal fédéral 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 4.4.2, 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2). Ce qui est déterminant, c'est plutôt le fait que le rapport soit complet dans son contenu et concluant dans son résultat. En l'occurrence, l'évaluation diagnostique faite par le Dr H. _____ repose non seulement sur son examen clinique de 1h25, mais également sur une étude circonstanciée de l'anamnèse de la recourante, comprenant l'ensemble des appréciations médicales. La critique émise par l'intéressée sur ce point est donc inopérante.

Le Dr H. _____ a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), soit un trouble associant des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs dont l'intensité ou la durée n'était pas suffisante pour qu'un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif caractérisé autre puisse être retenu, ainsi que d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), cette accentuation n'étant pas suffisante pour retenir un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité. Il a pris position vis-à-vis des rapports et expertises précédents et a en particulier discuté des conclusions du Dr C. _____, expliquant, diagnostic par diagnostic, pourquoi elles ne pouvaient pas être suivies. Dans son complément du 28 novembre 2023, le Dr H. _____ se détermine également sur les incohérences qui lui sont reprochées. Il rappelle que les descriptions cliniques de l'examen lors des deux expertises antérieures et lors de leur examen n'objectivaient ni ralentissement psychomoteur marqué, ni agitation, ni troubles significatifs de l'attention ou de la concentration ni symptômes anxieux ayant pu gêner le déroulement de l'examen. Au surplus, il met en avant le fait que les diagnostics retenus par le psychiatre traitant auraient été présents depuis longtemps, seraient graves et totalement incapacitants alors que l'assurée a travaillé sans interruption et à 100 % (*sic*) avant la survenue du conflit professionnel à l'origine de son arrêt.

Le Dr H. _____ insiste sur la différence entre le rôle de psychiatre traitant, qui organise le cadre de la relation thérapeutique dans un lien de confiance, de bienveillance, marqué par le postulat de sincérité qu'il accorde aux plaintes et aux informations fournies par son patient, et celui d'expert psychiatre, dont l'analyse critique ne démarre pas d'un a priori défavorable à l'assuré, ni de préjugés quant à sa sincérité, mais qui doit être neutre, argumentée, notant les données cohérentes ainsi que les contradictions qu'il peut relever entre les différentes anamnèses (rapports des thérapeutes, rapports d'expertises

antérieures, anamnèse lors de l'expertise), entre les plaintes subjectives et ce qu'il observe lors de son examen ainsi que lors de la comparaison des limitations rapportées dans les différents domaines comparables de la vie.

En l'espèce, le Dr H._____ est convaincant lorsqu'il avance que le postulat de sincérité, fondamental dans la relation thérapeutique, ressort clairement des objections formulées par le Dr C._____ dans son rapport du 25 août 2023. En effet, ce dernier semble porter un intérêt prépondérant au contexte et à l'histoire de vie de sa patiente de même qu'à des symptômes qui n'ont été ni rapportés par A._____ lors des consultations du 9 mars 2023 ni constatés par les deux experts, pas plus que par le Dr D._____ en 2018 et le Dr E._____ en 2020. Comme le psychiatre traitant l'explique lui-même pour justifier l'écart important entre son appréciation et celle de l'expert, le principal motif est la différence de profondeur de la connaissance de la patiente/expertisée étant donné qu'il la suivait depuis environ 6 ans alors que l'expert ne l'avait vue que durant 1h25 à une occasion. Il reproche en outre au Dr H._____ de ne pas avoir eu la sensibilité d'apercevoir ce qui se passait vraiment durant l'entretien et dans la vie de la recourante, ce qui l'avait amené à avoir une interprétation biaisée et superficielle de son état psychique. Or, le rôle d'un expert consiste précisément à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée dans un délai relativement bref, sans être avec celle-ci dans un rapport thérapeutique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2022 du 14 novembre 2022 consid. 5.2.3 et la référence). On ne saurait dès lors lui tenir rigueur d'avoir fondé son analyse strictement sur les éléments au dossier ou communiqués par l'intéressée, respectivement observés, lors de l'examen clinique.

4.5 Les experts ont analysé le cas de la recourante en fonction des exigences jurisprudentielles, selon le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée.

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2).

Dans le cas d'A._____, les experts ont mis en évidence des signes d'aggravation, constatant une discordance considérable entre les plaintes subjectives formulées et les constats médicaux objectifs qu'ils retiennent. Le Dr H._____ a dit avoir été frappé par

la disproportion entre, d'une part, l'ampleur des plaintes et les difficultés décrites par l'assurée dans sa journée type et, d'autre part, les données de l'examen clinique qui ne traduisent pas de symptômes majeurs en faveur d'un trouble dépressif d'une intensité significative en l'absence d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ou encore de troubles anxieux caractérisés quelles qu'en soient la nature et l'intensité. Quant au Dr I._____, il a admis le diagnostic de fibromyalgie mais ne le considère pas comme incapacitant (hormis les 10 % de réduction dus à la fatigue), niant ainsi un grand nombre des douleurs alléguées par la recourante. Sur cette base, il est juridiquement douteux qu'on puisse à ce stade déjà conclure à un motif d'exclusion du fait que les limitations prétendues par la recourante reposent uniquement sur une exagération ou une manifestation analogue.

En revanche, l'évaluation à l'aide des indicateurs relevant du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence mène indiscutablement à la conclusion que les ressources dont dispose la recourante l'emportent nettement sur les facteurs de contrainte que représentent ses atteintes, somme toute modérées, de nature tant physique que psychique. Selon les constatations des experts, il n'y a pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, la recourante se plaignant d'être incapable de travailler alors qu'elle est autonome dans ses déplacements, pour son alimentation et son hygiène corporelle, qu'elle peut mettre la vaisselle dans le lave-vaisselle et passer la poussière, qu'elle a du plaisir à jouer sur son téléphone portable, à écouter de la musique et à regarder des documentaires à la télévision, qu'elle va tous les week-ends faire les courses en France avec son compagnon et, qu'avec ce dernier, elle a été en capacité de faire un aller-retour en voiture jusqu'au Portugal pour des vacances. En outre, elle dispose de ressources externes adéquates, en particulier de bonnes relations familiales avec ses trois enfants, la présence d'une vie affective et d'un compagnon compréhensif avec lequel elle a réussi à entretenir une relation harmonieuse, ainsi que de ressources internes appréciables, ayant notamment été en mesure d'élever sa fille aînée seule tout en travaillant et de gérer des situations de séparation avec ses deux ex-maris.

Au cas particulier, les résultats de l'expertise convainquent du fait que les facteurs psychosociaux et socioculturels qui ont marqué la vie de la recourante sont au cœur des problèmes qu'elle rencontre, sans pour autant pouvoir être considérés comme une maladie psychique – ou psychosomatique – autonome. Or, comme mentionné plus haut (cf. *supra* consid. 4.3), les évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des

atteintes invalidantes à la santé. Par conséquent, il faut partir du principe que la personne assurée est valide. Un degré d'invalidité qui ouvre le droit à une rente peut être reconnu seulement lorsque les conséquences fonctionnelles sont étayées sans contradiction et selon toute vraisemblance par des constatations médicales basées sur les indicateurs standards. Ainsi, l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective (art. 7 al. 2 LPGa) ; la personne assurée continue à supporter le fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 6, 3.7.1 et 3.7.2 ; DFI OFAS Lettre circulaire AI n° 334).

4.6 La recourante reproche aux experts l'absence d'une discussion consensuelle entre eux. S'il est vrai que le rapport d'expertise ne retranscrit pas les échanges qu'ils ont pu avoir, on y trouve tout de même une évaluation interdisciplinaire (pièce OAI 96, p. 15 ss) qui se termine par une brève information sur l'obtention du consensus. On peut y lire que les experts ont participé à une conférence consensuelle au terme de leurs évaluations respectives et qu'ils ont ensuite eu plusieurs conversations lors de l'échange du dossier en vue des discussions finales. Il sied de retenir que les Drs I._____ et H._____ ont pu se déterminer, chacun dans leur domaine de compétence, en toute connaissance de l'analyse de l'autre et échanger ensuite sur leurs résultats. Les reproches de la recourante sur ce point ne peuvent dès lors pas être suivis.

Dans leur conclusion interdisciplinaire, les deux experts estiment que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100 %, avec une réduction de 10 % pour raison rhumatologique (fatigue), dans toute activité. Ils considèrent que tel est le cas depuis le 1^{er} mai 2020 et qu'aucun indice ne laisse admettre que la capacité de travail de l'assurée aurait été entravée durablement au-delà de cette date, que ce soit d'un point de vue psychiatrique ou somatique.

Le SMR fait sienne l'analyse des experts, s'en écartant uniquement s'agissant de la réduction de 10 %. Considérant que dès lors que la fatigue alléguée n'avait pas été observée, il n'y avait pas lieu d'admettre la moindre baisse de rendement. La question du bien-fondé de cette appréciation, reprise telle quelle par l'OAI, peut rester ouverte en l'état. En effet, une incapacité de travail de 10 % n'ouvre aucun droit à des prestations AI, pas même en matière de mesure de reclassement, au sens de l'article 17 LAI, le seuil d'invalidité d'environ 20 % arrêté par la jurisprudence n'étant pas atteint.

4.7 Compte tenu des pièces du dossier, en particulier du rapport d'expertise des Drs I. _____ et H. _____, la Cour de céans juge que de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas à même d'apporter un éclairage supplémentaire aux éléments déjà présents au dossier, de sorte qu'elle décide d'y renoncer, étant rappelé qu'il est de jurisprudence constante que, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 147 I 167 consid. 4.1 et 124 V 90 consid. 4b). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst ; ATF 141 I 60 consid. 3.3, 136 I 229 consid. 5.3 et les références).

En particulier, la recourante requiert son propre interrogatoire, ainsi que celui du Dr C. _____. Ces moyens de preuve n'ont toutefois pas à être administrés, dès lors que l'intéressée a eu l'occasion de faire valoir son point de vue céans par écrit, de même que son psychiatre traitant, qui a également pu développer son analyse médicale par écrit à plusieurs reprises. Ce faisant, la Cour ne voit pas quels faits nouveaux et pertinents pour l'issue de la cause ces interrogatoires pourraient permettre d'établir. Il est rappelé que le droit d'être entendu, tel que garanti par l'article 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale (Cst.), ne comprend pas le droit absolu d'être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2020 du 27 août 2021 consid. 4.2 et les références).

4.8 Pour rappel, 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 (cf. *supra* consid. 3.4). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit en aucun cas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

In casu, l'expertise bidisciplinaire ayant été menée conformément aux critères jurisprudentiels, il convient de lui reconnaître une valeur probante entière. Comme développé dans les considérants précédents, aucun indice concret ne justifie de s'en écarter.

La Cour de céans estime en conséquence que les griefs soulevés par la recourante sont mal fondés et que c'est à juste titre que l'intimé lui a refusé tout droit à des prestations AI (rente et mesures d'ordre professionnel).

Partant, le recours est rejeté et la décision entreprise du 18 décembre 2023 confirmée.

5

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

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

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision du 18 décembre 2023 de l'Office cantonal AI du Valais est confirmée.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de A._____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 7 mai 2026