

S1 23 118

ARRET DU 5 FÉVRIER 2025

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Sophie Haenni, avocate, Martigny

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; nouvelle demande, rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, née en 1993, a effectué une formation de coiffeuse de 2010 à 2013, à l'issue de laquelle elle a échoué aux examens pratiques et n'a pas obtenu de diplôme. Après avoir travaillé en tant que vendeuse et agent de sécurité, elle a été engagée comme aide-coiffeuse à un taux de 30% dès le 1^{er} juillet 2020 dans le salon A _____, à B _____ (pièces OAI 17, p. 52, et 112, p.318).

B. Le 13 novembre 2016, la prénommée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), dans laquelle elle a indiqué qu'elle souffrait d'un trouble anxio-dépressif l'empêchant d'assumer ses activités professionnelles et privées, pour lequel elle était suivie depuis le 17 septembre précédent par la Dresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièce OAI 1, p. 1 ss).

Dans un rapport du 19 décembre 2016, la Dresse C _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) depuis l'adolescence, de trouble anxieux généralisé (F41.1) également depuis l'adolescence ainsi que de structure de personnalité type état-limite inférieur (F60.31). En raison de la fragilité de la personnalité de sa patiente, cette spécialiste a estimé que celle-ci présentait une incapacité de travail de 70% de manière durable et que des mesures de réadaptation étaient contre-indiquées car elles précipiteraient des décompensations psychiques sévères. Elle a ajouté que les limitations de l'intéressée (vulnérabilité au stress, en particulier lors de responsabilités à assumer seule, difficultés dans la gestion des émotions, apparition périodique de phases de décompensation, faible capacité d'adaptation au changement, trouble de la concentration, trouble de l'organisation et de la planification) étaient sévères et incompatibles avec les exigences du premier marché du travail (pièce OAI 16, p. 43 ss).

Le 22 décembre 2016, la Dresse D _____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic non incapacitant d'état ferriprive et a indiqué que les symptômes de sa patiente (fatigabilité extrême, angoisses) ne s'expliquaient pas sur le plan somatique, renvoyant pour le surplus à l'avis de la Dresse C _____ (pièce OAI 20, p. 58 ss).

Le 12 avril 2017, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SMR, a estimé qu'il existait une atteinte à la santé incapacitante de nature psychiatrique sous la forme d'un possible trouble de la personnalité type borderline et d'un épisode dépressif, tous deux présents depuis l'adolescence, et que ces pathologies psychiatriques avaient empêché l'intéressée de terminer une formation professionnelle

initiale. Après avoir requis l'avis du Dr F _____, spécialiste en psychiatrie auprès du SMR, le Dr E _____ a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% sur le premier marché du travail dans une activité évitant trop de stress ou de contacts interpersonnels et ne nécessitant pas de grands efforts de concentration ni d'organisation ou de planification (pièce OAI 24, p. 77 ss).

Le 3 mai 2017, la Dresse C _____ a précisé que, depuis son dernier rapport (décembre 2016), l'état de santé psychique de sa patiente avait été marqué par des décompensations régulières. Elle a ajouté que, dès que l'engagement professionnel dépassait 20%, l'humeur baissait et l'anxiété augmentait au point d'obliger l'intéressée à se retirer chez elle et à renoncer à assumer ses tâches domestiques. Aucune mesure médicale ne pouvant améliorer ce taux, la Dresse C _____ a retenu une incapacité de travail durable et définitive de 80% (pièce OAI 26, p. 83 ss).

Dans un rapport d'expertise du 20 janvier 2018, le Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant d'état anxieux d'intensité légère à moyenne (F41.1) ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'accentuation de certains traits de personnalité, sous forme de personnalité anxieuse (Z73.1) et de tendances neurasthéniques (F48.0). Il a estimé que la reprise de l'activité habituelle de coiffeuse ne faisait pas sens, mais que dans une activité adaptée (cadre de travail soutenant, absence d'un niveau de stress supérieur, tâches bien définies, vérification régulière des tâches accomplies, surtout dans la première phase d'adaptation), la capacité de travail de l'assurée était de 80% probablement depuis mi-2017 (pièce OAI 37, p. 107 ss).

Par projets de décisions du 15 mars 2018, l'OAI a d'une part refusé tout droit à une formation professionnelle initiale à l'intéressée, motif pris qu'une telle mesure n'était pas indiquée et que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité légère et adaptée, tout en l'informant qu'une mesure d'aide au placement pourrait cependant lui être octroyée sur demande écrite de sa part. D'autre part, l'OAI lui a dénié le droit à une rente d'invalidité, dès lors qu'après comparaison des revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité se montait à 9%, soit un taux inférieur à 40% et ne donnant pas droit à une rente d'invalidité (pièces OAI 45 et 46, p. 152 ss).

Le 30 mai 2018, l'intéressée, représentée par Me Stéphanie Fumeaux, a contesté ces projets de décision. Se fondant sur un rapport du 29 mai précédent de la Dresse C _____, elle a soutenu que l'instruction de son dossier était incomplète, l'expert n'ayant pas pris en compte l'entier des diagnostics posés par sa psychiatre traitante, ce

d'autant plus que l'avis de cette dernière était en contradiction avec celui du Dr G _____. L'assurée a ajouté que la date à partir de laquelle une capacité de travail de 80% était, selon l'expert, exigible de sa part n'était pas claire et devait être précisée. Elle a enfin critiqué le calcul de son degré d'invalidité, estimant notamment qu'un abattement aurait dû être appliqué sur le salaire statistique (pièce OAI 52, p. 168 ss).

Dans un complément d'expertise du 23 septembre 2018, le Dr G _____ a précisé que l'intéressée était en majeure partie euthymique lors de l'expertise, de sorte qu'il n'avait pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qu'il avait en revanche bien évoqué le diagnostic de trouble anxieux, sous forme d'« état anxieux » afin de signaler une importance moins prononcée, et qu'il était possible que l'état antérieur de l'assurée ait été plus perturbé, mais que le rôle d'un expert était d'établir un tableau diagnostique à un moment donné. Le Dr G _____ a ainsi confirmé les conclusions de son rapport d'expertise (pièce OAI 61, p. 187 ss).

Par projets de décision du 17 octobre 2018, annulant et remplaçant ceux du 15 mars 2018, l'OAI a maintenu la teneur de ses précédents projets de décision, soit le refus de tout droit à une formation professionnelle initiale ainsi qu'à une rente d'invalidité, en précisant néanmoins que l'exercice d'une activité adaptée à 80% n'était exigible que depuis le 1^{er} juillet 2017 (pièces OAI 64 et 65, p. 196 ss).

Ces projets ont été confirmés par décisions du 23 janvier 2019 (pièces OAI 72 et 73, p. 214 ss). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

C. Dans un rapport du 5 avril 2019, la Dresse C _____ a posé les diagnostics de séquelles de psychose infantile (F84) ainsi que de trouble des impulsions et des habitudes (F63.9) et a rappelé ceux de trouble dépressif récurrent (F33) ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1). Elle a constaté une péjoration de l'état psychique de sa patiente, en raison de laquelle elle a demandé une réouverture de son dossier AI. L'assurée a confirmé cette demande de réexamen le 10 avril suivant (deuxième demande ; pièces OAI 74, p. 225 ss, et 76, p. 230).

Dans un rapport final du 25 avril 2019, les Drs H _____, spécialiste en psychiatrie, et I _____, spécialiste en médecine générale, tous deux du SMR, ont estimé que la Dresse C _____ proposait une interprétation différente de l'état de l'assurée, mais que la situation de celle-ci était manifestement inchangée sur le plan clinique. Ils ont retenu que la nouvelle documentation médicale n'établissait pas la plausibilité d'une

modification objective, significative et durable de l'état de santé de l'intéressée, de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'entrer en matière (pièce OAI 78, p. 233 ss).

Le 20 mai 2019, la Dresse C _____ a décrit de manière plus détaillée les décompensations survenues aux mois de mai et août 2018 et a précisé que la simple évocation d'une augmentation du taux de travail plongeait en quelques jours sa patiente dans un état dépressif sévère, cette réaction étant à mettre en lien avec les décompensations dépressives survenues lors des précédents essais dans des emplois à plus de 60%, ce qui parlait en faveur d'une incapacité de travail de 80% (pièce OAI 82, p. 242).

Dans un rapport final du 19 juin 2019, les Drs H _____ et I _____ ont maintenu que la Dresse C _____ proposait la même symptomatologie avec un regard différent, ce qui ne suffisait pas à admettre la plausibilité d'une modification de l'état de santé de l'intéressée (pièce OAI 83, p. 243 ss).

Par projet de décision du 24 juin 2019, confirmé par décision du 2 septembre suivant, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations AI de l'assurée (pièces OAI 84 et 85, p. 247 ss). Non contestée, cette décision est entrée en force.

D. Le 14 février 2022, l'intéressée a requis un réexamen de sa situation (troisième demande de prestations AI), se fondant sur un rapport du même jour de la Dresse C _____. Cette dernière a relevé que sa patiente avait tenté de mettre en œuvre les conseils de l'expert en reprenant une activité d'aide-coiffeuse à 30%, avant d'essayer d'augmenter ce taux à 50% au mois de novembre 2021, mais que cet essai avait été suivi par l'apparition d'une symptomatologie dépressive associant humeur basse et vertiges. La Dresse C _____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33), dont le dernier épisode sévère remontait au mois de décembre 2021, chez une personne présentant des séquelles de psychose infantile, et a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 70% de manière définitive (pièces OAI 86 et 87, p. 259 ss).

Le 6 avril 2022, le Dr I _____ a indiqué que la Dresse C _____ faisait exactement la même description clinique que dans ses précédents rapports, qu'elle annonçait les mêmes diagnostics et qu'elle retenait que l'appréciation initiale du Dr G _____ était trop optimiste. Le Dr I _____ a ajouté qu'aucun facteur de stress autre que l'augmentation du temps de travail n'était évoqué et qu'il n'y avait pas

eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé, concluant ainsi à l'absence de modification de l'état de santé de l'assurée (pièce OAI 89, p. 263 ss).

Par projet de décision du 23 mai 2022, confirmé par décision du 4 juillet suivant, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations de l'intéressée (pièces OAI 91 et 92, p. 268 ss). Non contestée céans, cette décision est entrée en force.

E. Le 16 novembre 2022, l'assurée a formulé une quatrième demande de prestations AI. Se fondant sur un rapport du 26 octobre précédent de la Dresse C _____, elle a soutenu que sa santé psychique s'était aggravée depuis le mois de décembre 2021 en raison de l'augmentation de son taux d'activité à 50%. Elle a ajouté qu'après un arrêt de travail de quelques semaines, elle avait pu reprendre son activité d'aide-coiffeuse à 50% au prix d'une augmentation des limitations dans les sphères privées, mais que dès le mois d'octobre 2022, la symptomatologie dépressive était réapparue avec notamment des pleurs, des angoisses et une aggravation de la fatigue ainsi que de la fatigabilité, la contraignant à revenir à un taux d'activité de 30% dès le 24 octobre 2022. Eu égard à cette décompensation, la Dresse C _____ a estimé que la fragilité de la personnalité de sa patiente et la sévérité de l'atteinte psychique apparaissaient plus graves qu'au moment de l'expertise en 2018, que l'intéressée fonctionnait au mieux de ses possibilités et que son incapacité de travail devait être arrêtée à 70% de manière définitive (pièces OAI 98 et 99, p. 289 ss).

Le 29 novembre 2022, le Dr I _____ a relevé que la Dresse C _____ annonçait un nouvel épisode dépressif d'intensité moyenne et décrivait deux signes majeurs de la dépression (humeur basse, fatigue/fatigabilité), mais que le status clinique était incomplet. Il a estimé qu'il était possible d'entrer en matière et que les renseignements médicaux devaient être complétés (pièce OAI 101, p. 294 ss).

Dans un rapport du 15 décembre 2022, la Dresse D _____ a noté que dès l'année 2016, l'intéressée avait présenté des symptômes nécessitant une prise en charge spécialisée (céphalées, vertiges, dyspnée, malaises) et a renvoyé à l'avis de la Dresse C _____ (pièce OAI 108, p. 304 ss).

Le 21 décembre 2022, la Dresse C _____ a expliqué que lorsque les capacités adaptatives de l'assurée étaient dépassées, comme en décembre 2021 et octobre 2022, une symptomatologie dépressive apparaissait rapidement, en quelques semaines, et était caractérisée par une humeur basse, des pleurs, des sentiments d'insuffisance et de découragement, des angoisses, des vertiges, une aboulie, une anhédonie, un sommeil perturbé avec des réveils fréquents et un retrait social. Elle a maintenu les

diagnostics déjà posés ainsi que la capacité de travail indiquée dans son rapport du 26 octobre 2022. Le 7 février 2023, elle a ajouté que sa patiente avait été licenciée au 28 février (*recte* : 31 mars) 2023, et que depuis qu'elle avait appris la nouvelle, celle-ci présentait une baisse de l'humeur assortie de pleurs, d'angoisses, de douloureux sentiments d'échecs et d'incapacité, de troubles du sommeil avec des réveils fréquents, d'un retour des cauchemars et insomnies, ainsi qu'une baisse de l'appétit sans modification pondérale. La Dresse C _____ a ainsi estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 7 février 2023 et ce de manière définitive (pièces OAI 109, p. 309 ss, et 114, p. 327 ss).

Dans un rapport final du 28 février 2023, le Dr I _____ a relevé que l'épisode dépressif moyen du mois de novembre 2022 était en rémission dès le mois de décembre suivant, si bien que cette modification de l'humeur de quelques semaines ne pouvait pas s'entendre comme une modification durable de l'état de santé au sens de l'AI, et que si la réception de la lettre de licenciement au début de l'année 2023 constituait un facteur de stress indéniable, aucun diagnostic qui n'avait pas déjà été posé n'était annoncé et les éléments cliniques fournis ne permettaient pas de qualifier un nouvel épisode dépressif. En l'absence de modification de l'état de santé, le Dr I _____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée restait de 80% dans toute activité adaptée (pièce OAI 115, p. 329 ss).

Par projet de décision du 1^{er} mars 2023, l'OAI a écarté la nouvelle demande de prestations AI de l'intéressée et lui a refusé tout droit à une rente d'invalidité, motif pris que son état de santé n'avait pas subi d'aggravation susceptible de modifier ses droits, qu'une capacité de travail de 80% dans une activité légère et adaptée restait exigible et que son taux d'invalidité demeurait de 20%, soit un taux inférieur à 40% et ne donnant pas droit à une rente d'invalidité (pièce OAI 116, p. 333 ss).

L'assurée a contesté ce projet de décision en date du 26 mars 2023. Elle a en substance fait valoir que son état de santé s'était aggravé, mais qu'elle ne pouvait pas apporter de preuve autre que les rapports des Dresses D _____ et C _____, dès lors qu'elle ne consultait pas d'autre médecin. Elle a ainsi requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (pièce OAI 117, p. 342 s.).

Le 29 mars 2023, l'OAI a informé l'intéressée que l'ensemble des renseignements médicaux recueillis depuis la réception de sa quatrième demande de prestations avaient été soumis au SMR, qui avait estimé que son état de santé n'avait subi aucune aggravation susceptible de modifier ses droits et qu'en application du principe de

l'appréciation anticipée des preuves, il n'y avait pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise (pièce OAI 118, p. 344 s.).

Le 9 avril 2023, l'assurée a requis une copie du rapport du SMR sur lequel l'OAI avait basé son projet de décision. Ce document a été transmis le 28 avril suivant à la Dresse C _____ (pièces OAI 119, p. 346, et 122, p. 351).

Par décision du 21 juin 2023, l'OAI a écarté les griefs de l'intéressée et confirmé son projet du 1^{er} mars précédent, relevant notamment que le rapport final du SMR du 28 février 2023 présentait une pleine valeur probante (pièce OAI 127, p. 357 ss).

F. X _____, dorénavant représentée par Me Sophie Haenni, a recouru céans le 23 août 2023 à l'encontre de la décision du 21 juin précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a en substance soutenu que l'instruction de son dossier était incomplète, dès lors qu'elle n'avait jamais fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire, et qu'il n'existait aucune activité adaptée à ses limitations, de sorte qu'elle devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. A titre de moyens de preuve, elle a requis la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire et a indiqué qu'elle transmettrait ultérieurement des certificats médicaux attestant ses dires.

Dans sa réponse du 3 octobre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et a indiqué n'avoir rien à ajouter à la motivation de sa décision du 21 juin précédent.

La recourante n'ayant pas formulé d'observations dans le délai qui lui était imparti, l'échange d'écritures a été clos le 8 novembre 2023.

Le 15 avril 2024, l'intéressée a maintenu que l'état de sa santé psychique s'était aggravé depuis le dernier prononcé de l'OAI et a transmis céans plusieurs pièces médicales, soit :

- Un rapport d'examen neuropsychologique du 22 février 2024, dans lequel J _____, spécialiste en neuropsychologie FSP, a relevé que le tableau neuropsychologique était dominé par d'importants troubles de la cognition sociale chez une patiente présentant des troubles de la communication et des interactions sociales auxquels s'associaient des difficultés attentionnelles. Ce spécialiste a expliqué que ces symptômes étaient compatibles avec un diagnostic clinique de trouble du spectre autistique (TSA, 299.0 DSM-V) dans le cadre d'une efficience intellectuelle par ailleurs dans la norme. Il a retenu que,

sur le plan professionnel, l'impact d'un tel trouble était significatif dans toutes les activités nécessitant une gestion des relations sociales, mais a souligné que l'assurée présentait des ressources cognitives dans une activité n'impliquant pas la gestion de telles relations et qu'elle était capable de nouveaux apprentissages, avait de bonnes aptitudes de rétention et pouvait faire preuve d'une certaine autonomie dans les situations moins routinières.

- Un rapport du 27 mars 2024 de la Dresse C _____, qui a retenu que l'atteinte à la santé psychique de l'intéressée s'était aggravée au moins depuis la dernière décision de refus de prestations de l'OAI en mars (*recte* : juin) 2023. Après avoir indiqué que l'expertise du Dr G _____ présentait de graves défauts méthodologiques devant l'invalider, elle a retenu que les nouveaux examens effectués avaient mis en évidence que sa patiente souffrait d'un TSA selon le DSM-V ou, selon le CIM-10, de troubles spécifiques du développement (F84) et plus précisément de séquelles de psychose infantile (F84.0) ainsi que d'un trouble dépressif récurrent (F33), dont les derniers épisodes sévères (F33.2) remontaient aux mois de septembre 2023 et mars 2024, suite à la reprise d'une activité de vendeuse à 40% en août 2023. La Dresse C _____ a conclu que l'incapacité de travail de l'assurée était dorénavant de 100% et ce de manière définitive.

Le 23 avril 2024, l'OAI a rappelé que la légalité des décisions attaquées devait être examinée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue, si bien que les nouvelles pièces médicales produites ne s'avéraient pas pertinentes, et que les faits survenus postérieurement devaient normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 23 août 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 21 juin précédent a été interjeté dans le délai de trente jours compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. 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, la nouvelle demande de prestations AI a été déposée en novembre 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

2.

2.1 Le litige s'inscrit dans le cadre d'une quatrième demande de prestations AI sur laquelle l'intimé a accepté d'entrer en matière. Il convient ainsi d'examiner si c'est à bon droit que celui-ci a ensuite débouté la recourante, au motif qu'elle n'avait pas réussi à démontrer une modification notable de son état de santé.

2.2 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 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

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, 112 V 387 consid. 1b).

2.3 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est 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 l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 54a LAI et 49 RAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 54a al. 2 LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (art. 54a al. 3 LAI), en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 54a al. 4 LAI). Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 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 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPG. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui 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 peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, 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 les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

En particulier, 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 non plus pas ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte 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 U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.5 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits

survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si, depuis le dernier examen matériel du droit à des prestations, la situation médicale de la recourante s'est aggravée et lui donne le droit à une rente d'invalidité.

3.2 Lorsque le droit à une rente d'invalidité a été nié par décision du 23 janvier 2019, l'intéressée présentait le diagnostic incapacitant d'état anxieux de légère à moyenne intensité (F41.1) ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'accentuation de certains traits de personnalité, sous forme de personnalité anxieuse (Z73.1), et de tendances neurasthéniques (F48.0). En revanche, le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33), posé par la Dresse C _____, n'a été retenu ni par l'expert (Dr G _____) ni par le SMR (Dr E _____). Une capacité de travail de 80% a été admise dans une activité adaptée (cadre de travail soutenant, absence d'un niveau de stress supérieur, tâches bien définies, vérification régulière des tâches accomplies, surtout dans la première phase d'adaptation) et ce dès le 1^{er} juillet 2017.

Depuis cette décision de refus de rente d'invalidité, la recourante a requis le réexamen de son cas par trois fois. Les nouvelles demandes de prestations du 5 avril 2019 et du 14 février 2022, fondées sur deux rapports de la Dresse C _____ des mêmes jours, se sont soldées par des décisions de refus d'entrer en matière, l'aggravation de son état de santé n'ayant pas été rendue plausible par l'assurée, dès lors que sa psychiatre traitante proposait une interprétation différente sa situation (diagnostics de séquelles de psychose infantile (F84), de trouble des impulsions et des habitudes (F63.9), de trouble dépressif récurrent (F33) ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1) impliquant une incapacité de travail supérieure à celle retenue par l'expert), alors que son état était inchangé sur le plan clinique (baisse de l'humeur, vertiges, retrait social, réduction des activités ménagères).

3.3 En novembre 2022, l'assurée a formulé une quatrième demande de prestations AI, soutenant que sa symptomatologie dépressive était revenue en octobre 2022 dans le contexte d'une augmentation de son activité d'aide-coiffeuse à 50%, avec notamment

des pleurs, des angoisses et une aggravation de la fatigue et de la fatigabilité la contraignant à revenir à un taux de 30% dès le 24 octobre 2022. En présence d'un éventuel motif de révision au sens de l'article 17 LPGA, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 16 novembre 2022.

Toutefois, l'instruction menée par l'OAI n'a pas fait ressortir une modification notable de l'invalidité de la recourante pouvant justifier une révision de sa rente selon l'article 17 LPGA. En effet, le rapport du 15 décembre 2022 de la Dresse D _____ n'a pas fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, ce médecin se contentant d'indiquer que sa patiente avait présenté depuis 2016 des symptômes nécessitant une prise en charge spécialisée au niveau psychique et de renvoyer à l'avis de la Dresse C _____. Quant à cette dernière, force est de constater que, dans son rapport du 21 décembre 2022, elle n'a fait que rappeler les diagnostics qu'elle avait déjà posés auparavant, soit ceux de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), le dernier épisode sévère étant survenu en décembre 2021 et le dernier épisode moyen en octobre 2022, ainsi que de séquelles de psychose infantile (F60.9), ces diagnostics ayant du reste d'ores et déjà été discutés par le SMR dans ses précédentes prises de position (cf. not. rapports du 25 avril 2019 et du 6 avril 2022). Par ailleurs, la Dresse C _____ a estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était de 70%, soit le même taux que celui retenu dans son précédent rapport du 14 février 2022 et correspondant au surplus au taux d'activité exercé par l'intéressée en tant qu'aide-coiffeuse (30%) depuis le mois de novembre 2022. Il en va de même du rapport complémentaire émis le 7 février 2023 par cette spécialiste, ce dernier ne contenant aucun diagnostic nouveau et se contentant d'indiquer que l'incapacité de travail de l'assurée était désormais totale depuis ce jour, celle-ci ayant reçu sa lettre de licenciement peu avant, ce qui lui avait causé une baisse de l'humeur. En outre, c'est le lieu de rappeler que la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige, compte tenu du fait que ces médecins, 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, de sorte que leur rapports n'aboutissent pas forcément à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante (cf. *supra* consid. 2.3). Si ce qui précède n'enlève rien au fait que l'ensemble des rapports médicaux doivent être pris en considération par le Tribunal, force est de constater que l'entier des rapports de la Dresse C _____ émis dans le cadre des nouvelles demandes de prestations formulées par sa patiente contiennent les mêmes diagnostics, qui ne sont pas nouveaux,

et que l'estimation de la capacité de travail de l'assurée semble s'adapter à l'activité réellement exercée par cette dernière.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas critiquable pour le SMR d'avoir conclu qu'aucun nouvel élément médical objectif ne justifiait une modification notable de l'invalidité de l'intéressée. En outre, dans un rapport final du 28 février 2023, le Dr I _____ a expliqué de manière claire et cohérente que l'épisode dépressif moyen annoncé en novembre 2022, qui avait permis d'admettre la plausibilité de la nouvelle demande, avait été en rémission dès le mois de décembre suivant, si bien que cette modification de l'humeur de quelques semaines ne pouvait pas s'entendre comme une modification durable de l'état de santé au sens de l'AI, et que si la réception de la lettre de licenciement au début de l'année 2023 constituait un facteur de stress indéniable, aucun diagnostic qui n'avait pas déjà été posé n'était annoncé, les éléments cliniques fournis ne permettant du reste pas d'établir l'existence d'un nouvel épisode dépressif. Le rapport final susmentionné constitue par ailleurs un rapport au sens de l'article 54a LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où il ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles le Dr I _____ aurait procédé lui-même, mais sur une appréciation basée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Ce rapport s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales présentes et bénéficie ainsi d'une pleine valeur probante permettant à l'OAI et à la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'affaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 précité et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Il n'était au demeurant pas nécessaire que le SMR examine personnellement l'assurée, la situation médicale étant essentiellement établie, de sorte qu'un examen médical direct de l'intéressée passait au second plan (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3).

3.4 S'agissant enfin des nouveaux rapports médicaux déposés par la recourante le 15 avril 2024, soit un rapport d'examen neuropsychologique du 22 février 2024 et un rapport de la Dresse C _____ du 24 mars suivant, la Cour rappelle que le juge des assurances sociales doit apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. *supra* consid. 2.5). En l'occurrence, il ressort des rapports susmentionnés qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante, sous la forme d'un trouble du spectre autistique, est alléguée dès le mois de septembre 2023, soit postérieurement à la décision litigieuse. Ces rapports n'ont ainsi pas à être pris en

considération dans la présente cause, étant rappelée à l'intéressée qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations si elle le juge utile.

3.5 Vu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif justifiant de réviser le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande du 16 novembre 2022. A l'instar du SMR dans son appréciation du 28 février 2023, il sied de confirmer l'absence de toute modification objective, significative et durable de l'état de santé psychique de la recourante, susceptible d'influencer son droit aux prestations AI, depuis la décision du 23 janvier 2019. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision du 21 juin 2023 confirmée.

Les faits étant suffisamment établis, il n'y a non plus pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, tel que l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

4.

4.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 francs 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. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2 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.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 5 février 2025