

**200.2021.425.AI**  
N° AVS A. \_\_\_\_\_  
NIG/EGC

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du juge unique du 25 novembre 2021**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge  
G. Niederer, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 12 mai 2021



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1970, célibataire et sans enfant, est au bénéfice d'un CFC d'assistante médicale ainsi que d'un brevet fédéral de spécialiste en codage médical. Elle a en particulier exercé la profession de codificatrice médicale à 100% jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2016, date à laquelle elle a été licenciée. Dans le contexte d'une période d'incapacité de travail ayant débuté le 30 octobre 2015 (à 50% puis, dès le lendemain, à 100%) et par un formulaire daté du 29 avril 2016 reçu le 4 mai 2016 par l'Office AI Berne, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI). Elle a notamment invoqué souffrir d'une dépression. L'Office AI Berne a rejeté cette demande par décision du 24 novembre 2016, confirmant une préorientation identique du 14 octobre 2016. Cette décision est entrée en force.

**B.**

Après avoir exercé une activité indépendante à 100% du 16 décembre 2016 au 31 août 2019 puis été engagée à 40% en qualité de codificatrice médicale du 1<sup>er</sup> décembre 2018 au 31 décembre 2020, l'intéressée a déposé une deuxième demande de prestations de l'AI au moyen d'un écrit du 11 décembre 2020. Elle y a déclaré être en totale incapacité de travail depuis le 6 juillet 2020 (hormis du 12 au 31 octobre 2020, période durant laquelle ce taux était de 50%), invoquant une dépression sévère présente depuis près de quinze ans, en augmentation depuis deux ans. Le 22 décembre 2020, l'Office AI Berne a invité l'assurée à lui fournir tout document médical propre à attester que son état de santé s'était modifié depuis la dernière décision du 24 novembre 2016, de manière à influencer ses droits. Il l'a rendue attentive aux conséquences d'un défaut de production. L'Office AI Berne a alors reçu les documents médicaux en possession de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur de l'assurée, contenant en particulier des certificats médicaux et un rapport de la médecin (interniste)

traitante de l'intéressée. Au terme d'une préorientation du 17 mars 2021, l'Office AI Berne a fait savoir qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Le 12 mai 2021, il a rendu une décision formelle correspondant à cette préorientation.

### **C.**

Par acte du 9 juin 2021, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 12 mai 2021, sous suite de frais et dépens. A cette occasion, elle a notamment produit un rapport médical d'un centre de psychiatrie et psychothérapie du 14 avril 2021. Faisant suite à une ordonnance du TA du 14 juin 2021, la recourante a encore complété son recours le 28 juin 2021 en maintenant ses conclusions. Le 2 juillet 2021, l'assureur perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée a transmis à l'Office AI Berne une expertise psychiatrique, dont le rapport avait été rédigé le 3 juin 2021. Dans sa réponse du 13 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'intéressée ne s'est plus déterminée.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 12 mai 2021 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce un refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante. Quant à l'objet du litige, la recourante cite l'arrêt du TF 9C\_734/2015 du 20 mai 2016 pour signaler qu'un recours d'un office AI a été rejeté par le Tribunal fédéral dans un cas similaire au sien. Elle mentionne également l'arrêt du TF 9C\_724/2018 pour rappeler que tous les troubles psychiques doivent faire l'objet d'un examen à l'aune des indicateurs standards prévus par la jurisprudence. La recourante n'explique néanmoins pas clairement ce

qu'elle entend tirer de ces jurisprudences. Dans la mesure où c'est une rente que la recourante souhaite obtenir du TA, son recours doit être déclaré irrecevable car hors de l'objet de la contestation. En effet, une telle conclusion ne porte en rien sur le fond du litige qui a exclusivement trait au point de savoir si les conditions relatives à l'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations à la suite d'un premier refus sont réalisées (cf. ATF 123 V 335 c. 1b, 109 V 108 c. 2b; TF 9C\_871/2014 du 9 juillet 2015 c. 3.2). Pour le surplus, on comprend toutefois de la motivation de la recourante qu'elle s'oppose à la décision entreprise et en demande la modification (ATF 116 V 353 c. 2b). L'objet du litige porte ainsi sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour que cet office en traite matériellement. Est particulièrement critiquée par la recourante l'appréciation de son état de santé par l'intimé, qui a ignoré l'aggravation intervenue durant les dernières années.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 qui entre en considération, 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** A teneur de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**2.2.1** Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir aussi ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une

rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avéreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 c. 2). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1).

**2.2.2** A réception d'une nouvelle demande, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

**2.2.3** Lorsqu'un assuré présente une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

**2.2.4** L'exigence de plausibilité d'une modification des circonstances ne doit pas nécessairement toucher chaque élément à la base de la décision de rejet entrée en force. Il suffit au contraire de fournir certains indices concrets de l'existence de l'état de fait que l'on allègue. L'administration est alors obligée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

**2.2.5** Un rapport médical déposé au cours seulement de la procédure judiciaire cantonale ne peut dès lors être pris en considération dans l'appréciation juridique, et ce même s'il permet certaines déductions par rapport à la situation médicale telle que donnée pendant le laps de temps visé par la nouvelle demande de prestations. Il n'y a lieu de s'écarter de ce principe que si l'Office AI n'a formellement pas mené d'une manière conforme au droit fédéral la procédure en cas de nouvelle demande (TF 8C\_389/2018 du 8 janvier 2019 c. 4.2).

### **3.**

**3.1** Dans la décision attaquée, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante, en rappelant qu'il avait rejeté une première demande le 24 novembre 2016 et que l'intéressée n'avait pas rendu plausible une modification essentielle de sa situation depuis lors. Avec sa réponse, il a précisé qu'à l'origine, le droit à des prestations avait été exclu faute d'atteinte invalidante à la santé, expliquant qu'une expertise réalisée le 31 août 2016 avait démontré que la recourante souffrait d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique qui lui permettait d'exercer une activité à 100%. L'intimé a aussi déclaré que les éléments ressortant d'un rapport du 8 décembre 2020 de la spécialiste en médecine interne traitant la recourante, transmis par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur de celle-ci dans le cadre de la nouvelle demande, étaient déjà connus lors de l'expertise de 2016. En outre, il a exposé que le rapport du 14 avril 2021, produit au stade du recours devant le TA, pouvait uniquement motiver une nouvelle demande de prestations.

**3.2** Dans son écrit du 9 juin 2021, complété le 28 juin 2021, la recourante explique qu'elle a vécu une descente aux enfers qui a continué jusqu'à une troisième décompensation totale survenue au mois de juillet 2020. Elle indique en outre que le Tribunal fédéral a rendu un arrêt dans lequel le droit à une rente d'invalidité avait été reconnu dans un cas semblable au sien (TF 9C\_734/2015 du 20 mai 2016). La recourante se réfère également à l'arrêt du TF 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019, publié in ATF 145 V 215, en soulignant que l'ensemble des troubles psychiques

doivent désormais faire l'objet d'un examen à l'aune d'une grille d'évaluation normative et structurée, laissant ainsi entendre que cet aspect a échappé à l'intimé.

#### **4.**

D'emblée, il y a lieu de constater qu'après avoir reçu la seconde demande de prestations du 11 décembre 2020, accompagnée d'attestations d'incapacité de travail, l'intimé a rendu la recourante attentive, le 22 décembre 2020 déjà, au fait qu'il lui incombait de rendre plausible un changement significatif de son état de santé depuis la décision du 24 novembre 2016, faute de quoi il ne donnerait pas suite à cette seconde demande. Il lui a fixé un délai au 12 février 2021 pour ce faire. La recourante a répondu à cette injonction par courrier électronique du 10 février 2021, sans toutefois fournir aucun document médical, alors que l'assureur perte de gain en cas de maladie de son dernier employeur a remis son dossier à l'intimé le 7 janvier 2021 (dos. AI 38.1, 38.2 et 38.3). En procédant de la sorte, c'est-à-dire en impartissant un délai raisonnable à la recourante pour déposer ses moyens de preuve et en l'avertissant qu'à défaut il n'entrera pas en matière sur la demande, l'intimé s'est conformé à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et la pratique judiciaire (voir c. 2.2.3). L'examen du cas d'espèce porte donc uniquement sur le point de savoir si la recourante a établi de façon plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, entre la première décision prononcée le 24 novembre 2016 et la date de la décision querellée, le 12 mai 2021.

#### **5.**

**5.1** A titre liminaire, il convient de noter qu'hormis divers certificats médicaux reconnaissant une incapacité de travail à la recourante et un rapport de la spécialiste en médecine interne du 8 décembre 2020, figurant au dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie et transmis par celui-ci à l'intimé (dos. AI 38.1/1 et 38.1/3), la recourante n'a produit aucun

élément à l'appui de sa nouvelle demande de prestations. Ce n'est que le 28 juin 2021, devant le TA, que la recourante a transmis un écrit du 14 avril 2021 d'un centre de psychiatrie et psychothérapie. En outre, l'assureur précité a encore fait parvenir à l'intimé un rapport d'une expertise psychiatrique daté du 3 juin 2021 (dos. AI 47.1/1).

En l'occurrence, aussi bien le rapport du 14 avril 2021 que l'expertise du 3 juin 2021, même s'ils s'inscrivent dans la période couverte par l'objet de la contestation, ont été versés en procédure après le prononcé litigieux. Or, comme on l'a vu précédemment (cf. c. 2.2.5 ci-dessus) et ainsi que l'a également relevé l'intimé dans sa réponse, ces documents médicaux ne peuvent, du fait de leur production tardive, être pris en considération dans la présente appréciation juridique (le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'étant pas applicable à ce stade de la procédure; ATF 130 V 64 c. 5.2.5). Il convient ici de rappeler que l'intimé a mené la procédure de nouvelle demande d'une manière conforme au droit fédéral en avertissant en particulier la recourante que si celle-ci ne rendait pas plausible une modification de son invalidité, il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Dès lors que cette procédure a été respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5). Les documents des 14 avril et 3 juin 2021 pourront donc au mieux motiver une nouvelle demande de prestations.

**5.2** Au surplus, le dossier contient les éléments principaux suivants.

**5.2.1** Dans la décision du 24 novembre 2016, l'intimé a retenu que, sur le plan médical, aucun diagnostic d'atteinte à la santé, accompagné de répercussions à long terme sur la capacité de travail, n'était présent. Il a jugé qu'une activité correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de la recourante était exigible à plein temps, sans diminution de rendement. Pour aboutir à ce résultat, il s'est basé sur une expertise psychiatrique datée du 31 août 2016, qui avait écarté tout diagnostic impactant la capacité de travail, seul celui (sans effet sur la capacité de travail) d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent depuis octobre 2015, ayant été posé (ch. F32 de la classification statistique

internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). L'expert avait retenu une capacité de travail pleine et entière, avis par ailleurs confirmé par le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/ Soleure (SMR) le 11 octobre 2016.

**5.2.2** A l'appui de sa demande du 11 décembre 2020, la recourante, de son propre chef et par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son ancien employeur, a produit des certificats médicaux de sa dernière médecin (interniste) traitante et de deux autres médecins du même cabinet que celle-ci, attestant une incapacité de travail à 100% du 27 juillet au 21 août 2020, puis du 25 août au 11 octobre 2020, à 50% du 12 au 31 octobre 2020, puis à nouveau à 100% du 1<sup>er</sup> novembre au 31 décembre 2020 (dos. AI 33; voir aussi dos. AI 38.2/8 et 38.3). La recourante, toujours par l'intermédiaire de l'assureur précité, a aussi déposé un rapport de cette même médecin interniste traitante, établi en date du 8 décembre 2020. Dans ce rapport, cette spécialiste a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) d'état anxio-dépressif dans le contexte d'un épuisement depuis l'été 2020. Elle y a essentiellement mentionné que sa patiente souffrait depuis longtemps de troubles du sommeil, qui avaient été aggravés au cours des derniers mois. Elle a confirmé les incapacités de travail du 25 août au 11 octobre 2020 (à 100%), du 12 au 31 octobre 2020 (à 50%), ainsi qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2020 (à 100% et pour une durée indéterminée). La médecin traitante a estimé que le pronostic était plutôt mauvais et a jugé qu'une reprise totale du travail n'était à l'époque pas à prévoir (dos. AI 38.2/10).

## **6.**

Il convient de déterminer si la recourante, en produisant les documents précités, a rendu plausible un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité (et donc le droit à la rente), depuis la dernière décision rendue par l'intimé le 24 novembre 2016 et entrée en force.

**6.1** En l'occurrence, force est d'emblée de relever que l'unique rapport médical pouvant être examiné par le TA dans la présente procédure, pour

démontrer une modification significative de l'état de santé (voir c. 5.2), à savoir celui du 8 décembre 2020, n'est que très sommairement motivé. Il s'agit en effet d'un formulaire pré-imprimé, qui a été rempli par la dernière médecin (interniste) traitante à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur de la recourante. Cette médecin, qui n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie, n'a notamment pas discuté des raisons pour lesquelles elle a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif dans le contexte d'un épuisement depuis l'été 2020. Elle ne s'est en particulier pas non plus exprimée plus avant à propos des motifs qui l'ont amenée à conclure que ce diagnostic avait un impact sur la capacité de travail de sa patiente, à savoir pourquoi l'intéressée n'était selon elle plus en mesure d'exercer son travail habituel. De surcroît, les seuls éléments évoqués cette médecin pour appuyer son diagnostic sont anamnestiques, consistant en des plaintes subjectives formulées par la recourante. Seuls des pleurs de cette dernière au cours d'une consultation ont ainsi été constatés par la praticienne. Qui plus est, les atteintes mises en exergue par celle-ci (voir, dans le même sens, celles évoquées par la recourante dans son courrier électronique à l'intimé du 10 février 2021: dos. AI 40/1), à savoir des difficultés de concentration, des pertes de mémoire, des crises d'angoisse, des pleurs, ainsi que des troubles du sommeil de longue date mais aggravés ces derniers mois (dos. AI 38.2/9 s.), avaient toutes déjà été signalées par l'expert chargé de réaliser une expertise psychiatrique en 2016 (dos. AI 24.2/3). Celui-ci avait en effet rapporté que l'intéressée ressentait fréquemment de la tristesse (qui était accompagnée de pleurs), que ses nuits étaient pénibles du fait de troubles du sommeil et qu'elle se plaignait en outre d'une mémoire défaillante. S'agissant de la concentration, l'expert précité avait encore noté que la recourante se disait très vite épuisée et, en ce qui concerne l'état d'angoisse, il avait relaté que cet état, absent d'après lui durant l'examen de l'intéressée (voir dos. AI 24.2/11), était en diminution (dos. AI 24.2/10). Il avait cependant souligné qu'au cours de l'expertise, la recourante s'était montrée souriante et qu'elle s'était exprimée très volontiers. Il avait aussi constaté qu'il n'y avait pas de labilité émotionnelle et que l'humeur n'était pas véritablement déprimée (aucune tristesse ni aucun pleur n'ayant été observés, pas plus que des signes d'abattement ou de diminution de l'élan vital). L'expert avait du reste exclu toute anomalie au niveau de la vigilance, de l'attention, de la

concentration, ainsi que de la mémoire (dos. AI 24.2/11 et 24.2/14). Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que le rapport du 8 décembre 2020 rend plausible un changement notable de la situation depuis la décision du 24 novembre 2016.

**6.2** Il faut encore préciser que l'affirmation de la recourante, selon laquelle une demande de curatelle a été introduite en raison de l'impossibilité pour celle-ci d'assumer ses affaires administratives (voir le courrier électronique adressé à l'intimé le 10 février 2021; dos. AI 40/1), ne constitue pas un élément nouveau. Outre qu'elle n'est corroborée par aucune nouvelle pièce, on doit en effet observer que l'abandon du paiement des factures avait déjà été évoqué dans les premiers rapports soumis à l'expert en 2016 (dos. AI 24.2/2 s.). Le recours à l'aide sociale et l'endettement non négligeable de la recourante n'avaient d'ailleurs pas échappé à cet expert (voir dos. AI 24.2/10). De même, l'impossibilité pour l'intéressée de s'occuper de ses affaires avait aussi été signalée par la première médecin traitant l'assurée, dans son rapport du 15 juillet 2016, dans lequel elle avait également écrit que sa patiente n'ouvrait plus son courrier (dos. AI 20/2). L'expert ne pouvait l'ignorer, puisqu'il s'était vu remettre le dossier de la cause (dos. AI 24.2/2).

**6.3** Il s'ensuit que les faits présentés par la recourante à l'intimé pour la période déterminante sont pour l'essentiel identiques à ceux ressortant du dossier, au stade de la décision du 24 novembre 2016. Les données invoquées lors de la deuxième demande de prestations ne font état d'aucun élément nouveau ou, à tout le moins pertinent, du point de vue de l'AI. Par conséquent, la recourante échoue à rendre plausible une modification significative de son état de santé. On ajoutera que, contrairement à ce que pourrait penser la recourante en invoquant la jurisprudence du Tribunal fédéral, et en particulier la nouvelle jurisprudence concernant les syndromes douloureux somatoformes (ATF 141 V 281, par la suite étendue à l'entier des problématiques psychiatriques; voir ATF 143 V 418 c. 7.2), ce changement de pratique ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ni de révision (ATF 141 V 585). L'intimé était donc en droit de refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations, du 11 décembre 2020, en se fondant sur l'absence de tout

indice concret propre à rendre plausible une modification déterminante de l'état de santé de la recourante.

## 7.

**7.1** Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**7.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens, ni à l'octroi d'une indemnité de partie (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 LPJA).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).