

# BGer 9C\_433/2023 vom 12. März 2024

Bundesgericht, 2024-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_433\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_433_2023)

FR: TF 9C\_433/2023 du 12 mars 2024

IT: TF 9C\_433/2023 del 12 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1

Le recours en matière de droit public peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il statue par ailleurs sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'en écarter doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut pas être pris en considération.

### E. 2.1

Est en l'espèce litigieux le point de savoir si la juridiction cantonale était en droit de confirmer le refus de l'office intimé d'entrer en matière sur la quatrième demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (soit la décision du 4 mars 2020).

### E. 2.2

A la suite des premiers juges, on rappellera qu'en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le taux d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a).

### E. 3.1

Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue (art. 42 LPGA, 29 al. 2 Cst., 6 CEDH), en ce que l'office intimé ne lui a pas transmis le rapport du docteur B. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2022 avant de rendre sa décision de non-entrée en matière datée du même jour, l'empêchant ainsi de produire de nouveaux documents médicaux "afin de contredire les affirmations erronées du [docteur] B. \_\_\_\_\_". Selon l'assurée, il s'agit d'une violation grave de son droit d'être entendue, qui ne pouvait pas être guérie par la juridiction cantonale. Elle soutient à cet égard que les premiers juges auraient dû renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il lui impartisse un

délai pour se déterminer sur le rapport en question et produire de nouvelles pièces.

### **E. 3.2**

Contrairement à ce qu'affirme la recourante, le rapport du docteur B. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2022 n'a pas eu "une considérable influence [...] sur la décision de l'[o]ffice AI". Les premiers juges ont exposé de manière circonstanciée que même s'il fallait admettre que le fait de transmettre la prise de position du médecin du SMR du 3 novembre 2022 seulement avec la décision pouvait constituer une violation du droit d'être entendue de l'assurée, la violation devait être qualifiée de légère, dès lors que le document litigieux n'avait pas modifié la motivation principale, ni le résultat de la décision, et avait en soi servi à répondre aux objections de la recourante et à s'assurer que celles-ci ne modifiaient pas le résultat envisagé et annoncé à l'assurée par le projet de décision du 16 août 2022. En effet, comme le fait du reste valoir l'assurée, dans son rapport du 3 novembre 2022, le docteur B. \_\_\_\_\_ avait indiqué que les nouveaux rapports médicaux produits dans le cadre de la quatrième demande de prestations étaient plutôt centrés sur une aggravation subjective des plaintes de l'intéressée et décrivaient une situation qui était connue depuis plusieurs années et qui ne semblait présenter aucun changement objectif. La recourante ne conteste pas que le docteur B. \_\_\_\_\_ avait déjà fait ce constat dans son rapport du 16 août 2022, qui était joint au projet de décision, daté du même jour. Avec ce projet, l'office intimé lui avait fait savoir qu'il considérait que les documents produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée en avril 2022 n'avaient pas rendu plausible une modification de sa situation de manière à influencer ses droits.

Par ailleurs, à l'inverse de ce qu'affirme la recourante, bien qu'elle n'ait pas eu la possibilité de prendre connaissance du rapport du docteur B. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2022 et de se déterminer sur son contenu avant le prononcé de la décision administrative - ces deux documents lui ayant été communiqués le même jour -, ces circonstances ne constituent pas une violation de son droit d'être entendue d'une gravité telle qu'elle ne pouvait être réparée dans le cadre de la procédure cantonale, soumise à la maxime d'office (à ce sujet, cf. arrêts 9C\_23/2021 du 25 octobre 2021 consid. 5.2; 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1). A cet égard, la recourante ne prétend en effet pas qu'elle n'aurait pas pu contester le rapport du docteur B. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2022 devant l'instance précédente. On ajoutera que si le droit d'être entendu garantit le droit de se déterminer sur les différentes pièces versées au dossier, la personne assurée ne saurait en déduire le droit d'avoir "le dernier mot sur le plan médical", contrairement à ce que soutient la recourante. Le grief de l'assurée tiré d'une violation de son droit d'être entendue est dès lors mal fondé.

### **E. 4.1**

S'agissant des griefs sur le fond, la recourante reproche aux premiers juges d'avoir commis "plusieurs violations du droit" et opéré "plusieurs constatations manifestement inexacts et incomplètes des faits" en admettant que les rapports médicaux qu'elle avait produits à l'appui de sa nouvelle demande ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 4 mars 2020. Elle soutient que l'instance précédente aurait violé l'art. 87 al. 2 RAI, en exigeant qu'elle apporte une "preuve complète" d'un changement notable des faits intervenu depuis ladite décision. L'assurée se prévaut d'une modification de son état de santé sous la forme d'une aggravation de ses troubles dégénératifs au niveau de la colonne dorsale. A ce propos, elle se réfère aux avis de ses médecins traitants (rapports du docteur C. \_\_\_\_\_ et de la doctoresse D. \_\_\_\_\_, tous deux médecins à la Clinique

de rhumatologie de l'hôpital E.\_\_\_\_\_, des 2 et 15 décembre 2021, de la doctoresse D.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2022, du docteur F.\_\_\_\_\_, médecin praticien, du 7 février 2022, et de la doctoresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, des 2 novembre 2020 et 12 juin 2021); ceux-ci créeraient "des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des rapports du [docteur] B.\_\_\_\_\_". Elle en déduit souffrir de discopathies débutantes (D5/D6, D8/D9 et D10/D11), d'un oedème médullaire et d'altérations Modic I et II, qui auraient été mis en évidence lors d'une IRM du 25 novembre 2020 et seraient donc survenus postérieurement à la décision du 4 mars 2020. Selon l'assurée, ces troubles situés au niveau de la colonne dorsale ne sont "de loin pas identiques" aux troubles diagnostiqués antérieurement, notamment par les docteurs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie (rapport d'expertise du 26 février 2019), et I.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la Clinique de rhumatologie de E.\_\_\_\_\_ (rapport du 22 novembre 2019), qui se situaient uniquement au niveau de la colonne cervicale (C5-C6) et lombaire (discopathies étagées L3 à S1).

#### **E. 4.2**

Après avoir constaté, en se référant notamment au rapport du docteur H.\_\_\_\_\_, qui avait été mandaté par l'office intimé en 2019 pour une expertise (rapport du 26 février 2019), que les troubles dégénératifs au niveau dorso-lombaire (rachialgies) étaient présents de longue date, la juridiction cantonale a exposé les raisons pour lesquelles elle a considéré que les rapports produits par la recourante à l'appui de sa quatrième demande de prestations ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé sur ce plan. Elle a en particulier expliqué que les diagnostics principaux posés en novembre 2019 par les médecins de la Clinique de rhumatologie de E.\_\_\_\_\_ étaient à peu de choses près identiques à ceux retenus dans le cadre de la nouvelle demande par leurs confrères. En effet, dans son rapport du 12 octobre 2022, la doctoresse D.\_\_\_\_\_ avait repris la quasi-totalité des diagnostics posés par le docteur I.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2019, notamment celui de rachialgies cervico-lombaires chroniques sur troubles dégénératifs et statiques du rachis. Une différence avait toutefois trait à ce diagnostic, en ce que la doctoresse D.\_\_\_\_\_ avait fait mention de l'IRM du 25 novembre 2020 qui avait mis en évidence des discopathies débutantes D5/D6, D8/D9 et D10/D11, avec oedème médullaire et transformation graisseuse des entèses antérieures, en premier lieu en relation avec des altérations Modic I et II. Cela étant, dans la mesure où la doctoresse D.\_\_\_\_\_ avait qualifié les discopathies D5/D6, D8/D9 et D10/D11 de "débutantes" et indiqué qu'il n'y avait pas de "nette péjoration" de la discopathie depuis 2015, les premiers juges ont considéré que les modifications en question demeuraient peu importantes. Invitée par le mandataire de la recourante à se déterminer sur l'existence d'une aggravation à la lumière des IRM de 2015, 2018 et 2020, la doctoresse D.\_\_\_\_\_ s'était par ailleurs exprimée de manière évasive, notamment lorsqu'elle avait indiqué que les modifications au niveau lombaire mises en évidence dans le rapport de l'IRM "de la colonne totale et des sacro-iliaque" du 25 novembre 2020, étaient superposables à l'examen de 2015 (rapport du 12 octobre 2022). Sur le plan dorsal, la médecin traitante avait mentionné retrouver quelques discopathies débutantes, D5/D6, D8/D9 et D10/D11 avec oedème médullaire et altérations Modic I et II, en précisant ne pas disposer de l'imagerie réalisée en février 2018. Les juges précédents ont considéré qu'une telle réponse était peu à même d'appuyer substantiellement la démarche de la recourante auprès de l'assurance-invalidité, d'autant que la doctoresse D.\_\_\_\_\_ avait conclu en se référant simplement à l'augmentation des

douleurs du rachis dorsal et lombaire, soit à un élément éminemment subjectif.

#### **E. 4.3**

Par ses arguments, la recourante ne parvient pas à démontrer en quoi les constatations des premiers juges en relation avec les atteintes au niveau dorso-lombaire seraient manifestement inexactes ou auraient été établies en violation du droit. L'instance précédente a en effet dûment tenu compte des diagnostics posés par la doctoresse D.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 5.3 de l'arrêt entrepris; consid. 4.2 supra), quoi qu'en dise l'assurée en affirmant de manière péremptoire que les premiers juges se seraient fondés sur l'avis du docteur B.\_\_\_\_\_, qui aurait "ignoré" la présence d'un oedème médullaire et des altérations Modic I et II et aurait à tort "prétend[u]" que les discopathies débutantes en D5/D6, D8/D9 et D10/D11 ne constituaient pas une aggravation ni un fait nouveau. En ce que l'assurée se contente de se référer à l'avis de ses médecins traitants, dont elle cite de larges extraits dans son écriture de recours, et d'affirmer que la doctoresse D.\_\_\_\_\_ a retenu "une aggravation des troubles dégénératifs sur la colonne dorsale", elle ne met pas en évidence d'éléments concrets et objectifs susceptibles de remettre en cause l'appréciation qu'ont faite les premiers juges des pièces médicales versées à la procédure administrative, ni de motifs susceptibles d'en établir le caractère arbitraire (cf. consid. 1 supra). La recourante ne peut en particulier pas être suivie lorsqu'elle affirme qu'elle ne présentait pas de troubles de la colonne dorsale antérieurement à la décision administrative du 4 mars 2020, en reprochant aussi à l'instance précédente de s'être elle-même livrée à des "appréciations médicales inadmissibles". A la lecture des rapports de la doctoresse G.\_\_\_\_\_ des 2 novembre 2020 et 12 juin 2021, on constate en effet que l'assurée souffrait de discopathies dorsales et lombaires depuis 2019 déjà. Les troubles au niveau de la colonne dorsale mis en évidence par la doctoresse D.\_\_\_\_\_ ne sont dès lors pas de "nouveaux éléments médicaux" pour reprendre les termes de la recourante.

Quant à l'augmentation des douleurs du rachis dorsal et lombaire également mentionnée par la doctoresse D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 octobre 2022, en se référant aussi à un rapport de scintigraphie osseuse du 27 octobre 2021, la recourante ne saurait rien en tirer non plus en sa faveur. D'une part, la médecin traitante n'a pas retenu de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport au docteur H.\_\_\_\_\_, qui avait conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée après le 18 janvier 2016 (rapport du 26 février 2019). En effet, alors que le docteur H.\_\_\_\_\_ avait considéré qu'une activité sans surcharge du rachis ni des articulations digitales et portantes, en particulier sans le port fréquent de charges supérieures à 2 kg, ni la station debout ou assise prolongée, était adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée (rapport du 26 février 2019), la doctoresse D.\_\_\_\_\_ avait pour sa part fait état de limitations fonctionnelles de sa patiente dans un travail physique, en citant le port de charges, la position statique prolongée, les mouvements non ergonomiques et répétés du rachis et les travaux avec les bras à une hauteur de plus de 90° (rapport du 12 octobre 2022). D'autre part, la doctoresse D.\_\_\_\_\_ n'a pas mis en relation l'augmentation des douleurs qu'elle a attestée avec un substrat organique, respectivement avec un diagnostic particulier. La capacité de travail de 40 % retenue par la doctoresse D.\_\_\_\_\_ (rapport du 12 octobre 2022) procède ainsi d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé.

#### **E. 4.4**

L'argumentation de la recourante selon laquelle la juridiction cantonale aurait exigé qu'elle apporte une "preuve complète" qu'un changement notable était intervenu dans l'état de fait depuis la décision du 4 mars 2020, en violation de l' art. 87 al. 2 RAI qui prévoit "le degré de preuve de la plausibilité", n'est pas davantage fondée. Si les premiers juges ont considéré qu'il paraissait difficile de se faire une opinion sérieuse de la situation en l'absence des clichés scintigraphiques, ils ont exposé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles les rapports de scintigraphie osseuse des 28 juillet 2017 et 27 octobre 2021 établis par un médecin étranger, même sans les images, n'étaient pas suffisants pour établir, au degré de preuve de la plausibilité exigé par l' art. 87 al. 2 RAI , que l'état de santé de l'assurée s'était modifié dans une mesure susceptible d'influencer ses droits depuis la décision de mars 2020. Il ressort en particulier des constatations de l'instance précédente à cet égard que le médecin ayant établi le rapport du 27 octobre 2021 n'a nullement décrit l'influence que pourrait avoir l'"augmentation de la captation du radiopharmaceutique" qu'il a attestée sur la capacité de travail de l'assurée, ni procédé à une comparaison avec la situation qui prévalait en 2017.

#### **E. 4.5**

C'est également en vain que la recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir suivi l'avis du docteur B. \_\_\_\_\_. Elle affirme à cet égard que le médecin du SMR aurait "dépassé le rôle qui lui est reconnu par la jurisprudence" en s'écartant de l'appréciation de la doctoresse D. \_\_\_\_\_ et en la remplaçant par sa propre appréciation dans un domaine qui n'est pas le sien et cela sans avoir examiné l'assurée.

Quoi qu'en dise la recourante, appelé à se prononcer sur son dossier médical, sans effectuer d'examen clinique sur sa personne (au sens de l' art. 49 al. 2 RAI ), le docteur B. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas "faire que deux choses", à savoir "soit valider" les conclusions de la doctoresse D. \_\_\_\_\_ "soit ordonner la mise en oeuvre d'une expertise" pour confirmer ou infirmer ces conclusions. On rappellera qu'une appréciation par le médecin interne du SMR du dossier médical de la personne assurée a pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de faire des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical (arrêt 8C\_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les arrêts cités). Il appartenait ainsi au docteur B. \_\_\_\_\_ de porter une appréciation sur celles déjà existantes. Or c'est précisément ce qu'il a fait en mettant en évidence que les avis des médecins traitants de l'assurée n'étaient pas suffisants pour rendre plausible une aggravation de son état de santé, comme l'ont exposé de manière circonstanciée les juges précédents. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la juridiction cantonale (consid. 4.3 supra), ni d'ailleurs de sa considération selon laquelle le docteur B. \_\_\_\_\_ a satisfait à la fonction qui lui est dévolue.

#### **E. 4.6**

Pour le surplus, l'assurée ne conteste pas les constatations cantonales selon lesquelles son état de santé somatique ne s'est pas aggravé en relation avec son atteinte inflammatoire (spondylarthropathie).

#### **E. 4.7**

En conséquence de ce qui précède, en niant que la recourante eût rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, la juridiction cantonale n'a ni établi les faits de manière inexacte ou arbitraire, ni violé le droit fédéral. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de son appréciation. Le recours est mal fondé.

**E. 5**

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires seront supportés par la recourante ( art. 66 al. 1 LTF ).

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