

BGer 9C_571/2011 vom 26. Juni 2012

Bundesgericht, 2012-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_571_2011

FR: TF 9C_571/2011 du 26 juin 2012

IT: TF 9C_571/2011 del 26 giugno 2012

Volltext

Bundesgericht

Tribunal fédéral

Tribunale federale

Tribunal federal

{T 0/2}

9C_571/2011

Arrêt du 26 juin 2012

Ile Cour de droit social

Composition

MM. et Mme les Juges U. Meyer, Président, Kernén et Glanzmann.

Greffier: M. Cretton.

Participants à la procédure

C._____, Espagne,

recourante,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, Avenue Edmond-Vaucher 18, 1203 Genève,

intimé.

Objet

Assurance-invalidité (nouvelle demande),

recours contre le jugement du Tribunal administratif fédéral, Cour III, du 6 juillet 2011.

Considérant:

que C._____, ressortissante espagnole née en 1954, ménagère ayant travaillé huit ans en Suisse, a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité suisse par le truchement de l'Institut National Espagnol de la Sécurité Sociale (INSS) le 21 octobre 2008,

que le docteur K._____, service médical de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'office AI), a constaté que les documents médicaux produits pour étayer la requête révélaiient un lymphome non hodgkinien (traité par radio- et chimiothérapie, en rémission complète), un diabète de type 2 et une hypertension artérielle

que le docteur M. _____, mandaté par l'INSS (cf. rapport du 4 février 2009), ne considérait pas comme incapacitants (rapport du 4 mars 2009),

que, sur cette base, l'office AI a rejeté la demande, au motif que les affections retenues ne restreignaient pas l'accomplissement des travaux habituels dans une mesure suffisante pour légitimer l'octroi d'une rente (décision du 8 mai 2009),

que l'assurée a transmis de nouveaux documents médicaux le 25 septembre 2009, que l'office AI a traités comme une nouvelle requête de prestations,

que le docteur K. _____ a estimé que les douleurs épigastriques (traitées favorablement avec un médicament diminuant l'acidité) et le trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (qui ne justifie généralement pas d'incapacité de travail de longue durée, particulièrement pour une ménagère) annoncés ne causaient pas d'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères (rapport du 24 octobre 2009),

que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande, dès lors que l'intéressée n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations (décision du 7 janvier 2010),

que C. _____ a déféré cette décision au Tribunal administratif fédéral, Cour III, concluant substantiellement à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité,

que l'office AI a conclu au rejet du recours,

que l'assurée a déposé un nouveau rapport médical, qui ne faisait état d'aucun élément inconnu d'après le docteur L. _____, service médical de l'administration (rapport du 3 septembre 2009),

que le tribunal saisi a débouté l'intéressée (jugement du 6 juillet 2011),

que C. _____ recourt contre ce jugement dont elle sollicite implicitement la réforme, reprenant les mêmes conclusions que précédemment,

que, saisi d'un recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF), le Tribunal fédéral a un pouvoir d'examen limité, applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF) et statue sur la base des faits retenus par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF) mais peut rectifier ou compléter d'office l'état de fait du jugement entrepris si des lacunes ou des erreurs manifestes lui apparaissent aussitôt (art. 105 al. 2 LTF),

qu'il n'examine en principe que les griefs motivés (art. 42 al. 2 LTF) et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF),

que le recourant ne peut critiquer la constatation des faits importants pour le sort de l'affaire que s'ils ont été établis en violation du droit ou de façon manifestement inexacte (art. 97 al. 1 LTF),

que le litige porte sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, plus particulièrement sur le point de savoir si la recourante a effectivement échoué à rendre plausible une modification de sa situation médicale susceptible d'influencer son droit à une rente,

que l'acte attaqué cite correctement les dispositions légales et les principes jurisprudentiels nécessaires à la résolution du litige de sorte qu'il suffit d'y renvoyer,

que la question de la recevabilité du recours - dont on peut douter dès lors que l'argumentation de l'assurée reprend in extenso les griefs présentés en première instance, en y intégrant néanmoins quelques éléments nouveaux - peut rester ouverte dans la mesure où ledit recours est manifestement infondé,

que la recourante reprend les critiques déjà développées contre la décision litigieuse en première instance et reproche en plus aux premiers juges d'avoir confirmé la non-entrée en matière sans avoir pris en considération tous les diagnostics, tous les documents médicaux produits ou les effets et interactions des médicaments absorbés, en particulier ceux destinés au traitement de la pathologie psychiatrique,

que cette argumentation ne démontre pas en quoi la juridiction de première instance aurait constaté les faits d'une manière manifestement inexacte, fait preuve d'arbitraire ou violé le droit fédéral en confirmant la décision de non-entrée en matière,

que la reprise d'une argumentation (en l'occurrence, essentiellement le rappel du contenu de certains rapports médicaux [diagnostics et évaluation de l'incapacité de travail; cf. recours, consid. «segundo» et «tercero»] et une interprétation personnelle de ces données quant aux répercussions des diagnostics sur la capacité de travail [limitations anatomiques et fonctionnelles graves, progressives et définitives; modification de l'état de santé avec des séquelles irréversibles empêchant la réalisation des plus élémentaires tâches de la vie quotidienne; cf. recours, consid. «primero» et «cuarto»]) à laquelle il a déjà été répondu ne constitue aucunement une critique du bien-fondé de la réponse apportée, d'autant moins que l'auteur de cette réponse a précisément expliqué pourquoi il s'était fondé sur un rapport médical plutôt qu'un autre ou pourquoi il avait estimé que certains diagnostics n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail (cf. jugement attaqué, consid. 5.2 et 5.3),

que la recourante se contente pour le surplus d'affirmer d'une manière générale que le tribunal de première instance n'aurait pas tenu compte de tous les éléments disponibles mais ne précise pas quels sont ces éléments qui auraient erronément ou illégalement été écartés,

que le recours est ainsi manifestement mal fondé et doit être rejeté selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 109 al. 2 let. a LTF, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner un échange d'écritures,

que, vu l'issue du litige, l'assurée doit assumer les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF), par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal administratif fédéral, Cour III, et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 26 juin 2012

Au nom de la IIe Cour de droit social

du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Meyer

Le Greffier: Cretton

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