

# **BGer 9C 789/2012 vom 27. Juli 2013**

Bundesgericht, 2013-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_789\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_789_2012)

FR: TF 9C 789/2012 du 27 juillet 2013

IT: TF 9C 789/2012 del 27 luglio 2013

## **Regeste**

Assurance-invalidité | Assurance-invalidité

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le recours en matière de droit public peut être formé 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 ), sans être limité par les arguments du recourant ou par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l' art. 42 al. 2 LTF , et ne peut aller au-delà des conclusions des parties ( art. 107 al. 1 LTF ). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance ( 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'écarter des faits constatés 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 être pris en considération.

### **E. 2.1**

Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré 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 ( art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références).

### **E. 2.2**

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'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l' art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité

judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande ( ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

### **E. 2.3**

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA ), ne s'applique pas à la procédure de l' art. 87 al. 3 RAI ( ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l' art. 87 al. 3 RAI , à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles 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 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

### **E. 3.1**

Au préalable, la recourante soutient que l'intimé est formellement entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors qu'il a sollicité l'avis du SMR. Elle lui reproche, en outre, d'avoir attendu six ans avant de se prononcer sur sa demande, laquelle remonterait au 7 décembre 2007. Un tel délai de carence serait inadmissible et prouverait que le dossier nécessitait une instruction complémentaire.

### **E. 3.2**

Quoi qu'en dise la recourante, il ne s'est pas écoulé six ans avant que l'intimé ne se prononce sur sa nouvelle demande de rente; ce n'est qu'en date du 21 décembre 2009 que l'assurée a formulé une telle demande. Le courrier du 7 décembre 2007, par lequel le mandataire de la recourante a informé l'intimé qu'il ne comptait pas recourir contre le jugement du 28 août 2007 et requis une mesure d'aide au placement, n'avait pas pour objet une nouvelle demande d'examen du droit à une rente d'invalidité. Le délai dans lequel l'intimé s'est déterminé sur la demande du 21 décembre 2009 n'apparaît pas particulièrement long compte tenu des nombreux rapports médicaux produits par la recourante et du recours qu'elle a déposé entre-temps contre la décision d'aide au placement accordée par l'office AI en date du 24 juin 2010. Il est vrai que l'intimé a pris conseil à deux reprises auprès du SMR au sujet des pièces produites, il n'a toutefois procédé à aucune mesure d'instruction sur le plan médical. On ne peut donc suivre le raisonnement de la recourante, lorsqu'elle soutient que l'intimé est entré (implicitement) en matière sur la demande du 21 décembre 2009. Dès lors, en instance fédérale, le litige porte uniquement sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière, de sorte que les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité sont

irrecevables.

#### **E. 4.1**

Contrairement à l'argument soulevé par la recourante à ce sujet, la juridiction cantonale a correctement appliqué la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. supra consid. 2.3 in fine) en ne tenant pas compte des rapports médicaux produits par la recourante au cours de la procédure cantonale, soit postérieurement à la décision du 6 juillet 2011. En effet, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

#### **E. 4.2**

Examinant donc à juste titre uniquement les pièces déposées en procédure administrative et les comparant à la situation médicale prévalant lors du dernier examen du droit à la rente de l'assurance-invalidité par l'office AI (cf. décision du 15 juin 2006 confirmée par jugement du 28 août 2007), la juridiction cantonale est parvenue à la conclusion que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé physique et psychique. En ce qui concerne plus spécialement les rapports médicaux, sur lesquels s'appuie la recourante, les premiers juges ont indiqué que sur le plan somatique le rapport du 1er octobre 2008 du docteur L.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau. Dans son rapport du 23 octobre 2009, le docteur F.\_\_\_\_\_ faisait état d'un syndrome douloureux, qui ne constituait pas un problème nouveau; il ne se prononçait, par ailleurs, pas sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail résiduelle. En ce qui concerne la deuxième appréciation du docteur F.\_\_\_\_\_ au terme de laquelle ce médecin a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50 %, les premiers juges ont retenu qu'elle n'était pas suffisamment motivée. Ce médecin n'avait, en effet, pas exposé les éléments sur lesquels il fondait ses conclusions relatives à la capacité de travail et ses observations ne permettaient pas d'attester clairement la présence d'une atteinte à la santé objective nouvelle. Sur le plan psychique, les premiers juges ont relevé que les conclusions du docteur G.\_\_\_\_\_ (rapports des 18 novembre 2009, 28 juin 2010 et 23 août 2010) étaient peu claires, voire contradictoires, et que le diagnostic d'état dépressif grave auquel il concluait n'était pas suffisamment documenté. En ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère retenu par la doctoresse V.\_\_\_\_\_, ils ont mentionné que celui-ci relevait d'une appréciation différente d'une même situation. Cette praticienne ne s'était, par ailleurs, pas prononcée sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail exigible. Quant au syndrome de stress post-traumatique - mis en évidence par la doctoresse V.\_\_\_\_\_ en relation avec le grave accident que le fils de la recourante avait subi en 2008 -, la juridiction cantonale a considéré que ce diagnostic n'était pas établi.

#### **E. 5.1**

Par ses arguments, la recourante ne parvient pas à démontrer en quoi les constatations des premiers juges sur le plan somatique seraient manifestement inexactes ou auraient été établies en violation du droit. Elle reproche notamment aux premiers juges de ne pas avoir tenu compte comme facteur aggravant de l'apparition en 2008 de cervico-brachialgies dans un contexte de spondylodiscarthrose cervico-thoracique attestée par le docteur F.\_\_\_\_\_. Or, ce médecin n'a pas précisé en quoi cette nouvelle atteinte aurait entraîné des limitations

fonctionnelles autres que celles déjà prises en compte lors des procédures précédentes. Les seules limitations fonctionnelles mises en évidence par le docteur F. \_\_\_\_\_ concernent les lombosciatalgies et sont superposables à celles qu'il retenait dans son évaluation du 20 juillet 2001. C'est donc à juste titre que la juridiction cantonale n'a pas tenu compte de cette nouvelle affection. Au demeurant, on ajoutera, à la suite des premiers juges, que ce médecin n'a pas indiqué les éléments objectifs sur lesquels repose la capacité de travail de 50 % à laquelle il conclut, se contentant dans une large mesure de faire état d'un «syndrome douloureux subjectivement extrêmement invalidant». En ce qui concerne le rapport radiologique du 1er octobre 2008, il n'est d'aucun secours à la recourante, le docteur L. \_\_\_\_\_ ne s'étant pas prononcé sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. En outre, quoi qu'en dise la recourante, l'avis du 4 février 2009 du médecin conseil de l'intimé ne constituait pas une nouvelle appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, le docteur A. \_\_\_\_\_ ayant, de toute vraisemblance, repris le taux de 60 % admis par les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_. Enfin, le fait que les premiers juges se sont référés au taux de capacité de travail de 60 % fixé par les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ au lieu de prendre en considération le taux de 75 % finalement retenu dans le jugement du 28 août 2007 n'a pas eu de conséquence sur l'appréciation du cas d'espèce.

### **E. 5.2**

Sur le plan psychique, l'appréciation de la juridiction cantonale n'apparaît pas non plus arbitraire, ni autrement contraire au droit. En particulier, il n'était pas insoutenable de la part des premiers juges de retenir que le diagnostic d'état dépressif grave posé par le docteur G. \_\_\_\_\_ n'était pas suffisamment documenté. Le seul fait de noter que les symptômes anxieux dépressifs et douloureux s'étaient aggravés, sans préciser en quoi consistait cette aggravation et sans indiquer les raisons pour lesquelles de tels symptômes empêcheraient la recourante d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, ne constituait pas une motivation suffisante. Il ressort, en outre, des précédentes évaluations du docteur G. \_\_\_\_\_ que celui-ci concluait déjà en 2001 et 2002 à l'existence d'un état dépressif moyen à sévère entraînant une incapacité de travail de 80 %, voire de 100 % (cf. rapports des 30 janvier 2001 et 25 avril 2002). De son côté, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère. Elle a toutefois relevé que la situation n'était pas si désespérée, la recourante faisant face au quotidien, à sa façon, à ses douleurs même si elle avait encore de la peine à le reconnaître. En l'occurrence, dans la mesure où elles n'apparaissent pas manifestement inexacts, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations de la juridiction cantonale selon lesquelles le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère retenu par la doctoresse V. \_\_\_\_\_ relevait d'une appréciation différente d'une situation médicale demeurée inchangée. En ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique, la recourante ne peut rien tirer de ce nouveau diagnostic, dès lors que la doctoresse V. \_\_\_\_\_ n'a pas précisé si cette affection était de nature à entraîner une diminution de la capacité de travail résiduelle, préconisant simplement la mise en place d'un traitement spécifique à ce genre de traumatisme. La question de savoir si ce nouveau diagnostic pouvait être posé dans le cas de la recourante - comme l'ont nié les premiers juges sur la base du rapport du docteur C. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2011 approuvé par le docteur M. \_\_\_\_\_ - peut ainsi demeurer indécise.

### **E. 5.3**

Faute pour la recourante d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, les premiers juges pouvaient donc retenir que c'était à bon droit que l'intimé n'était pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

#### **E. 6**

Il s'ensuit que le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

#### **E. 7**

La recourante voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'elle devrait en principe supporter les frais de justice et ses propres dépens (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF). Elle a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire. Dès lors que le recours n'était pas dénué de chances de succès, que l'indigence de la recourante est établie et que l'assistance d'un avocat est justifiée ( art. 64 al. 1 et 2 LTF ), il convient de lui accorder l'assistance judiciaire. La recourante est toutefois rendu attentive au fait qu'elle devra rembourser la caisse du Tribunal si elle se trouve ultérieurement en mesure de le faire ( art. 64 al. 4 LTF ).

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