

# FR\_GERICHTE 605 2020 34 vom 30. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_34)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 34 du 30 juin 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 34 del 30 giugno 2021

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 30

avril 2006. Tout droit à une rente lui a en revanche été refusé dès le 1er mai 2006, en raison d'un taux d'invalidité de 12% seulement. L'OAI a en particulier considéré, sur la base d'une expertise réalisée auprès de B. \_\_\_\_\_ le 5 décembre 2007, qu'une activité adaptée aux limitations sur le plan somatique était exigible à 80%, aucune atteinte invalidante sur le plan psychique n'ayant en revanche été retenue. Par arrêt du 29 septembre 2011, le Tribunal cantonal a très partiellement admis le recours interjeté contre cette décision, s'agissant de la date à partir de laquelle le droit à la rente prenait fin – à savoir le 1er août 2006 au lieu du 1er mai 2006 – et a légèrement corrigé les montants retenus à titre de revenus d'invalidité et de valide. Il a toutefois confirmé qu'à partir du 1er août 2006, le degré d'invalidité (14%) était largement inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente. Ce dernier arrêt, non contesté, est entré en force. C. Dans l'intervalle, l'assurée avait déposé le 27 mai 2009 une demande de révision auprès de l'OAI, invoquant une péjoration de son état de santé dès la fin de l'année 2008, entraînant une nouvelle incapacité de travail totale dès le 1er mars 2009. Elle a subi une nouvelle opération du dos le 31 octobre 2011 (décompression L4-L5 et L5-S1). Une expertise pluridisciplinaire, réalisée le 8 septembre 2015 par C. \_\_\_\_\_, a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 100%, moyennant une diminution de rendement de 20%. Sur cette base, l'OAI a considéré, par décision du 22 février 2016, que l'état de santé n'avait pas subi d'aggravation notable depuis les décisions du 19 août 2008, confirmant ainsi une perte de gain inférieure à 20% n'ouvrant le droit ni à une rente ni à des mesures de réadaptation. Par arrêt du 6 novembre 2017 (608 2016 74), le Tribunal cantonal a confirmé cette décision. Il a notamment reconnu une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par C. \_\_\_\_\_, écartant les avis contraires des médecins traitants. A nouveau, cet arrêt n'a pas été contesté et est ainsi entré en force.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 D. Sur le plan de l'assurance-accidents, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) fondée sur un taux de 25% avait été accordée, dans le cadre d'une convention conclue entre les parties le 17 octobre 2012. Par ailleurs, par décision du 18 août 2016, AXA avait refusé le droit à une rente LAA dès la stabilisation du cas, à savoir dès le 31 décembre 2013. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour de céans, par arrêt du 7 février 2020 (605 2018 273), l'avait partiellement admis. Elle avait confirmé le droit à une rente LAA fondée sur un taux de 14%, en présence d'un cas commun pur LAA-LAI et faute d'éléments pertinents permettant à l'assureur-accidents de s'écarter du taux d'invalidité qui avait été retenu par arrêt du 29 septembre 2011 du Tribunal cantonal dans le cadre de la procédure LAI. E. Le 24 juillet 2019, l'assurée a déposé une nouvelle

demande AI, la troisième. Par décision du 17 janvier 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé depuis le précédent refus de rente. Plus particulièrement, il a considéré que les éléments médicaux produits par l'assurée se limitaient à rapporter une appréciation différente d'un état de fait objectif qui était resté, pour l'essentiel, inchangé. F. Le 17 février 2020, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Charles Guerry, interjette recours contre cette dernière décision. Elle conclut, sous suite d'équitable indemnité de partie, à l'annulation de la décision du 17 janvier 2020 et au renvoi de la cause à l'autorité intimée afin que celle-ci entre en matière sur la demande de révision déposée le 24 juillet 2019 et rende une nouvelle décision matérielle sur le droit à une rente. Elle se prévaut des éléments médicaux produits dans le cadre de sa nouvelle demande, à savoir deux rapports du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant d'une sensible péjoration de son état de santé par rapport aux atteintes retenues dans le rapport d'expertise établi par C. \_\_\_\_\_ en 2015. Selon elle, ces rapports suffisent à tout le moins à rendre plausible une sensible péjoration des atteintes à la santé et de l'incapacité de travail depuis la décision rendue par l'OAI le 22 février 2016. Elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 400.- le 27 mars 2020. Dans ses observations du 8 avril 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance 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. L'al. 3 prescrit que, 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'impuissance 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. 2.1. 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 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors 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 conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 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, ce dernier 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. 3 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20; arrêt TF 9C\_89/2013 du 12 août

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 2013 consid. 4.1 et les références citées). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). 2.3. Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). 2.4. 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, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 3. L'assurance-invalidité n'étant pas liée par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133

V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozial-

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 versicherungsrecht, 3ème éd., 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C-7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1). Il sied en outre de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. 4. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 24 juillet 2019. Dans ce cadre, et comme rappelé ci-dessus, l'Instance de céans se borne à vérifier si l'assurée a rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé depuis la décision du 22 février 2016 – confirmée par arrêt du 6 novembre 2017 de la Cour de céans, entré en force –, et cela jusqu'au moment de la décision de non-entrée en matière du 17 janvier 2020. 4.1. Cela implique, dans un premier temps, d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la précédente demande de prestations. En l'espèce, la décision du 22 février 2016 retenait que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis le précédent et premier refus de rente du 19 août 2008 (dossier OAI, p. 1653 ss). L'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise établi le 8 septembre 2015 par des experts de C.\_\_\_\_\_, qui avaient notamment estimé que les atteintes orthopédiques n'avaient pas évolué une fois la consolidation acquise après la 3ème chirurgie lombaire en janvier 2006, malgré la persistance de plaintes (« lombo-sacralgies, constantes, présentes depuis le traumatisme, avec un fond douloureux constat, limitant la position debout, assise mais également couchée (...) avec une irradiation à la face latérale des deux cuisses »). Sur le plan psychique, aucun diagnostic ne pouvait être retenu. Du point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles suivantes avaient été retenues : « port de charges ou levage de charges régulier supérieures à 7.5 kg, de manière répétitive, activité professionnelle en flexion antérieure du tronc, en flexions latérales, en position debout prolongée, assise prolongée supérieure à 1 heure d'affilée, mouvements répétitifs et travail avec rendement imposé ». Partant, les experts avaient considéré que dans une activité respectant ces limitations, il subsistait une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20%, tout en soulignant que « l'évolution de la symptomatologie douloureuse chronique dépendra davantage des conditions psychosociales que Madame rencontrera à l'avenir que de la présence des lésions anatomiques structurelles à proprement parler » (dossier OAI, p. 1587 ss.). Ce refus avait été confirmé par le Tribunal cantonal dans un arrêt du 6 novembre 2017 (608 2016 74), entré en force, qui avait constaté que le rapport de C.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante. Le Tribunal cantonal avait ainsi confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité ordinaire de vendeuse avec toutefois une diminution de rendement de 20% pour autoriser les changements de position, et ce depuis avril 2006, la capacité de travail dans une activité de substitution adaptée était demeurée inchangée depuis les décisions du 19 août 2008 et, partant,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 avait confirmé le taux d'invalidité de 14% établi par arrêt du 29 septembre 2011 et, partant, le refus de rente. 4.2. Il convient donc de déterminer s'il a été rendu plausible que l'état de santé de l'assurée se soit modifié de manière à influencer ses droits depuis lors. Dans sa demande de révision du 24 juillet 2019, elle avait allégué une aggravation de son cas depuis sa dernière opération en novembre 2011 (dossier OAI, p. 1760 ss.). Elle se prévalait à cet égard d'un rapport du 25 février 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de E.\_\_\_\_\_ à F.\_\_\_\_\_, qui attestait d'une aggravation des douleurs et de l'usure au niveau du segment L5/S1, et annonçait des examens complémentaires (IRM de la colonne lombaire et cervicale ; dossier OAI, p. 1757). Le 19 août 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, s'était prononcé sur ces éléments de la manière suivante : « Le rapport médical du 25.02.2019 fait état des douleurs rachidiennes connues depuis l'accident de 2002. Hormis les douleurs, élément subjectif, aucun argument médical objectif ne vient rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Quant aux douleurs, elles étaient déjà présentes au niveau lombaire, ainsi qu'au niveau cervicospinal lors de l'expertise pluridisciplinaire en 2015. Elles ont été prises en compte par les experts rhumatologue et orthopédiste, qui ont retenu des limitations fonctionnelles et attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assurée. En revanche, les experts ont fixé l'exigibilité médicale à 80% dans une activité adaptée. Malgré cette capacité de travail, l'assurée n'a repris aucune activité lucrative depuis 10 ans. Le médecin consulté en février à E.\_\_\_\_\_ à F.\_\_\_\_\_ a décrit les plaintes de l'assurée, sans mention du status clinique ni des limitations fonctionnelles médicalement justifiées, et s'est contenté de demander à voir l'IRM du rachis prévue à Fribourg. Depuis lors, il n'y a pas de nouvelle pièce médicale versée au dossier. Conclusions : - Aucune aggravation avec effet sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée n'est rendue plausible par le rapport médical du 25.02.2019. - L'exigibilité médicale, fixée par les experts et confirmée par le TC, demeure valide » (dossier OAI, p. 1771). C'est sur cette base que, par projet de décision du 21 août 2019, l'OAI avait refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande (dossier OAI, p. 1772). Dans le cadre de ses objections à l'encontre de ce projet (dossier OAI, p. 1789 ss.), l'assurée avait fait valoir un nouveau rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, daté du 23 décembre 2019, selon lequel l'état de sa patiente s'est considérablement aggravé depuis l'expertise de C.\_\_\_\_\_ en 2015. En particulier, il avait attesté de douleurs croissantes dans la région de l'épaule gauche, en cours d'investigation, justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, ainsi que des difficultés croissantes dans les tâches quotidiennes : « Die gesundheitliche Situation der Patientin hat sich signifikant verschlimmert. Insbesondere weil sie nun auch zunehmende Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen im Bereich der linken

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Schulter sowie am zervikothorakalen Übergang hat. Im Moment ist man in der Abklärung und Behandlung dieser neuen Beschwerden. Es ist wahrscheinlich, dass die Schmerzen der Schulter von der Schulter selbst ausgehen und nicht von der Halswirbelsäule d.h. ein intrinsisches Problem der Schulter links darstellen. Alle in den letzten 1-2 Jahren durchgeführten therapeutischen Bemühungen zur Behandlung dieser Schulterschmerzen links, insbesondere Infiltrationen brachten keine anhaltende Besserung der Beschwerden. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule haben zugenommen, insbesondere weil die Patientin nun den linken Arm schont, überlastet sie insbesondere die Lendenwirbelsäule. Weiterhin hat die Patientin insbesondere Schmerzen

sobald sie den Oberkörper bewegt (beugt, streckt und rotiert) und körperlich verstärkt betätigt. Die Patientin ist nicht in der Lage die schweren Arbeiten im Haushalt auszuführen, deshalb ist sie ständig auf die Hilfe einer Reinigungskraft angewiesen. (...) Wegen diesen starken, invalidisierenden Schmerzen ist die Patientin seit etwa 1 1/2 Jahren zu 100% arbeitsunfähig. Ihr ist im Moment keine Arbeit zuzumuten, dies wegen den beschriebenen Schulterschmerzen links, mit zunehmender Unfähigkeit die linke Schulter in den täglichen Arbeiten einzusetzen. (...) Ihr ist im Moment keine berufliche Tätigkeit möglich, insbesondere wegen den beschriebenen, seit Jahren bekannten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und in den unteren Extremitäten und neu vor allem wegen den Schulterschmerzen links ist eine Reintegration in den Arbeitsprozess nicht möglich. (...) Diese Patientin ist im Moment zu 100% arbeitsunfähig, dies wegen den neu aufgetretenen Schulterschmerzen links. Sie ist knapp in der Lage leichte Tätigkeiten im Haushalt durchzuführen, mit der Limitierung, dass sie sich zwischendurch wieder hinlegen muss. » (dossier OAI, p. 1793 ss.). Le 9 janvier 2020, ce nouveau rapport a été soumis au SMR pour appréciation. Le 13 janvier 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté que ce rapport ne mentionnait « pas de limitations fonctionnelles précises et pas de date précise de début de l'IT » et ne faisait état d'« aucun fait nouveau sur le plan médical objectif (...) ni du status clinique et ne se réfère à aucun nouvel examen complémentaire ». Il avait ainsi estimé qu'« en l'absence de tout élément objectif nouveau, l'exigibilité fixée par les experts demeure valide » (dossier OAI, p. 1798). C'est sur cette base que l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière par décision du 17 janvier 2020. 4.3. La Cour de céans partage l'avis du SMR. Force est en effet de constater que l'aggravation évoquée le Dr D. \_\_\_\_\_ consiste surtout en une augmentation des plaintes subjectives de la patiente (apparition de douleurs à l'épaule résistantes à tout traitement et en cours d'investigation, intensification des douleurs au niveau cervico-thoracique, limitations dans les mouvements du haut du corps).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Elle n'est, en revanche, aucunement objectivée. En particulier, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne se réfère pas aux derniers examens IRM, de la colonne lombaire et cervicale, pourtant annoncés dans son précédent rapport du 25 février 2019. Il se contente au contraire de relayer les plaintes douloureuses de sa patiente. De surcroît, aucun élément médical au dossier ne documente les mesures thérapeutiques en lien avec les douleurs de l'épaule, pourtant mises en œuvre depuis 1 à 2 ans selon ce médecin. Partant, de telles déclarations, dépourvues du moindre fondement médical objectif, ne sauraient être suffisantes pour permettre de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise de C. \_\_\_\_\_ – dont la force probante a été confirmée par arrêt entré en force – et rendre ainsi plausible une aggravation de l'état de santé. 4.4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît que la requérante n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité se serait modifié de manière à influencer ses droits, depuis la précédente décision du 22 février 2016. La situation semble au contraire bien s'être cristallisée dans le sens d'une conviction d'invalidité chez une assurée âgée de 39 ans sans activité professionnelle depuis plus de 10 ans, comme le laissent déjà craindre les observations des médecins de B. \_\_\_\_\_ en 2007 (« il est évident que la personnalité psychique de cette jeune assurée facilite la survenue de l'évolution vers un état douloureux chronique généralisé »; dossier OAI, p. 399; « une certaine tonalité revendicatrice est également perçue, avec des attentes d'aide probablement démesurées. La présence de quelques bénéfices secondaires liés à ses douleurs, chez une assurée auto-centrée, n'est pas exclue »; dossier OAI, p. 366), ou par les experts de C. \_\_\_\_\_ en 2015 (« l'évolution de la symptomatologie douloureuse chronique dépendra davantage des conditions psychosociales que Madame rencontrera à

l'avenir que de la présence des lésions anatomiques structurelles à proprement parler » (dossier OAI, p. 1587 ss.). C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a suivi l'appréciation du SMR en retenant que les nouveaux éléments produits par la recourante ne constituaient qu'une appréciation médicale différente d'une situation inchangée, et a ainsi refusé d'entrer en matière sur sa demande de révision. 5. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle et troisième demande de prestation déposée par l'assuré le 24 juillet 2019. Il s'ensuit que le recours du 17 février 2020, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée du 17 janvier 2020 confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont prélevés sur l'avance de frais versée le 27 mars 2020. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 17 janvier 2020 est confirmée. II. Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 27 mars 2020. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 30 juin 2021/isc Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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