

VD_GERICHTE ZD24.049771 vom 22. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.049771

FR: VD_GERICHTE ZD24.049771 du 22 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.049771 del 22 aprile 2025

Erwägungen

E. 4

a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision

- 21 - de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne

- 22 - prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

E. 5

a) En l'espèce, par décision du 11 janvier 2022 entrée en force, l'OAI a accordé à l'assuré une rente limitée dans le temps du 1er décembre 2017 au 31 mars 2020, et lui a nié ce droit à compter du 1er avril 2020, au motif qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans

une activité adaptée dès le mois de décembre 2019. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du 19 juillet 2024. Par décision du 7 octobre 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 juillet 2024 par le recourant, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022. Comme l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports du Dr O. _____ des 22 mai et 27 juin 2024, du Dr B. _____ du 21 mars 2024, et du Dr R. _____ du 27 juin 2024 établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment où a été rendue la décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit aux prestations. On relèvera à ce stade déjà que dans la mesure où la situation doit être examinée d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, les pièces produites en recours ne peuvent pas être prises en considération (cf. consid. 4 let. c). Il incombera le cas échéant au recourant de s'en prévaloir dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations. b) En l'occurrence, il faut constater, avec l'intimé, que les éléments produits dans le cadre de la procédure administrative, listés ci-

- 23 - dessus, ne sont pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le Dr O. _____ ne fait pas état dans ses rapports des 22 mai et 27 juin 2024 de nouvelles atteintes, pas plus que de nouvelles limitations fonctionnelles. A cet égard, les médecins du SMR retenaient déjà dans leur rapport bidisciplinaire déposé en mars 2021 que l'assuré, compte tenu des atteintes à l'épaule gauche, devait éviter le travail prolongé avec les bras au-dessus de l'horizontale et le soulèvement de charges de plus de 3 kg. Les médecins du SMR retenaient également, au niveau des genoux, qu'il fallait notamment éviter le travail accroupi ou à genou, ainsi que la station assise ou debout prolongée, ce qui rejoint en tout point les limitations retenues par le Dr O. _____ dans son rapport du 22 mai 2024. Les gonalgies sont connues, de même que les omalgies. La simple allégation d'une péjoration de ces atteintes, sans autres éléments, ainsi que le fait le Dr O. _____ dans son rapport du 27 juin 2024, ne permet pas de rendre plausible une modification de l'état de santé. Le même constat vaut s'agissant de l'affirmation du médecin traitant selon laquelle son patient est régulièrement suivi par les Drs B. _____ et R. _____, mais sans autres rapports de ces médecins que ceux des 21 mars et 27 juin 2024. S'agissant du rapport du Dr R. _____ du 27 juin 2024, on relèvera qu'il n'est pas non plus propre à attester la péjoration alléguée. Ce médecin fait état d'une décompensation d'une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche en rappelant le fait que son patient a été opéré des deux épaules il y a plus de dix ans avec une évolution marquée par des douleurs persistantes à l'effort à prédominance gauche. Le Dr R. _____ a annoncé qu'il allait effectuer une IRM des épaules, puis qu'il reverrait le patient en août 2024 pour faire le point. Le recourant n'a toutefois, dans le cadre de la procédure administrative, produit aucun élément en lien avec son suivi.

- 24 - Quant au Dr B. _____, il s'est limité, dans son rapport du 21 mars 2024, à résumer la situation de son patient, sans plus d'information, et sans, en particulier, se prononcer sur sa capacité de travail. Pour le surplus, si le rapport du 22 mai 2024 du Dr O. _____ fait état d'un suivi psychiatrique, de même que celui du Dr R. _____ du 27 juin 2024, aucun élément ne vient étayer cette allégation qui, en tant que telle, est insuffisante à établir une

péjoration à ce niveau. c) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par le recourant l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 17 juillet 2024 n'objectivent pas de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue le 11 janvier 2022, entrée en force à la suite de l'arrêt de rejet de la Cour des assurances sociales du 19 juillet 2023. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 juillet 2024.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGA).

- 25 -

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