

VS_GERICHTE S1 22 30 vom 6. Mai 2024

VS Kantonsgericht, 2024-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_30

FR: VS_GERICHTE S1 22 30 du 6 mai 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 30 del 6 maggio 2024

Regeste

S1 22 30 ARRET DU 6 MAI 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Procap Suisse, Biel/Bienne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 LPGA et 87 al. 2 et 3 RAI ; refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations AI)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 7 février 2022, le recours à l'encontre de la décision du 7 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2.1

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé n'a pas retenu qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante avait été rendue plausible et, partant, a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de septembre 2021.

E. 2.2

Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2022), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100%, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les modalités de la révision sont fixées aux articles 87 à 88bis RAI. Selon l'article 87 alinéa 2 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence 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 (ATF 130 V 64). L'article 87 alinéa 3 RAI précise 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'impotence 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'alinéa 2 sont remplies. L'exigence posée à l'article 87 alinéa 3 RAI - 8 - 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, 125 V 410 consid. 2b et 117 V 198 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1).

E. 2.3

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi 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. 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, celui-ci 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations 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 conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 64 consid. 2 et 130 V 71 consid. 3.2.3). En tant que le principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2, 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 et 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés postérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours (ATF

- 9 - 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_596/2021 du 13 octobre 2022 consid. 4.2, 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 et 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3 et 4.3).

E. 3.1

Dans le cas d'espèce, il convient uniquement d'examiner si la recourante a rendu plausible, au moment de la notification de la décision entreprise du 7 janvier 2022, une aggravation de son état de santé depuis les dernières décisions du 24 mars 2017, confirmées céans par jugement du 28 mars 2019, lui ayant refusé tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité et mesures d'ordre professionnel) et reposant sur un examen matériel complet du droit à des

prestations AI.

E. 3.2

Lors de la première procédure qui a conduit aux décisions du 24 mars 2017 refusant à la recourante tout droit à des prestations AI, l'OAI s'était principalement fondé sur le rapport final du 27 janvier 2017 rédigé par la Dresse I _____, médecin auprès du SMR. Celle-ci y avait retenu les diagnostics incapacitants de gonarthrose droite avec lésions méniscales depuis plusieurs années (M.17), de chondropathie rotulienne, de status post arthroscopie du genou droit le 4 mai 2015 et de lombalgies sur discopathies L2-L5 (M54.5) ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, de tabagisme actif et de diabète de type II. La Dresse I _____ avait en outre indiqué que l'activité habituelle d'ouvrière agricole n'était plus exigible depuis octobre 2014 en raison de l'atteinte somatique, mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles du dos et du genou droit (position de travail alternée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente d'échelles, pas de positions en porte à faux, pas de rotation du tronc et pas de positions contraignantes pour le dos) demeurerait entièrement exigible.

E. 3.3

Dans le cadre de sa nouvelle demande du 14 septembre 2021, la recourante a transmis un unique rapport du 25 octobre 2021 de son médecin traitant, le Dr A _____, qui s'est contenté de relever que sa patiente présentait une perforation tympanique gauche, une altélectasie du tympan droit, une gonarthrose droite, une chondropathie rotulienne, un status post-réséction du ménisque externe du genou droit en 2015 avec complément de réséction méniscale en 2016, une polyarthrose associée à une obésité, une scoliose, un syndrome lombo-vertébral avec Schober de 15/19 cm, un diabète contrôlé ainsi qu'un état dépressif chronique, que le pronostic n'était pas favorable et que l'incapacité de travail de sa patiente était entière.

- 10 - Dans le cadre de la procédure judiciaire, la recourante a encore versé en cause deux rapports médicaux. D'une part, elle a déposé un rapport du 28 janvier 2022 de son psychiatre traitant, le Dr J _____, qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de modification durable de la personnalité avec des éléments paranoïaques et dépendants (F62.0) et indiqué qu'une réadaptation n'était pas envisageable et que la capacité de travail de sa patiente était nulle. D'autre part, l'intéressée a transmis un rapport du 30 août 2021 du Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a relevé que l'assurée souffrait d'une polyarthrose, associée à son obésité, au niveau du genou droit ainsi que du rachis lombaire. Ce spécialiste a conclu que dans l'activité habituelle d'ouvrière agricole, l'incapacité de travail de l'intéressée était entière. S'agissant du rapport du Dr J _____ du 28 janvier 2022, la Cour constate qu'il est postérieur au 7 janvier 2022, de sorte qu'il n'a pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure (cf. supra consid. 2.3). A cet égard, il est relevé que la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle prétend que ce rapport doit être pris en considération dans la mesure où il ne ferait que préciser ce que le Dr J _____ avait déjà communiqué à l'OAI le 18 novembre 2021. En effet, une simple lecture de la note téléphonique du 18 novembre 2021 permet de constater que le Dr J _____ n'a posé aucun diagnostic ni ne s'est exprimé sur une éventuelle aggravation de

l'état de santé de sa patiente, mais a simplement informé l'OAI qu'il allait rédiger un rapport médical, le transmettre à l'intéressée et lui expliquer comment « faire audition », c'est-à-dire se déterminer sur le projet de décision du 9 novembre 2021, ce que cette dernière n'a pas fait dans le délai qui lui était imparti à cet effet. Quant au rapport du 30 août 2021 du Dr K _____, force est de constater qu'il n'a été déposé qu'en procédure de recours et non durant la procédure administrative de révision, alors qu'il concerne la période du 24 mars 2017 au 7 janvier 2022 et que l'assurée aurait eu tout le loisir de le transmettre à l'intimé à l'appui de sa nouvelle demande du 14 septembre 2021. Dès lors, il n'a non plus pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure. La Cour relève néanmoins que même s'il avait dû être pris en considération, ce rapport n'aurait pas été de nature à modifier l'issue de la présente cause, dans la mesure où la polyarthrose (genou + lombaires), associée à une obésité, relevée par le Dr K _____ était déjà connue et avait déjà été discutée par la Dresse I _____ dans le rapport final du 27 janvier 2017.

- 11 - Concernant enfin le rapport du 25 octobre 2021 du Dr A _____, s'il est vrai que les atteintes au tympan des deux côtés ne figuraient pas expressément dans le rapport final du 27 janvier 2017, la Cour relève d'une part que l'intéressée a déposé, le 3 septembre 2018, une demande de prestations visant à l'obtention de moyens auxiliaires (appareils auditifs), en raison d'une surdité bilatérale modérée avec une perforation tympanique gauche, suite à laquelle l'OAI a accepté la prise en charge d'un forfait pour un appareil acoustique binaural par communication du 31 octobre 2018. D'autre part, le Dr A _____ n'indique pas dans quelle mesure cette atteinte serait incapacitante, respectivement modifierait l'invalidité de sa patiente telle que retenue dans le rapport final du SMR du 27 janvier 2017. Quant aux autres diagnostics posés par ce médecin dans le rapport du 25 octobre 2021, force est de constater qu'ils ne sont pas nouveaux, qu'ils avaient déjà fait l'objet d'investigations dans le cadre de la procédure précédente et qu'ils avaient conduit la Dresse I _____ à retenir que l'exercice habituelle d'ouvrière agricole n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du dos et du genou droit (position de travail alternée, port de charges limité à 10 kg occasionnellement, pas de travaux lourds, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente d'échelles, pas de positions en porte à faux, pas de rotation du tronc et pas de positions contraignantes pour le dos) la capacité de travail était entière. Le Dr A _____ ne fournit par ailleurs aucune indication précise qui permettrait d'admettre une aggravation des symptômes tels qu'ils seraient incapacitants pour la recourante, dès lors qu'il se contente d'affirmer que l'incapacité de travail est de 100% et que le pronostic n'est pas favorable. Il convient donc de considérer que l'on se trouve dans une situation inchangée depuis celle qui prévalait en mars 2017, dans la mesure où le rapport du 25 octobre 2021 du Dr A _____ n'apporte aucun élément objectif nouveau permettant de conclure à une diminution de la capacité de travail de la recourante, étant rappelé que l'OAI devait se limiter à examiner si les allégations présentées par cette dernière étaient crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

E. 3.4

Eu égard à ce qui précède, le Tribunal considère que la recourante n'a apporté aucun élément médical objectif nouveau ni rendu plausible une détérioration de sa situation durant la période sujette à examen, soit entre mars 2017 et janvier 2022. Dès lors, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande, ni à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires. Partant, le recours, mal fondé, est rejeté et la

décision du 7 janvier 2022 confirmée.

- 12 -

E. 4.1

Par décision présidentielle du 8 mars 2022 (cause S3 22 12), la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à la dispense de l'avance de frais et émoluments de justice.

E. 4.2

Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité. Les frais de justice, par 500 fr., au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge de la recourante mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, la recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'Etat du Valais si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

E. 4.3

Vu l'issue de la cause, la recourante ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 91 al. 1 LPJA a contrario), ni d'ailleurs l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 6 mai 2024

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