

VD_GERICHTE ZD24.006703 vom 5. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.006703

FR: VD_GERICHTE ZD24.006703 du 5 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.006703 del 5 marzo 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 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). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), 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

- 13 - 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). 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 prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

E. 5

a) En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 mai 2023 par la recourante. Il s'agit donc pour la Cour d'examiner si les rapports médicaux produits à cette occasion établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus du 25 mai 2020 de l'intimé, laquelle constitue la dernière décision statuant sur le droit aux prestations entrée en force. b) L'office intimé s'était rallié à l'époque aux

constatations et conclusions d'un rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 31 janvier 2020 qui avait été mis en œuvre par l'assureur perte de gain maladie de la recourante. En substance, il avait alors été retenu qu'il n'existait pas chez la recourante de pathologies susceptibles d'expliquer son importante symptomatologie, qui prenait en particulier la forme de migraines et cervicalgies (cf. rapport d'expertise, p. 19), l'IRM cervicale réalisée le 15 avril 2019 n'ayant notamment rien montré de particulier (cf. rapport d'expertise, p. 18). Les plaintes de la recourante devaient dès lors être perçues comme découlant exclusivement du trouble douloureux somatoforme persistant qui lui avait été diagnostiqué par l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise, p. 19).

- 14 - c) À l'appui de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, la recourante a exposé qu'une IRM cérébrale réalisée le 16 novembre 2022 avait permis de mettre à jour un méningiome de l'angle pontique antéro-latéral droit, soit une tumeur des méninges, avec envahissement osseux et extension jusqu'à la face temporale. Depuis ce diagnostic, son état de santé se serait considérablement dégradé, ce qui tendrait à démontrer que son trouble somatoforme ne serait pas la cause, à tout le moins unique, de sa symptomatologie. Elle a produit, dans le cadre de l'instruction de sa demande, divers rapports émanant non seulement de son médecin-traitant mais également de spécialistes en neurologie et en anesthésiologie qu'elle avait consultés à la suite du diagnostic. d) Afin de justifier son refus d'entrer en matière sur la demande, l'office intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport – produit par la recourante – qui avait été établi le 12 décembre 2023 par le Dr N. _____, chef de clinique au Service de neurochirurgie du A. _____, dont il ressort qu'il n'avait pas été constaté de « nouveau développement pouvant affecter la capacité de travail de l'assurée », dès lors que les symptômes qu'elle présentait au moment de l'établissement du rapport étaient « plutôt modérés ». Pour autant, ce rapport médical, succinct et guère étayé, ne contient pas de précisions au sujet de ce qu'il faut comprendre s'agissant du caractère « plutôt modéré » des symptômes, lesquels n'y sont nullement décrits, pas plus qu'il n'indique expressément quel point de comparaison a été pris en considération pour écarter tout « nouveau » développement de nature à avoir une incidence sur la capacité de travail, le rapport ne faisant en particulier pas référence à l'expertise réalisée en janvier 2020. On relèvera à ce stade que les autres spécialistes en neurologie consultés n'ont pas formellement exclu l'existence d'un lien entre, d'une part, le méningiome diagnostiqué et, d'autre part, les migraines, cervicalgies et autres vertiges dont la recourante se plaint. Quand bien même il faudrait comprendre qu'un tel lien n'était certes pas

- 15 - l'hypothèse la plus probable selon les praticiens consultés, tous ont néanmoins évoqué la nécessité que la tumeur fasse l'objet d'un suivi, étant observé à cet égard que, selon le rapport du Dr N. _____, l'IRM cérébrale réalisée en novembre 2023 montrait que la taille du méningiome avait légèrement augmenté par rapport à l'IRM cérébrale de novembre 2022. Cela étant, il sied de constater que, pour le neurologue Dr O. _____, le méningiome était bien à l'origine des picotements et de l'hypoesthésie de la moitié du visage droit de la recourante. Pour sa part, la Dre R. _____, médecin-traitant de la recourante depuis plusieurs années, avait effectivement fait état d'une aggravation de son état de santé depuis le diagnostic posé en novembre 2022, en particulier sous l'angle d'une intensification des migraines et des vertiges, qualifiant le pronostic de « mauvais ». La Dre Z. _____, spécialiste en anesthésiologie, avait quant à elle indiqué qu'à la suite de la découverte du méningiome, il se justifiait de procéder à un « traitement de fond » pour les

céphalées. e) Dans ces conditions, il s'avère que les éléments médicaux avancés par la recourante suffisent à rendre plausible une modification de son état de santé (péjoration) depuis la dernière décision de refus de prestations du 25 mai 2020. Ainsi, l'office intimé ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 mai 2023. En conséquence, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur cette nouvelle demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), qu'il mette en œuvre les mesures d'instructions idoines en vue d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail de la recourante.

- 16 -

E. 6

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestation du 26 mai 2023, puis rende une nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité 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 de l'intimé, vu le sort de ses conclusions. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

- 17 -

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