

VD_GERICHTE ZD24.048778 vom 17. Dezember 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.048778

FR: VD_GERICHTE ZD24.048778 du 17 décembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.048778 del 17 dicembre 2025

Erwägungen

E. 30

octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande déposée le 6 mai 2024 et lui accorde une rente d'invalidité entière à compter d'une date à déterminer, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'office pour instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Sur le fond, l'intéressée a fait valoir que les rapports émanant de ses médecins attestaient une aggravation de son état de

- 14 - santé, contrairement à la position défendue par le SMR. En annexe, la recourante a notamment versé en cause un certificat médical de la Dre BM._____ du 6 septembre 2024 et un rapport du Dr L._____ du 10 octobre 2023 [recte : 2024]. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 18 décembre 2024. Dans sa réplique du 20 janvier 2025, la recourante a confirmé son point de vue et produit un rapport du 15 janvier 2025 du Dr L._____. Dupliquant le 19 février 2025, l'intimé a maintenu sa position. Dans ses déterminations le 9 avril 2025, la recourante a confirmé ses conclusions et produit un rapport d'IRM du rachis cervical du 20 septembre 2024 de la Dre CM._____ et un rapport du 31 mars 2025 de la Dre BM._____. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

- 15 - autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Est en l'occurrence litigieuse la question de savoir si l'intimé était fondé à

refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024 par la recourante. Aussi, en tant qu'elle excède l'objet de la contestation tel que défini ci-avant, la conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité s'avère irrecevable (TF 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 3.1 ; TF 9C_565/2020 du 17 mars 2021 consid. 1.1 et les références). 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022, dans le cadre du « développement continu de l'AI » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

- 16 - demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Tel est le cas en l'occurrence. 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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). 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). 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

- 17 - 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), même s'ils auraient pu avoir une influence sur l'appréciation de l'autorité au moment où elle s'est prononcée (TF 8C_621/2024 du 9 avril 2025 consid. 3.2 et les références). 5. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 6 mai 2024. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'au 26 septembre 2024, date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée

depuis le 24 avril 2023, date de la dernière décision de refus de prestations entrée en force. a) A titre liminaire, il convient de préciser ici que la juridiction cantonale est tenue d'examiner le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière rendue le 26 septembre 2024 en fonction uniquement des documents produits jusqu'à la date de celle-ci (cf. consid. 3c supra ; voir également TF 9C_773/2023 du 3 avril 2025 consid. 3 et les références). Partant, les rapports médicaux produits après la décision du 26 septembre 2024 – que ce soit devant l'OAI (cf. rapport de la Dre BM. _____ du 27 septembre 2024 et rapport de radiographie de la Dre CM. _____ du 20 septembre 2024) ou la Cour de céans (cf. rapports du Dr L. _____ des 10 octobre 2024 et 15 janvier 2025, rapports de la Dre BM. _____ des 6 septembre 2024 et 31 mars 2025, rapport d'IRM de la Dre CM. _____ du 20 septembre 2024) – ne peuvent pas être pris en considération dans l'examen de la présente affaire. On rappellera également, à ce stade, que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non-entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3b supra). Il s'ensuit que, dans un tel contexte, la juridiction cantonale n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale (TF 8C_284/2024 du 15

- 18 - octobre 2024 consid. 6.2), contrairement à ce que requiert la recourante (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2024 p. 15), mais qu'il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. C'est par ailleurs le lieu de relever qu'il ne saurait être question de revenir, au travers d'une nouvelle demande de prestations, sur les fondements d'une précédente décision de prestations devenue définitive, celle-ci contribuant uniquement à fixer le cadre temporel des faits à comparer pour juger de l'issue de la nouvelle demande (cf. consid. 4a supra). Peu important par conséquent, dans le cadre du présent litige, les critiques soulevées par les Drs L. _____ (cf. rapport du 9 novembre 2023) et BM. _____ (cf. rapport du 2 avril 2024) – reprises, pour partie, par la recourante (cf. notamment mémoire de recours du 30 octobre 2024 pp. 10 ss) – à l'encontre des conclusions émises le 31 mai 2022 par les experts d'U. _____, sur lesquelles l'OAI s'est basé pour rendre la décision de refus de prestation du 24 avril 2023, entrée en force sans avoir fait l'objet de la moindre contestation en temps utile. b) Cela posé, il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024 ne reposait pas sur une modification plausible de la situation depuis la précédente décision du 24 avril 2023. aa) Dans leur rapport d'expertise du 31 mai 2022, les experts d'U. _____ ont conclu, sur le plan rhumatologique, à des cervico- lombalgies chroniques avec douleurs chroniques diffuses pouvant théoriquement limiter l'exercice d'une activité physiquement lourde, mais n'entraînant aucune limitation dans l'activité habituelle de préparatrice de commandes ; ils ont précisé que, sur ce plan, rien ne permettait de conclure à une spondylarthrite ankylosante inflammatoire. Du point de vue oto-rhino-laryngologique, les experts ont mentionné une otosclérose avec surdité mixte bilatérale et précisé que, du fait du déficit auditif appareillé,

- 19 - toute activité en ambiance non-bruyante était adaptée, telle l'activité habituelle ; ils n'ont pour le reste identifié aucun diagnostic pouvant expliquer les plaintes de tangage et de vertiges. Sous l'angle psychiatrique, les experts ont retenu un trouble dépressif léger et estimé que les sensations de perte d'équilibre, de perte d'appui au sol et d'oppression avec angoisses paroxystiques, qui n'avaient pas d'origine organique, devaient être rattachées à

un trouble panique ; à la lumière du trouble dépressif léger et d'une possible aggravation du trouble panique, ils ont considéré que la capacité de travail était diminuée de 20 % dans toute activité. Sur la base de ces éléments, les experts d'U._____ ont retenu que dans une activité adaptée telle l'activité habituelle, la capacité de travail, précédemment entière, devait être fixée à 80 % à compter de l'expertise. Sur la base des conclusions des experts d'U._____, validées par le SMR (cf. avis médical du 13 juillet 2022), l'OAI a conclu, aux termes de sa décision du 24 avril 2023, à une capacité de travail de 80 % depuis le 10 mai 2022 dans une activité adaptée. bb) A l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024, l'assurée s'est prévaluée d'une détérioration de son état de santé mise en exergue par les Drs L._____, F._____ et BM._____. aaa) D'emblée, il y a lieu de souligner qu'un intervalle d'à peine plus d'une année sépare la décision de refus de prestations du 24 avril 2023 de la nouvelle demande de prestations introduite le 6 mai 2024. Des exigences élevées doivent par conséquent être posées s'agissant du caractère plausible de l'aggravation alléguée (cf. consid. 3b supra). bbb) Dans ses rapports des 9 novembre 2023 et 6 septembre 2024, le Dr L._____ a plus particulièrement fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'un trouble panique, d'une douleur chronique avec intervention de facteurs somatiques et psychiques, ainsi que d'une personnalité anxieuse. Ces diagnostics s'avèrent toutefois peu, voire pas étayés. En tout état de cause, ils ne

- 20 - dénotent intrinsèquement aucune aggravation depuis l'examen réalisé par les experts d'U._____ mais relèvent, bien plutôt, d'une appréciation différente de la symptomatologie de la recourante ; les critiques émises par le Dr L._____ à l'égard de l'intensité du trouble dépressif reconnue par les experts d'U._____ (cf. rapport du 9 novembre 2023) témoignent, du reste, de cette divergence d'opinion. On ne décèle pas davantage de notion d'aggravation dans l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr L._____ ; tout au plus apparaît-il que ce médecin s'est fondé sur des éléments somatiques – ne relevant donc pas de son domaine de spécialisation – pour nier l'exigibilité de l'activité habituelle et qu'il n'a en outre pas explicité la capacité de travail de 50 % retenue dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr L._____, elles reposent pour partie sur les douleurs et les plaintes subjectives de l'assurée et n'illustrent, au surplus, aucune dégradation notable de la situation depuis l'évaluation des experts d'U._____. Pour le reste, le seul fait que la prise en charge auprès du Dr L._____ ait débuté le 4 mai 2023, avec prescription d'un traitement médicamenteux (cf. rapport du 9 novembre 2023 p. 2), ne permet, en soi, de porter aucune conclusion sérieuse quant à l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressée, d'autant que cette dernière avait déjà bénéficié de suivis psychiatriques en 2016 (Dr M._____) et 2020 (Dr O._____), accompagnés de traitements médicamenteux (cf. rapport du Dr M._____ du 10 février 2017 ch. 1.5 ; cf. rapport du Dr O._____ du 8 décembre 2020 ch. 2.3). Si dans son rapport du 9 novembre 2023, le Dr L._____ a évoqué une détérioration plus spécifiquement en lien avec trois événements vécus en 2023 par l'assurée (à savoir les troubles du comportement diagnostiqués chez son dernier né, le décès de sa mère et la découverte d'un anévrisme), il n'a en revanche pas expliqué ni, a fortiori, étayé en quoi lesdits événements auraient concrètement et significativement modifié la symptomatologie psychiatrique de la recourante. En d'autres termes, le Dr L._____ n'a pas rendu plausible, sur la base d'éléments médicaux objectifs, que les événements négatifs récemment vécus étaient susceptibles de décompenser de manière

- 21 - importante et durable la situation de sa patiente, de manière à influencer le droit aux prestations de celle-ci. Le Dr L. _____ a de surcroît fait mention d'une aggravation en lien avec un accident de la circulation survenu le 20 mai 2024 (cf. rapport du 6 septembre 2024). Il s'est toutefois limité à évoquer laconiquement une augmentation des symptômes anxieux en lien avec les séquelles somatiques, sans fournir de détails quant aux circonstances de l'accident ou à l'évolution concrètement objectivée sur le psychique, respectivement l'ampleur de la modification de la symptomatologie. Du reste, le simple risque de persistance des symptômes anxieux dans le contexte d'un conflit avec le tiers impliqué dans l'accident, tel que mentionné par le Dr L. _____, ne suffit aucunement à rendre plausible une aggravation effective – et non pas simplement hypothétique – des troubles psychiatriques de la recourante. En résumé, l'appréciation émise par le Dr L. _____ ne renferme aucun élément concret rendant plausible une détérioration des atteintes psychiques par rapport à la situation prévalant à l'époque de la décision du 24 avril 2023. bbb) Concernant le rapport établi le 19 novembre 2023 par le Dr F. _____, la Cour de céans constate que ce compte-rendu se réfère essentiellement à des diagnostics déjà connus et dûment discutés par les experts d'U. _____. Si le Dr F. _____ a certes fait état d'une détérioration des troubles psychiques depuis la fin de l'année 2022 liée aux troubles du comportement de l'un des enfants de sa patiente, au décès de la mère de celle-ci et à la découverte d'un petit anévrisme de l'artère carotide interne gauche, il n'a en revanche fourni aucune indication concrète sur l'impact réel de cette détérioration. Il a tout au plus succinctement évoqué des symptômes relevant du registre dépressif et anxieux, excédant ainsi son domaine de spécialisation, et a par ailleurs précisé que l'anévrisme détecté chez l'assurée ne nécessitait, en raison de sa taille, « qu'un simple suivi » en consultation neurochirurgicale, ce qui ne parle guère en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé

- 22 - de la recourante sur ce plan. Le Dr F. _____ n'a en outre pas étayé les limitations fonctionnelles retenues et n'a pas davantage fait état d'une augmentation significative de leur ampleur ; il n'a en particulier pas identifié d'évolution concrète des atteintes plaidant objectivement en faveur de troubles de la concentration ou de difficultés à maintenir la station assise. Peu importe en outre que ce médecin ait conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, dès lors qu'il s'était déjà prononcé dans ce sens dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapports des 13 mars 2019 et 14 mai 2021). Partant, rien dans le rapport du 19 novembre 2023 du Dr F. _____ ne tend à rendre plausible une dégradation notable de la situation par rapport à la décision du 24 avril 2023. ccc) La Cour de céans constate, en outre, qu'aux termes de son rapport du 2 avril 2024, la Dre BM. _____ a repris les diagnostics posés lors de la procédure antérieure (cf. rapports des 14 février 2019 et 27 janvier 2020), se référant ainsi à des éléments déjà discutés par les experts d'U. _____. La Dre BM. _____ a également évoqué une aggravation de la symptomatologie somatique, en ce sens que la patiente avait situé l'intensité de ses douleurs à « 4 à 5 sur 10 » le 3 février 2023, puis à « 8 sur 10 » le 6 juin 2023. Force est toutefois d'admettre que la manière dont l'assurée a évalué ses douleurs – par définition subjectives – au fil du temps ne constitue pas un élément objectif rendant plausible une aggravation concrète de l'état de santé. On relève, du reste, que l'assurée avait déjà coté ses douleurs à « 8 sur 10 » par le passé (cf. rapport de la Dre BM. _____ du 14 février 2019 p. 1) et qu'elle a en outre signalé des plaintes majeures devant les experts d'U. _____ (cf. rapport d'expertise du 31 mai 2022 p. 4 : « [n]ous ne pouvons pas expliquer sur le plan somatique le contraste entre les plaintes majeures et l'examen [...] relativement pauvre [...]

») mais que ces derniers en ont tout au plus déduit une restriction dans l'exercice d'activités physiquement lourdes (cf. *ibid.* p. 3 s.).

- 23 - Pour le reste, la Dre BM. _____ a fait mention d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, en lien avec les troubles de comportement de son fils, le décès de sa mère et la découverte d'une petite dilatation anévrysmale carotido-cave de l'artère carotide interne gauche. Sur ce plan, les propos de la rhumatologue traitante ne sauraient toutefois être tenus pour décisifs, dès lors que cette dernière s'est prononcée – qui plus est laconiquement – à l'égard d'une problématique psychiatrique ne relevant pas de son domaine de spécialisation. Si par ailleurs la Dre BM. _____ a retenu que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée induisait une incapacité de travail totale dans toute activité, dite praticienne avait précédemment déjà nié toute capacité de travail à sa patiente (cf. rapport du 5 janvier 2021), sans que l'on puisse par conséquent voir dans cette évaluation la preuve d'une aggravation de l'état de santé. Il s'ensuit que le rapport de la Dre BM. _____ du 2 avril 2024 ne permet pas davantage de conclure à une détérioration plausible de la situation depuis la décision du 24 avril 2023. cc) A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient, à l'instar du SMR (cf. avis des 16 juillet et 13 septembre 2024) et – corrélativement – de l'OAI, que les rapports médicaux analysés ci-avant (cf. consid. 5b/bb supra), seuls pertinents en l'occurrence (cf. consid. 5a supra), n'objectivent pas d'atteintes nouvelles ou d'atteintes en aggravation depuis la situation prévalant au moment de la décision de refus de prestations rendue le 24 avril 2023, entrée en force. c) Il s'ensuit que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Partant, l'intimé pouvait à juste titre refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 6 mai 2024.

- 24 - 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée. 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 la partie recourante qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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