

VD_GERICHTE ZD25.029272 vom 21. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.029272

FR: VD_GERICHTE ZD25.029272 du 21 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZD25.029272 del 21 luglio 2025

Erwägungen

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

- 8 - c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les

- 9 - ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 5

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). 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 allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

- 10 - 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6). d) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire

au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du

E. 6

a) En l'occurrence, selon l'intitulé de la décision entreprise, l'office intimé ne serait pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faudrait donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 23 mai 2025 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 26 janvier 2021. b) La situation ayant donné lieu à la décision de 2021 et sur laquelle les investigations avaient porté était une contusion au poignet gauche et un kyste qui avait été opéré. A l'époque, l'instruction n'avait mis en évidence aucune atteinte durablement incapacitante au niveau du poignet, ce qui avait justifié le refus de prestation. c) Dans le cas présent, la recourante se plaint essentiellement de lombalgies, soit des atteintes différentes de celles investiguées en 2021. Les atteintes dégénératives alléguées ont été établies et objectivées par plusieurs imageries et les diagnostics ont été dûment posés par les médecins sur la base de ces pièces. La question qui reste à élucider est donc la répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail, laquelle ne saurait être écartée d'emblée s'agissant d'une assurée qui travaillait comme agent d'entretien. L'impact de ces atteintes dégénératives sur la capacité de travail de la recourante n'avait pas été instruite lors de la première demande de 2021 qui concernait uniquement des atteintes au poignet. Il s'ensuit qu'au vu des pièces médicales produites, l'intimé était tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande, ce qu'il a d'ailleurs fait. En effet, il a interpellé la recourante à plusieurs reprises pour qu'elle produise des pièces médicales complémentaires. Le compte rendu de la permanence G._____ du 6 juin 2024 a suggéré d'entrer en matière et des mesures d'instruction qui ont été réalisées. Le 21 janvier 2025, la permanence G._____ a sollicité de nouvelles mesures d'instruction auxquelles l'OAI a donné suite. Puis dans son avis du 21 mai 2025, le G._____ a analysé le résultat de l'instruction avant d'en déduire que la

- 12 - recourante ne souffrait pas d'atteintes entraînant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, en faisant exclusion des facteurs extra médicaux, ce qui relève d'un examen de fond. Quant à la décision du 23 mai 2025, si elle indique de manière erronée un refus d'entrer en matière, la prise de position de l'intimé qui y est annexée explique les motifs pour lesquels le droit à la rente a été nié en précisant que la décision reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique. Il résulte de ce qui précède que l'intimé est bien entré en matière sur la nouvelle demande, qu'il a instruite et sur laquelle il a statué sur le fond. C'est également dans ce sens que la recourante a compris la décision dès lors qu'elle a pris des conclusions tendant à l'octroi d'une rente,

subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires, et a produit des pièces nouvelles. A noter que ses conclusions seraient irrecevables si l'on considérait que la décision attaquée constituait une non entrée en matière. Par conséquent, la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen et peut prendre en compte les pièces déposées avec le recours dans la mesure où elles traitent de faits antérieurs à la décision.

E. 7

Sur le plan médical, il convient de retenir, comme l'a relevé le G._____, que l'examen clinique réalisé par le médecin spécialiste Q._____ n'a pas révélé de difficultés fonctionnelles. La recourante présentait une marche sans boiterie sur la pointe des pieds et les talons sans difficulté, elle n'avait pas de déficit moteur ni sensitif et la mobilisation des hanches et des genoux se faisait sans douleur. A la radiographie, on ne trouvait pas de trouble statique. Le scanner montrait la présence d'une lyse isthmique unilatérale en L5 sans listhésis, ni tassement vertébral, et sans lésion ostéolytique ni ostéocondensante ; des discopathies dégénératives étaient observées en L4-L5 et L5-S1 avec en L4-L5 une petite protrusion discale postérieure médiane et un débord discal foraminal gauche qui venait au contact de la racine L4 gauche et l'émergente L5 gauche, puis un débord discal global circonférentiel en L5-

- 13 - S1 venant au contact des deux émergentes S1 et refoulait la racine L5 gauche dans le foramen. L'IRM a confirmé la présence de troubles dégénératifs très débutants surtout en L4-L5/L5-S1 qui étaient tout à fait compatibles avec l'âge de la recourante ; il n'y avait pas de contrainte sur les racines, la petite hernie discale en L4-L5 et le débord discal en L5-S1 étaient non conflictuels, la lyse isthmique était non active sans signe d'inflammation, de même que la sclérose débutante de l'articulation sacro-iliaque inférieure droite. Après l'analyse des imageries et son examen clinique, le Dr Q._____ n'a pas retenu de prise en charge chirurgicale, ajoutant qu'il n'y avait pas de contraintes qui pouvaient expliquer les douleurs dans les membres inférieurs. La suggestion de consulter un spécialiste en médecine interne n'a pas été suivie par la recourante. En définitive, l'origine et l'intensité des douleurs n'ont pas été objectivées par des éléments médicaux. Les limitations fonctionnelles énoncées de manière très large par le Dr V._____ ne sont pas étayées par des arguments objectifs, étant précisé qu'elles ne correspondent pas à la gravité très légère des troubles et n'ont pas été confirmées lors de l'examen clinique du médecin spécialiste. Sur le plan psychiatrique, la recourante ne bénéficie d'aucun suivi spécialisé. Le diagnostic évoqué par le médecin traitant, qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie, n'est pas du tout étayé et l'impact sur les ressources n'est pas analysé. On ne peut ainsi que constater l'absence de diagnostic posé dans les règles de l'art dans ce domaine et d'éléments permettant de déterminer d'éventuelles répercussions d'une atteinte psychiatrique sur la capacité de travail et sur les différents domaines de la vie de la recourante. Quant à l'incapacité de travail attestée principalement par le Dr V._____, elle n'est pas davantage étayée et repose essentiellement sur les déclarations de la patiente, ce qui est insuffisant. Au demeurant, il a indiqué que la capacité de travail pouvait évoluer en cas de prise en charge suivie par la recourante, qui n'était en l'état pas optimale. Cela étant, le médecin traitant a attesté d'une capacité de travail entière dans le secteur administratif sans indiquer pour quels motifs la recourante ne

- 14 - pourrait pas réaliser une autre activité moins physique (sans port de charges importantes). Ainsi, la recourante présente des troubles dégénératifs légers, compatibles avec son âge, et ne rend pas vraisemblable leur effet invalidant dès lors que les

répercussions cliniques ne montrent pas d'effets significatifs. En outre, ses médecins relèvent qu'elle ne suit pas de traitement adapté qui pourrait améliorer la symptomatologie, ce qui est exigible. Par surabondance, même en retenant des limitations fonctionnelles sur le plan physique, la recourante serait à tout le moins capable d'exercer une activité avec une légère épargne du rachis à plein temps, de sorte qu'une éventuelle perte de gain serait inconséquente du point de vue de la LAI. La recourante invoque en outre sa situation sociale, dès lors que son autorisation de séjour a été révoquée à la suite de la perte de son emploi. Or ces éléments, en particulier son statut du point de vue du droit des étrangers, ne sont pas pertinents dans l'examen de la capacité de travail en AI. En définitive, les rapports médicaux au dossier ne rendent pas vraisemblables une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit à des prestations AI.

E. 8

Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la réquisition de mise en œuvre d'une expertise n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

- 15 -

E. 9

a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2). En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, les pièces produites à l'appui de la nouvelle demande ne permettent pas même de constater l'existence d'une atteinte invalidante. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture. b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de la requête d'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve la recourante. c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais, par 600 fr., sont mis à la charge de la partie recourante qui succombe. d) 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).