

VD_GERICHTE ZD25.042407 vom 10. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.042407

FR: VD_GERICHTE ZD25.042407 du 10 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.042407 del 10 aprile 2026

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 [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 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). 10J010

- 12 - 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, par décision du 22 mai 2024 entrée en force, l'OAI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, retenant que celle-ci avait conservé une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage, respectivement une pleine capacité de travail – avec une diminution de rendement de 20 % – dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par décision du 7 juillet 2025, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressée le 1er avril

précédent. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les pièces médicales présentées par la recourante dans ce cadre rendent plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment où a été rendue la décision de refus de prestations. b) aa) A titre liminaire, on relèvera 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, la pièce produite en recours – à savoir le rapport du 3 septembre 2025 de la Dre D. _____ –, postérieure à la décision attaquée, ne peut pas être prise en considération (cf. consid. 4c supra). bb) La recourante a déposé une première demande de prestations le 15 septembre 2022 pour diverses atteintes somatiques, dont des lombalgies et des douleurs articulaires multiples dans un contexte d'hyperlaxité. Procédant à l'instruction de cette demande, l'intimé a 10J010

- 13 - recueilli divers avis médicaux, puis a mis en œuvre une expertise rhumatologique et de médecine physique et réadaptation, confiée à la Dre K. _____. Dans son rapport du 10 janvier 2024, l'experte a pris en compte notamment les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, de lombalgies chroniques sur troubles statiques et troubles dégénératifs avec discopathie en L5-S1, de hernie discale paramédiane gauche, de gonalgies gauches sur arthrose débutante fémoro-tibiale interne et de périarthrite des hanches bilatérale. Les limitations fonctionnelles de l'assurée lui imposaient d'éviter le travail physique, les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis dorso-lombaire, le travail en hauteur sur des escabeaux ou des échelles, la montée ou la descente répétée d'escaliers, les déplacements longs ou répétitifs, le travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence, le port de charge répété supérieur à 5 kg, le travail répétitif des articulations des membres supérieurs et le travail avec le membre supérieur droit en hauteur de façon répétitive, et devaient, en outre, permettre les changements de position. Selon l'experte, la capacité de travail de la recourante dans ses activités habituelles était nulle pour ce qui était des tâches de conciergerie, respectivement de 50 % dans celles de femme de ménage, alors que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail s'élevait à 80 % – soit 100 % compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %. Sur la base de l'avis du SMR, lequel s'est rallié aux conclusions de l'experte (cf. rapport d'examen SMR du 16 janvier 2024), l'intimé a prononcé la décision de refus de prestations du 22 mai 2024. cc) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a produit différents rapports médicaux par le biais de la Dre D. _____, dont il ressort en particulier les diagnostics nouveaux de maladie des petites fibres confirmée (cf. rapport du 25 novembre 2024 du Dr M. _____), de céphalées nummulaires avec probable composante cervicogène (cf. rapport du 27 février de la Dre N. _____), ainsi que de sensibilisation centrale (cf. rapport du 31 juillet 2024 du Dr L. _____). On relèvera encore que le Dr L. _____ a souligné, dans son rapport précité, qu'un soutien psychiatrique était absolument nécessaire, alors que le Dr O. _____ a indiqué, dans son rapport du 14 janvier 2025, que sa patiente 10J010

- 14 - souffrait d'anxiété impactant son sommeil. Par ailleurs, il convient de constater que l'ensemble des médecins consultés par la recourante depuis la dernière décision de refus de prestations font état d'une aggravation de son état de santé. dd) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante a rendu plausible, par les pièces médicales versées au dossier de l'intimé, une aggravation de son état de santé susceptible d'influer son droit aux prestations depuis la décision de refus de rente rendue le 22 mai 2024. c) Par conséquent, il incombait à l'intimé – ainsi qu'il le reconnaît dans son écriture du 31 octobre 2025 –

d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 1er avril 2025 et d'instruire le cas de la recourante, en vue d'établir clairement les nouvelles atteintes dont elle souffre, ainsi que leur caractère invalidant. Il se justifie, dès lors, de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur cette demande puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la situation médicale de la recourante.

E. 6

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

E. 7

a) En définitive, le recours, manifestement bien fondé, doit être admis dans la mesure où il est recevable, et la décision du 7 juillet 2025 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 1er avril 2025 par la recourante, instruisse la cause et rende une décision sur l'éventuel droit de l'intéressée aux prestations de l'assurance-invalidité. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de 10J010

- 15 - 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 l'issue du litige. 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). La liste de opérations produite par Me Hofstetter le 12 novembre 2015, faisant état de 19 heures et 5 minutes de travail, ne peut toutefois être intégralement suivie, l'activité déployée dépassant ce qu'admet la pratique de la Cour des assurances sociales dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre, eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Il convient dès lors 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 à la charge de l'intimé. 10J010

- 16 -

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