

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 janvier 2025

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Piguet et Wiedler, juges  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Elio Lopes, avocat à Fribourg,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'opératrice de machines automatisées, elle a travaillé entre [...] et [...] en qualité de cheffe d'équipe et de technicienne de production pour le compte de la société [...] SA.

Le 2 mars 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir de névralgie avec allodynies, de vessie hyperactive et de dépression depuis environ sept ans.

Par rapport du 25 mars 2021, la Dre B.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitante de l'assurée, a relevé chez cette dernière des douleurs de la paroi abdominale à l'appui. Selon elle, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et pleine dans une activité adaptée, à savoir une activité proscrivant notamment les appuis ventraux, les mouvements de flexion, de levage et de port de charges fréquents ainsi que la montée d'échafaudages, d'échelles ou d'escaliers. Était joint à ce document un rapport du 3 mars 2021 de K.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, laquelle posait les diagnostics de névralgies lombo-abdominales intermittentes avec allodynie mécanique, de névralgie lombo-fémorale intermittente de la branche fémorale du nerf génito-fémoral droit avec allodynie mécanique, de névralgies dorso-intercostales intermittentes avec allodynie mécanique et de névralgie trigéminalle intermittente du nerf ophtalmique, branche du nerf trijumeau à droite et à gauche, avec allodynie mécanique.

Le 19 juillet 2021, dans le cadre d'un entretien téléphonique, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé était stable. Elle ressentait néanmoins encore quelques douleurs. Soutenue par l'assurance-chômage, elle s'estimait à même de reprendre un emploi similaire à son ancienne activité.

Par décision du 5 novembre 2021, confirmant un projet de décision du 20 juillet 2021, l'OAI a nié à l'assurée le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité.

Le 15 novembre 2021, la Dre B. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un lot de documents, dont :

- un rapport établi par ses soins le 18 octobre 2021, lequel faisait état de nouvelles limitations fonctionnelles, en particulier dans la marche, la tenue prolongée de la station debout et la dextérité des mains, tout en mettant en évidence des paresthésies dans ces deux membres et des œdèmes à ces derniers et aux pieds ; et
- un rapport du 13 octobre 2021 de K. \_\_\_\_\_, laquelle soulignait une situation restant très complexe malgré une belle évolution durant les sept premiers mois de traitement, une décompensation dans un certain nombre de territoires (notamment les pieds), avec état sensitif précaire, une amplification des douleurs et un état d'épuisement.

Par courrier du 18 novembre 2021, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il annulait sa décision du 5 novembre 2021 et reprenait l'instruction du dossier.

Par rapport du 14 décembre 2021, la Dre B. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de paresthésies aux deux mains et d'œdèmes aux membres inférieurs, tout en certifiant une capacité de travail nulle dans n'importe quelle activité.

Par rapport non daté, reçu le 15 décembre 2021 par l'OAI, le Dr [...], spécialiste en gynécologie et obstétrique, a diagnostiqué une névralgie et une allodynie (depuis le 15 octobre 2020). Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente.

Par rapport non daté, lequel a été indexé le 12 avril 2022 au dossier, la Dre B. \_\_\_\_\_ a exposé qu'après une légère amélioration, l'état

de santé de l'assurée s'était péjoré à la suite d'une infection au COVID-19 à la mi-mars 2022. Elle a répondu par la négative à la question de savoir si des explorations neurologiques ou angiologiques avaient été réalisées dans le but d'expliquer les douleurs et les paresthésies.

Dans un avis du 18 mai 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en neurologie, en psychiatrie et en médecine interne.

Les 9 et 15 novembre 2022, l'assurée a été examinée par les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, tous trois experts auprès du centre d'expertises D.\_\_\_\_\_. Par rapport du 16 janvier 2023, ces derniers ont posé les diagnostics de migraine sans aura (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] G43.0), de céphalées par abus de médicaments (CIM-10 G44.4), de suspicion de neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse droite (CIM-10 G57.8), de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (CIM-10 F43.21), d'obésité morbide (CIM-10 E66), de vessie hyperactive traitée par botox, de côlon irritable, de status après hystérectomie par laparoscopie pour adénomyose en 2018 (CIM-10 N84), de status après ablation d'un kyste à la cuisse droite, de discopathie aux vertèbres L4-L5 (IRM [imagerie par résonance magnétique] du 2 février 2022 ; CIM-10 K51), de status après cholécystectomie par laparoscopie pour cholélithiase en 2013, d'asthme dans l'enfance (CIM-10 J45), d'intolérance au gluten, au lactose, au Tramadol et aux comprimés de fer, de status après entorse du pied dans l'enfance et d'hémorroïdes anamnestiques. Selon eux, la capacité de travail de l'assurée était intacte tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Celle-ci ne présentait pour le reste aucune limitation fonctionnelle.

Dans un avis du 8 février 2023, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions des experts du centre d'expertises D.\_\_\_\_\_.

Par décision du même jour, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Non contestée, cette décision est entrée en force dans l'intervalle.

**B.** Le 29 janvier 2024, V.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI. A l'appui de cette dernière, elle a notamment produit :

- deux rapports des 6 octobre et 23 novembre 2023 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel certifiait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle (depuis le 6 juillet 2023 au moins) et de 50 % (par demi-journée) dans une activité adaptée, soit une activité n'exigeant pas de maintenir de position statique (assise, debout, etc.), en porte-à-faux du tronc et de la nuque, à bout-de-bras ou au-dessus du niveau des épaules, de porter régulièrement des charges de plus de 3 kg ainsi que d'effectuer des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, d'une part, et n'impliquant pas de chocs ou d'à-coups, la gestion de tâches multiples (en simultanée), de nombreux imprévus, une attention soutenue ou prolongée, du stress, de l'endurance et des déplacements fréquents à pieds, d'autre part ;
- un rapport du 9 octobre 2023 de la Dre B.\_\_\_\_\_, laquelle déclarait que sa patiente n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2020, mais qu'elle était capable de travailler à un taux de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles arrêtées par le spécialiste susmentionné, cela depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2023 ; et
- un rapport du 26 janvier 2024 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel mettait en évidence les diagnostics de trouble du spectre de l'hypermobilité (HSD), de douleurs neuropathiques multiples sur hypersensibilité nerveuse sur trouble du spectre de l'hypermobilité (HSD), avec syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène des deux côtés, neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse des deux côtés et névralgies des rameaux inter-métatarsiens (type maladie de Morton), de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorsolombaire (scoliose) et des pieds (plats), d'obésité morbide, de

vessie hyperactive d'origine indéterminée et de migraines chroniques, tout en attestant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 60 % (au maximum) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées dans ses précédents rapports et ne devant pas avoir lieu dans un milieu bruyant, à fortes odeurs ou comportant des distracteurs (*open space*, fréquentes stimulations visuelles ou auditives, etc.).

Dans un avis du 13 février 2024, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que les rapports précités mettaient en lumière une symptomatologie restée inchangée.

Par décision du 11 avril 2024, confirmant un projet de décision du 13 février 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

**C.** Le 10 mai 2024, V.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Elio Lopes, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé, afin que ce dernier entre en matière sur sa demande de prestations du 29 janvier 2024 et procède aux investigations médicales nécessaires.

Par réponse du 15 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, joignant pour le surplus un avis établi le 3 juillet 2024 par le Dr L.\_\_\_\_\_.

Par réplique du 26 août 2024, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a par ailleurs demandé que l'avis du SMR susmentionné soit retiré du dossier, dès lors qu'il avait été déposé après le prononcé de la décision litigieuse.

Par duplique du 3 septembre 2024, l'intimé a confirmé ses conclusions.

## **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 autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 janvier 2024 par la recourante.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, un éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1<sup>er</sup> juillet 2024 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande, le 29 janvier 2024 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui trouvent application.

**3. 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 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 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).

**4. a)** En l'espèce, par décision du 11 avril 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 janvier 2024 par la recourante. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports versés au dossier avant le prononcé de cette décision - à savoir les rapports des 6 octobre et 23 novembre 2023 et du 26 janvier 2024 du Dr M.\_\_\_\_\_ et le rapport du 9 octobre 2023 de la Dre B.\_\_\_\_\_ - établissent de manière plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus rendue par l'intimé le 8 février 2023, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit aux prestations.

**b)** Cette décision s'est à cet égard essentiellement appuyée sur les conclusions du rapport d'expertise du 16 janvier 2023 du centre d'expertises D.\_\_\_\_\_. Les Drs E.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ avaient dans ce cadre retenu les diagnostics de migraine sans aura, de céphalées par abus de médicaments, de suspicion de neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse droite, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'obésité morbide, de vessie hyperactive traitée par botox et de discopathie aux vertèbres L4-L5 notamment. Ils avaient toutefois considéré que ces atteintes n'exerçaient aucune influence sur la capacité de travail de la recourante, cela quel que soit le type d'activité, ni

n'entraînaient de limitations fonctionnelles. Il ressortait au demeurant du volet neurologique de l'expertise que l'assurée avait été reçue en consultation auprès du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel lui avait fait remplir un questionnaire en vue de détecter un syndrome d'Ehlers-Danlos. Selon le centre d'expertises D.\_\_\_\_\_, l'examen physique se voulait néanmoins rassurant, en l'absence d'argument en faveur d'une atteinte polyradiculaire ou médullaire susceptible d'expliquer la symptomatologie subjective (en particulier les dysesthésies).

**c)** Dans son rapport du 26 janvier 2024, le Dr M.\_\_\_\_\_ a finalement écarté l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, dans la mesure où certains critères diagnostiques faisaient défaut. Il a cependant relevé une hypermobilité articulaire généralisée chez la recourante, avec un score de Beighton se montant à 5 sur 9, et des douleurs musculo-squelettiques, avant de poser - entre autres diagnostics - ceux de trouble du spectre de l'hypermobilité (HSD) et de douleurs neuropathiques multiples sur hypersensibilité nerveuse sur trouble du spectre de l'hypermobilité, avec syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène des deux côtés, neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse des deux côtés et névralgies des rameaux inter-métatarsiens (type maladie de Morton). Il a en outre fait état de difficultés sur le plan cognitif, spécifiquement des troubles de l'attention, de la mémoire et de la concentration, et au niveau visuel, avec un flou et une diplopie intermittents. Dès lors, à la différence de l'avis de l'intimé et de son service médical, on ne saurait conclure que l'appréciation de ce médecin traitant constitue une simple évaluation divergente d'une même situation médicale. Au contraire, ce dernier a mis en évidence des symptômes et diagnostics survenus postérieurement à l'expertise de janvier 2023 du centre d'expertises D.\_\_\_\_\_, lesquels impactaient négativement la capacité de travail de sa patiente, que ce soit tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Ces atteintes, qui plus est, étaient à l'origine de nombreuses limitations fonctionnelles, la recourante n'étant désormais plus apte à travailler dans un milieu bruyant, à fortes odeurs et comportant des distracteurs (*open space*, fréquentes stimulations visuelles ou auditives, etc.) ou dans une activité exigeant de

maintenir des positions statiques (assise, debout, etc.), en porte-à-faux du tronc et de la nuque, à bout-de-bras ou au-dessus du niveau des épaules, de porter régulièrement des charges de plus de 3 kg ainsi que d'effectuer des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, d'une part, et impliquant des chocs ou des à-coups, la gestion de tâches multiples (en simultanée), de nombreux imprévus, une attention soutenue ou prolongée, du stress, de l'endurance et des déplacements fréquents à pieds, d'autre part (cf. également en ce sens les rapports des 6 octobre et 23 novembre 2023 de ce spécialiste ). Certes, le Dr E.\_\_\_\_\_ retenait déjà, dans le volet neurologique de l'expertise, le diagnostic de neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse droit. Il ne s'agissait toutefois que d'une suspicion, de sorte que cette atteinte n'avait pas été rendue vraisemblable à l'époque. Par ailleurs, si cet expert mentionnait déjà, en 2023, la présence des douleurs (dysesthésies) dans l'ensemble du corps, il ne les avait jamais reliées à une cause organique. Ces douleurs ne peuvent par conséquent être assimilées à celles exposées par le Dr M.\_\_\_\_\_, qui sont notamment provoquées par le syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS).

**d)** Partant, au regard de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante a rendu plausible – principalement par l'intermédiaire du rapport du 26 janvier 2024 du Dr M.\_\_\_\_\_ – une aggravation de son état de santé depuis le prononcé de la décision du 8 février 2023, laquelle était susceptible d'influencer son droit aux prestations. C'est donc à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 29 janvier 2024. Cette autorité se devait-elle à tout le moins d'interpeller les médecins que l'assurée avait consultés, en particulier ce spécialiste en médecine physique et réadaptation, afin qu'il précise et étaye son avis.

**5. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 11 avril 2024 par l'intimé annulée. La cause est renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 29 janvier 2024 par la recourante.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie 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 à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 29 janvier 2024 par V.\_\_\_\_\_.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Elio Lopes (pour V. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :