

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu, juge, et Mme Glas, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K. _____, à Y. _____, recourante,

et

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

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, séparée et mère d'une fille adulte, sans formation professionnelle, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2001 en tant que concierge pour le compte de la commune d'Y._____.

Souffrant de dépression, K._____ a déposé, le 12 février 2002, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

L'assurée ayant repris l'exercice de son activité professionnelle, l'office AI a, par communication du 4 octobre 2002, pris acte du retrait de la demande de prestations précitée sans condition ni aucune réserve.

b) Le 23 avril 2013, K._____ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de troubles psychiques (état dépressif et anxieux) à l'origine d'une incapacité totale de travail dès le 7 mars 2013. L'assurée travaillait depuis le 1^{er} janvier 2007 en qualité d'agente de propreté et d'hygiène à 50 % pour le compte de la Haute Ecole B._____.

Sur le formulaire « Détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 1^{er} mai 2013, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à plein temps par nécessité financière.

Dans un rapport du 5 juillet 2013, les Drs W._____ et J._____, respectivement médecin-adjoint et médecin assistante auprès du Centre de psychiatrie C._____, ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ; de retard mental léger ; d'anxiété généralisée ; de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (dipsomanie) ainsi que de traits de

personnalité immature, dépendante et impulsive. Selon ces médecins, la capacité de travail exigible était de 50 % dans la profession exercée.

Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) lequel a, dans un avis médical du 29 octobre 2013, demandé que les renseignements au dossier soient complétés afin de déterminer l'évolution de la maladie, le caractère primaire ou secondaire de l'addiction, la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles actuelles.

Dans un rapport du 18 novembre 2013, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'état de santé de sa patiente demeurait inchangé. Selon ce médecin, la capacité de travail n'excédait pas 50 %, même dans une activité adaptée, en raison de lombalgies, d'un état anxio-dépressif, de fatigue et de problèmes de concentration. Il a également évoqué des problèmes dermatologiques ayant nécessité un arrêt de travail depuis le 1^{er} juin 2013 et a précisé que l'addiction était secondaire à des conflits conjugaux et familiaux.

Dans un rapport du 7 janvier 2014, les Dres Z._____ et H._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante auprès du Centre de psychiatrie C._____, ont relevé une exacerbation de la symptomatologie anxiodépressive en raison de conflits conjugaux et de la pathologie dermatologique (eczéma aux deux mains). D'après ces médecins, la capacité de travail était nulle depuis le mois d'août 2013 en toute activité. Quant à l'addiction à l'alcool, elle était secondaire, l'assurée l'utilisant pour diminuer ses symptômes anxio-dépressifs.

Sollicité pour avis, le SMR a, dans un rapport du 12 mars 2014, retenu que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} juin 2013 du fait d'un eczéma professionnel aux deux mains, alors que, dans une activité adaptée, elle était de 50 % en raison d'un trouble anxieux et dépressif mixte sur personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

Il ressort d'une note établie le 28 mars 2014 à la suite d'un entretien entre une collaboratrice de l'office AI, différents médecins traitants et un responsable hiérarchique de l'assurée que celle-ci a repris son activité habituelle le 3 mars 2014. A cette occasion, il lui a été fourni des gants et une infirmière s'est rendue sur le poste de travail afin de lui donner quelques conseils.

L'office AI a diligenté une enquête économique sur le ménage, selon laquelle l'assurée avait un statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, et présentait un taux d'empêchement ménager nul (rapport du 23 septembre 2014).

Par décision du 11 mai 2015 confirmant un projet de décision du 17 mars 2015, l'office AI a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), motif pris qu'elle avait pu reprendre l'exercice de son activité professionnelle à son taux habituel dès le 3 mars 2014.

c) Le 17 janvier 2018, K._____ a effectué une annonce de détection précoce auprès de l'office AI en faisant état de douleurs, de fatigue, de stress, d'angoisses et d'une dépression.

Dans un rapport du 5 février 2018 adressé au médecin-conseil de la Haute Ecole B._____, les Drs X._____ et L._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du Centre de psychiatrie et de psychothérapie d'Y._____, ont fait part de leurs commentaires à propos du rapport d'expertise établi le 22 janvier 2018 par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel n'a pas été versé au dossier.

Il ressort d'un rapport initial du 5 mars 2018 que l'assurée s'était vu signifier son licenciement immédiat de l'emploi qu'elle occupait auprès de la Haute Ecole B._____ (cf. courrier du 23 janvier 2018) et qu'elle n'exerçait alors plus qu'une activité d'agente de propreté et

d'hygiène au taux de 30 % pour le compte de la commune d'Y._____. Au terme d'un entretien avec l'intéressée, l'auteure du rapport a retenu que le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité n'était pas indiqué, dans la mesure où l'assurée souhaitait reprendre l'exercice d'une activité professionnelle moyennant un aménagement d'horaire. Elle était dès lors invitée à solliciter le soutien de l'assurance-chômage.

d) Souffrant d'une dépression et de douleurs aux membres inférieurs, K._____ a déposé, le 12 juin 2024, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 20 juin 2024, l'office AI a avisé K._____ que sa demande de prestations du 12 juin 2024 était considérée comme une nouvelle demande au sens de la loi, ce qui signifiait qu'elle ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance de la personne assurée s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti, soit pour produire à ses frais un rapport médical détaillé contenant divers renseignements (diagnostic, évolution de l'état de santé, description de l'état de santé par rapport à l'état antérieur, limitations fonctionnelles sur le plan strictement médical, nouveau degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, pronostic), soit pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple : modification de la situation professionnelle et/ou familiale). Ce courrier comportait encore la précision suivante : *« [p]assé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification du degré d'invalidité préalablement retenu et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée »*.

Par projet de décision du 13 août 2024, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations du 12 juin 2024, au motif que l'examen du dossier n'avait

montré aucun changement depuis la décision de refus de prestations du 11 mai 2015.

Dans un rapport du 16 août 2024, le Dr G._____, médecin traitant, a posé les diagnostics d'épisode dépressif et de douleurs chroniques lombaires et des membres inférieurs dans un contexte de discopathie débutante en L2-L3, L4-L5 et moins marquée en L5-S1. Ce médecin a constaté une péjoration de l'état de santé physique et psychique depuis plusieurs mois, en mettant plus particulièrement en évidence une augmentation de la symptomatologie anxieuse et dépressive depuis le début de l'année 2024. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient d'éviter le port d'une charge sur le dos de plus de 3 kg ainsi que les efforts de poussée (pousser une machine). Il a néanmoins estimé que la capacité de travail était actuellement nulle en toute activité et que le pronostic était réservé. Le Dr G._____ a encore indiqué que sa patiente faisait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Centre de psychiatrie C._____, mais n'avait pas été en mesure d'en obtenir un rapport.

Le 12 septembre 2024, l'assurée a présenté des objections au projet de décision du 13 août 2024. Elle a indiqué que son état de santé physique et psychique s'était péjoré depuis la décision de refus de prestations du 11 mai 2015. En effet, outre qu'elle bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique depuis sept mois, elle était en arrêt de travail complet pour des problèmes de motricité.

Après avoir soumis le dossier au SMR (compte-rendu de la permanence du 8 octobre 2024), l'office AI a, par décision du 8 octobre 2024, entériné son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par l'assurée le 12 juin 2024. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 6 novembre 2024, K._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du

8 octobre 2024 en demandant le réexamen de sa situation. Elle faisait valoir qu'elle était en incapacité totale de travail depuis plusieurs mois et que son état de santé physique et psychique ne cessait de se détériorer. A l'appui de ses allégations, l'assurée a produit un rapport établi le 6 novembre 2024 par la Dre D._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Centre thérapeutique R._____, et par V._____, psychologue assistante, lesquelles ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. A titre de diagnostics secondaires/comorbidités actives, elles ont retenu une personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec des traits dépendants ; des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, ainsi qu'une déficience intellectuelle.

Sur le plan somatique, l'assurée présentait des douleurs multiples au niveau des lombaires et des membres inférieurs dans un contexte de discopathie en L2-L3, L4-L5 et moins marquée en L5-S1, pour lesquelles elle était suivie par le Dr G._____, avec une péjoration au fil des années. Les douleurs chroniques au niveau des membres avaient motivé plusieurs investigations actuellement en cours. Sous l'angle psychique, elle manifestait des symptômes dépressifs persistants (ruminations, tristesse, perte d'appétit, perte de poids, idées suicidaires) ainsi qu'une anxiété intense. Depuis le mois de mars 2024, les médecins observaient une aggravation de l'état psychique et physique, exacerbée par des facteurs de stress importants (conflits conjugaux, difficultés financières et douleurs somatiques chroniques). Compte tenu du tableau psychique et somatique de l'assurée, les signataires du rapport estimaient qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle quelconque.

b) Par décision du 10 décembre 2024, la Juge instructrice a accordé à K._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 novembre 2024. Elle était exonérée du paiement d'avance et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle.

c) Dans sa réponse du 20 décembre 2024, l'office AI a indiqué que, conformément à la jurisprudence, il n'avait en principe pas à tenir compte du rapport du 6 novembre 2024 puisqu'il avait été établi postérieurement à la décision litigieuse. Il l'avait néanmoins soumis au SMR, dont l'avis médical du 19 décembre 2024 était joint en annexe. Selon son analyse, les éléments médicaux contenus dans ce document étaient de nature à rendre plausible une modification significative de la situation médicale, par rapport à celle qui prévalait au moment où la décision du 11 mai 2015 avait été rendue. L'office AI pourrait dès lors entrer en matière sur une éventuelle nouvelle demande de prestations qui serait déposée ultérieurement par l'assurée.

d) La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

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. 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 12 juin 2024 par la recourante, singulièrement sur la question

de savoir si cette dernière a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas.

3. a) 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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 8 octobre 2024, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 12 juin 2024. La Cour doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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).

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 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 12 juin 2024. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 11 mai 2015 niant à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles) - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 8 octobre 2024, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire 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 depuis la précédente décision en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 8 octobre 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 11 mai 2015.

b) Le fait que le Dr G._____ évoque, dans son rapport du 16 août 2024, un épisode dépressif qui réduirait la capacité de travail ne permet pas de rendre plausible une aggravation de la situation. Non seulement, il convient de rappeler que le Dr G._____ ne dispose pas d'une formation en psychiatrie qui lui permettrait de poser un tel diagnostic dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2), mais il signale une augmentation depuis début 2024 d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, sans toutefois produire le moindre rapport du Centre de psychiatrie C._____ que sa patiente consulterait. Il retient en outre des douleurs chroniques lombaires et des membres inférieurs dans un contexte de discopathie débutante en L2-L3, L4-L5 et moins marquée en L5-S1. A l'instar du SMR, il convient de constater que les lombalgies sont sans déficit, qu'elles sont connues de longue date et faisaient déjà l'objet de limitations fonctionnelles (cf. rapport du SMR du 12 mars 2014), alors que l'assurée a continué à œuvrer dans une activité professionnelle non adaptée (compte-rendu de la permanence du SMR du 8 octobre 2024). Dans la mesure où les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 16 août 2024 rejoignent en les précisant celles retenues précédemment (cf. rapport du Dr G._____ du 18 novembre 2013), et qu'il n'y a pas d'éléments permettant de retenir le contraire, il n'existe par conséquent aucune modification des faits rendue plausible depuis la décision du 11 mai 2015 et susceptible de conduire à la reconnaissance d'une invalidité. Dans le même sens, le Dr G._____ ne décrit pas de mesures thérapeutiques particulières ou d'interventions, dont il n'y a d'ailleurs aucune trace au dossier.

c) Le rapport médical du 6 novembre 2024 émanant de la Dre D._____ et de la psychologue V._____ produit par la recourante postérieurement à la décision entreprise - et à plus forte raison en procédure judiciaire - ne peut pas être pris en considération dans la présente procédure, puisque l'examen du juge est limité à l'état du

dossier au moment où l'intimé a statué (cf. considérant 4c *supra*). Il ne saurait au demeurant être question de surseoir à ces principes – fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de procédure – sous peine de les vider de leur portée juridique. Cependant, comme l'a rappelé l'intimé dans sa réponse, il reste loisible à la recourante de formuler une nouvelle demande accompagnée de tous les documents médicaux utiles.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 8 octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de K. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :