

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
 M. Wiedler, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière :Mme Sauter

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. a) B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, actuellement sans activité lucrative, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par formulaire daté du 1^{er} mai 2023, sans fournir de renseignements spécifiques sur le genre d'atteinte dont elle souffrait.

Par rapport médical du 17 novembre 2023, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a retenu les diagnostics suivants : status post fracture de l'orteil droit phalanx médiane, fasciite plantaire des deux côtés, obésité, lombalgies avec en intermittence des blocages, ainsi qu'impingement à l'épaule gauche plus à droite. Elle a relevé les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit la nécessité de pouvoir changer de position (assise/debout) sans devoir marcher, l'absence de mouvements répétitifs de l'épaule gauche et l'absence de port de charges de plus de 7.5 kg sur l'épaule gauche, tout en spécifiant qu'elle présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées.

Par décision du 19 mars 2024, confirmant un projet de décision du 7 février 2024, l'OAI a refusé de prêter en faveur de l'assurée au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité nul.

b) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI par formulaire daté du 9 septembre 2025 ; elle n'a donné aucune précision sur le genre d'atteinte qu'elle présente.

Par communication du 18 septembre 2025, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de trente jours pour produire tous les éléments utiles – notamment des rapports médicaux – rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité. Il a averti l'intéressée que, passé ce délai et sans nouvelles de sa part, une décision de non-entrée en matière serait rendue.

Par rapport médical du 3 octobre 2025 transmis à l'OAI, la Dre E._____ a posé les diagnostics d'obésité, de fasciite plantaire des deux côtés depuis 2023, de status post blocage lombaire depuis septembre 2025, de status post fracture de l'orteil droit phalanx médiane, de douleurs côté intérieur gauche, de status post mélanome (suivi sans récurrence) et de status post hépatite C (guéri). Elle a retenu, au titre de limitations fonctionnelles de l'assurée, la nécessité d'avoir un travail permettant des changements de position (assise/debout) sans devoir marcher, ainsi que l'absence de mouvements répétitifs de l'épaule gauche. Pour le surplus, la Dre E._____ a indiqué que l'intéressée présentait une capacité de travail à 100 % tant dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles que dans l'activité habituelle.

Par projet de décision du 20 novembre 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement – en particulier aucune aggravation – de sa situation médicale depuis la décision du 19 mars 2024.

Par courrier du 1^{er} décembre 2025, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, arguant que sa situation médicale était en cours d'évaluation. Elle a exposé qu'un premier rendez-vous avait été fixé au C._____ (ci-après : le C._____) le 3 décembre 2025, spécifiant qu'un suivi spécialisé devait être mis en place, celui-ci étant essentiel pour évaluer son état de santé actuel et documenter l'évolution de ses difficultés depuis la précédente décision rendue par l'OAI. En définitive, l'assurée a requis que sa situation médicale soit examinée sur la base de documents à jour.

Par courrier du 5 décembre 2025, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 5 janvier 2026 pour fournir toutes pièces utiles, notamment des rapports médicaux détaillés, lui permettant de revoir sa position. L'intéressée n'a transmis aucune pièce dans le délai qui lui a été imparti.

Par décision du 4 février 2026, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il a retenu que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, de sorte que son projet de décision devait être confirmé.

B. Par acte du 27 février 2026 (date du timbre postal), B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 4 février 2026, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur sa nouvelle demande de prestations et procède à une instruction complète de son état de santé actuel, en sollicitant notamment des rapports médicaux auprès de ses médecins traitants. En substance, la recourante a fait valoir que son état de santé demeurerait fragile tant sur le plan physique que psychique, ajoutant qu'elle n'était pas rétablie et ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle. En outre, elle a exposé ne pas pouvoir être tenue pour responsable du fait que certains rapports médicaux n'avaient pas été transmis dans les délais impartis. Pour le surplus, elle a allégué que sa situation médicale nécessitait un examen approfondi et actualisé, incluant une prise de contact avec ses médecins traitants en vue d'obtenir une évaluation complète et objective. A l'appui de son recours, la recourante a produit deux pièces.

Par réponse du 24 avril 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que les renseignements apportés par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations ne faisaient pas état d'une modification de sa situation médicale depuis le mois de mars 2024, de sorte qu'elle n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la date précitée.

Par réplique spontanée signée du 13 mai 2026, la recourante a contesté l'appréciation de l'OAI, arguant que celle-ci reposait sur une appréciation lacunaire de sa situation médicale et de son évolution. Elle a fait valoir qu'un rapport psychiatrique actualisé était en cours d'établissement par le C._____ et spécifié que celui-ci était propre à

démontrer la péjoration de son état de santé et les répercussions concrètes sur sa capacité de travail. Compte tenu de ce qui précède, la recourante a sollicité un délai de trente jours pour produire dit rapport et compléter, le cas échéant, son écriture.

Par courrier du même jour, la Cour de céans a invité la recourante à produire, dans un délai au 27 mai 2026, la réponse du C._____ concernant la remise de leur rapport.

Par courrier du 26 mai 2026, le C._____ a sollicité une prolongation de délai au 30 juin 2026 pour produire un rapport médical.

Par courrier du 29 mai 2026, la Cour de céans a informé la recourante que le délai imparti au C._____ pour produire un rapport médical était prolongé au 30 juin 2026, à charge pour elle de l'en informer. Aucun rapport médical n'a été produit dans le délai imparti.

En droit :

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 par la recourante par formulaire daté du 9 septembre 2025. Il convient en particulier d'examiner si la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 19 mars 2024, ce qui justifierait un nouvel examen de son cas.

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 [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 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). Ainsi, lorsqu'une personne assurée dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres

termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

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. 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 elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. **a)** En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations auprès de l'intimé par formulaire daté du 1^{er} mai 2023, qui s'est soldée par un refus de prester le 19 mars 2024. Elle a ensuite déposé une seconde demande par formulaire daté du 9 septembre 2025, sur laquelle l'intimé a refusé d'entrer en matière. Il convient de rappeler que, conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, il appartenait à la recourante de produire, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, des rapports médicaux rendant plausible une aggravation de son état de santé.

b) S'agissant de la procédure de recours, le pouvoir d'examen de la Cour de céans est limité à la question de savoir si la recourante a établi de façon plausible que son invalidité – inexistante au moment où la première décision de l'intimé est intervenue – s'est modifiée depuis le 19 mars 2024.

aa) Sur le plan somatique, la recourante présentait, lors de la première demande de prestations, un status post fracture de l'orteil droit phalanx médiane, une fasciite plantaire des deux côtés, une obésité, des lombalgies avec en intermittence des blocages, ainsi qu'un impingement à l'épaule gauche plus à droite. Ces diagnostics entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir changer de position

(assise/debout) sans devoir marcher, absence de mouvements répétitifs de l'épaule gauche et absence de port de charges de plus de 7.5 kg sur l'épaule gauche. Cela étant, les atteintes somatiques de la recourante permettaient l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à 100 % moyennant le respect des limitations fonctionnelles susmentionnées (cf. rapport établi par la Dre E. _____ le 17 novembre 2023). Dans sa nouvelle demande de prestations datée du 9 septembre 2025, la recourante n'a pas spécifiquement décrit les atteintes dont elle souffre. Elle n'a pas non plus exposé en quoi ces (nouvelles) atteintes constituent une aggravation de son état de santé. Néanmoins, il ressort du rapport établi le 3 octobre 2025 par la Dre E. _____ que l'intéressée présente les atteintes suivantes : une obésité, une fasciite plantaire des deux côtés depuis 2023, un status post blocage lombaire depuis septembre 2025, un status post fracture de l'orteil droit phalanx médiane, des douleurs côté intérieur gauche, un status post mélanome (suivi sans récurrence) et un status post hépatite C (guéri). Ce médecin a exposé que la recourante avait développé de nouvelles douleurs côté inférieur gauche depuis le mois de juillet 2025, sans lésions sur la radiographie et précisé que la fasciite plantaire était toujours présente à droite mais guérie à gauche. Pour le surplus, elle a relevé que l'état santé de l'intéressée demeurait inchangé. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, la Dr E. _____ a estimé qu'elle était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (changements de position assise/debout sans devoir marcher et absence de mouvements répétitifs de l'épaule gauche). Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la recourante présente, sur un plan somatique, des atteintes déjà connues et prises en considération au moment où la décision de refus de prester est intervenue le 19 mars 2024, respectivement des atteintes (douleurs côtés intérieur gauche, status post mélanome, suivi sans récurrence et status post hépatite C, guéri) sans incidence sur sa capacité de travail notamment dans une activité adaptée. Par conséquent, les atteintes somatiques de la recourante - d'ores et déjà connues - ne constituent pas une aggravation de son état de santé.

bb) Sur le plan psychiatrique, il ressort du dossier de la recourante relatif à la première demande de prestations, que celle-ci a interrompu le suivi initié auprès du C._____ après trois, voire quatre séances uniquement, de sorte que des renseignements médicaux n'avaient pas pu être fournis (cf. courrier et courriel du C._____ des 17 août et 4 octobre 2023). S'agissant de la nouvelle demande de prestations de la recourante, celle-ci n'a pas été en mesure de produire un rapport médical faisant suite à une consultation auprès du C._____ le 3 décembre 2025, alors même que l'intimé lui a imparti un délai pour ce faire. Elle échoue ainsi à rendre plausible la péjoration de son état de santé sur un plan psychiatrique. Pour le surplus, on se bornera à relever – bien que cela n'ait aucune incidence dans le cas d'espèce dès lors que la situation de la recourante doit être examinée d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'intimé au moment où il a statué – qu'aucun rapport médical n'a été produit devant la Cour de céans.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible – tant sur le plan somatique que psychiatrique – une aggravation de son état de santé depuis la décision du 19 mars 2024. L'intimé était par conséquent fondé à refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations datée du 9 septembre 2025.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. En outre, 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 février 2026 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 B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme B._____,
- 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).

La greffière :