**C O U R  D E S  A S S U R A N C E S  S O C I A L E S**

Arrêt du 9 septembre 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

*****

Cause pendante entre :

**B._____**, à A***, recourante,

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.** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée et mère de trois enfants, sans formation professionnelle attestée, a travaillé dès le 15 mai 1998 en qualité de collaboratrice de production à 100 % auprès de D._____ SA.

Elle 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) le 2 mars 2009, indiquant, quant au genre de l'atteinte, une hernie et des maux de dos.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a versé au dossier un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 16 janvier 2009, duquel il résulte que l'assurée présentait une discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1. Une très minime arthrose sacro-iliaque droite était également mise en évidence.

La Dre F._____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué, dans un rapport du 23 avril 2009, un syndrome douloureux lombo-vertébral chronique, sans irritation radiculaire. Le traitement comprenait la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires lors des périodes douloureuses et des séances de physiothérapie.

Répondant aux question de l'OAI le 20 mai 2009, la Dre G._____ a confirmé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique sur discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1 et surcharge avec musculation insuffisante, qui se répercutait sur la capacité de travail de sa patiente. Le diagnostic secondaire de cicatrice douloureuse post-chirurgie d'une hernie inguinale n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Une fois l'épisode de dorsalgies en cours terminé, une reprise de travail était vraisemblablement possible.

Par rapport du 14 août 2009, la Dre F._____ a estimé que la capacité de travail de sa patiente demeurait entière dans l'activité habituelle.

L'OAI a soumis le cas au Service médical régional (ci-après : le SMR), qui s'est prononcé le 29 juillet 2010. Il a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux lombo-vertébral, qui n'avait entraîné aucune incapacité durable de travail. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de travail constant avec les bras au-dessus de l'horizontale et port de charges près du corps de façon occasionnelle ne dépassant pas 10 à 15 kg. L'exercice de l'activité habituelle d'opératrice sur machine demeurait exigible au taux de 100 %.

Par décision du 4 octobre 2010, confirmant un projet du 12 août 2010, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente, de même qu'à des mesures professionnelles.

**B.** Le 20 novembre 2018, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de vertiges très fréquents et d'acouphènes à l'oreille gauche, ainsi qu'une très grande fatigue dans les membres. Elle exerçait alors le métier de femme de ménage depuis le 13 mai 2013.

Une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'OAI, dont l'exécution a été confiée à la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale, et aux Drs J._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, I._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de l'O._____ (ci-après : O._____). Dans leur rapport du 10 novembre 2020, les experts ont diagnostiqué un trouble vestibulaire fonctionnel chronique (R42), une surdité de perception légère gauche dans les hautes fréquences stable avec acouphène chronique partiellement compensé (H90.4), des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et un trouble somatoforme (F45.8). L'assurée demeurait autonome dans ses déplacements et pouvait assumer les actes de la vie

quotidienne. Les lombalgies étaient communes, sans affection ostéo-articulaire évolutive ou active, et impliquaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg de manière répétée, pas de positions statiques prolongées sans possibilité d'alterner la position aux heures pendant quelques minutes. La capacité de travail dans l'activité habituelle n'était pas impactée. Aucun traitement spécifique n'était proposé concernant les lombalgies, hormis une activité physique régulière et de la physiothérapie en fonction des douleurs. En ce qui concernait les vertiges, ils étaient aggravés par les mouvements du corps et de la tête (changement de direction, redressement, mouvements répétitifs) et également induits par la vision (intolérance au défilement visuel, environnements visuels complexes). En raison de ceux-ci, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'employée de maison depuis le 6 septembre 2016. Elle était entièrement conservée dans une activité adaptée, c'est-à-dire calme, sédentaire et privilégiant la position assise, telle qu'ouvrière à l'établi, avec une baisse de rendement de 20 %, liée à la fatigue induite par le trouble somatoforme.

Par un avis du 1er décembre 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions expertales et a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé dès le 6 septembre 2016. Si les limitations fonctionnelles d'épargne du dos classiques avaient déjà été prises en compte dans la dernière décision de l'OAI, les vertiges et la fatigue s'ajoutaient au tableau. Il a confirmé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était nulle en raison des limitations fonctionnelles en lien avec les vertiges et celles d'épargne classique du dos, mais qu'elle était entièrement conservée dans une activité adaptée, telle que décrite par les experts, avec une baisse de rendement de 20 % liée à la fatigue.

Par décision du 12 février 2021, confirmant un projet du 23 décembre 2020, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que son degré d'invalidité, qui s'élevait à 3,65 %, était inférieur au seuil minimal requis de 40 %.

**C.** L'assurée a déposé une troisième demande de prestations le 7 mars 2025 en raison de la persistance des vertiges accompagnés de malaises, d'une hernie discale et d'un blocage de la jambe.

Dans un rapport du 20 mars 2025, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de discopathie lombaire étagée, avec une hernie discale en L4-L5 en contact extra-foraminal avec la racine L4 gauche, sans évolution favorable depuis novembre 2023, une hypoacousie neurosensorielle gauche avec atteinte des fréquences aiguës associée à un acouphène perturbateur, une instabilité posturale sur hyporéflexie bilatérale et possible composante de canalolithiase au niveau des canaux supérieurs d'évolution fluctuante et une agoraphobie. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétitifs ni de torsion du dos, pas de travail en position assise ou debout prolongée (maximum 30 minutes), pas de changement de position verticale ou horizontale rapide, pas de travail prolongé devant un écran (maximum 30 minutes), pas de travail nécessitant d'avoir les bras au-dessus de l'horizontale ou le regard en dessus de l'horizon et pas de travail dans un domaine impliquant des contacts interpersonnels tels que la vente ou le service. Le Dr L._____ a souligné que sa patiente était inapte à exercer une activité professionnelle depuis le mois de septembre 2016 et qu'elle n'avait pas retravaillé depuis lors, une tentative de reprise en 2021 s'étant soldée par un échec.

Suivant l'avis de son service médical, l'OAI a estimé, par projet de décision du 24 juin 2025, qu'aucun nouvel élément ne justifiait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

Celle-ci a contesté la position de l'OAI le 17 juillet 2025, expliquant en substance que son état de santé s'était détérioré, en particulier en lien avec la pathologie affectant sa colonne vertébrale. Dans le délai qui lui a été imparti à cet effet, elle a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport du Dr M._____, spécialiste en radiologie, établi à la suite d'une scintigraphie osseuse réalisée le 25 juin 2025. Ce médecin a conclu à une ostéochondrose à prédominance latérale en L4-L5 avec activation osseuse marquée et hyperémie modérée, une protrusion discale postéro-latérale avec atteinte extra-foraminale de la racine nerveuse L4 gauche, des altérations dégénératives modérées des articulations facettaires en L4-L5 et L5-S1 des deux côtés, sans activation significative, avec hypertrophie modérée des ligaments jaunes, sténose foraminale et atteinte partielle des racines nerveuses, une ostéochondrose légèrement activée en L5-S1 et des altérations dégénératives modérément activées des articulations sacro-iliaques des deux côtés ;
- un rapport établi le 9 septembre 2025 par le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie, retenant les diagnostics de lombalgies bilatérales étendues, récidivantes et liées à l'effort, depuis plusieurs années, associées à une discopathie progressive et une ostéochondrose en L4-L5 (hyperémie), une spondylarthrose, principalement du côté gauche, en L4-L5 et L5-S1 avec une subluxation partielle en L4-L5 gauche, une sténose foraminale légère en L4-L5, une discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec un phénomène de vide et une hyperémie caudale des articulations sacro-iliaques bilatérales. L'hyperémie au niveau de l'articulation sacro-iliaque soulevait la question d'une éventuelle maladie rhumatologique sous-jacente. Le lumbago récurrent et intense dont souffrait sa patiente s'accompagnait parfois de sensations de blocage très prononcées. De ce fait, elle n'était plus en mesure d'exercer son activité professionnelle. Selon ce spécialiste, une intervention chirurgicale devait être envisagée en ce qui concernait l'hyperémie en L4-L5, auquel cas la dégénérescence du segment L5-S1 ne devrait pas être négligée.

Par avis du 16 octobre 2025, le SMR a relevé que dans le cadre de la deuxième demande de prestations, il avait déjà été retenu, sur la base d'une expertise, que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'employée de ménage. Elle demeurait en revanche capable d'exercer une activité adaptée, avec des limitations liées aux lombalgies avec troubles dégénératifs, connues de longue date. Il s'ensuivait qu'aucun

élément médical nouveau ne rendait plausible une aggravation de son état de santé.

Par décision du 20 octobre 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'intéressée.

**D.** Par acte du 4 novembre 2025, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant implicitement à son annulation. Elle réitère que sa pathologie, par nature évolutive, s'est aggravée au cours des cinq dernières années. Elle a requis d'être réexaminée par des experts et a ajouté qu'elle était suivie par un psychiatre.

Dans sa réponse du 3 février 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours, persistant à considérer que la recourante n'avait pas rendu plausible que son état de santé se serait aggravé.

**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 du 7 mars 2025.

**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]). Il suffit qu'il existe certains indices d'une éventuelle aggravation, même s'il reste possible que celle-ci ne puisse être rendue vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, par une évaluation plus poussée (TF 9C_166/2025 du 5 mai 2026 consid. 4.2 et la référence citée). En revanche, l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations peut écarter sans plus ample examen une nouvelle demande si 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 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).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, 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 (TF 9C_166/2025 du 5 mai 2026 consid. 2.3 et la référence citée).

**4.** **a)** En l'espèce, la recourante a déposé une première demande auprès de l'OAI le 2 mars 2009, puis une deuxième le 20 novembre 2018, qui se sont toutes deux soldées par des refus de prester, les 4 octobre 2010 et 12 février 2021. Sa troisième demande du 7 mars 2025 a conduit l'intimé à prononcer un refus d'entrer en matière. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si la recourante a établi de façon plausible que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 12 février 2021.

**b)** Les atteintes à la santé retenues aux termes de l'expertise mise en œuvre dans le cadre de la deuxième demande étaient les suivantes : un trouble vestibulaire fonctionnel chronique (R42), une surdité de perception légère gauche dans les hautes fréquences stable avec acouphène chronique partiellement compensé (H90.4), des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et un trouble somatoforme (F45.8). Les lombalgies induisaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg de manière répétée et pas de position statique prolongée sans possibilité de l'alterner aux heures pendant quelques minutes. A dires d'expert, la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de ménage n'était pas impactée. Elle était en revanche nulle en raison des vertiges, depuis le 6 septembre 2016. L'exercice d'une activité adaptée à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % liée à la fatigue, était cependant encore exigible dans un emploi calme, sédentaire, privilégiant la position assise, tell qu'ouvrière à l'établi dans une industrie légère (cf. expertise du 10 novembre 2020).

**c)** Dans le cadre de la demande déposée en mars 2025, la recourante s'est prévalue de lombalgies et de vertiges persistants. Contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, les pièces produites par ses soins rendent plausibles une aggravation de ses lombalgies, lesquelles ont évolué sur plusieurs points.

Les lombalgies communes retenues en 2020 par les experts d'O._____ ne comprenaient alors aucune atteinte radiculaire (cf. avis du SMR du 1er décembre 2020). La scintigraphie du mois de mai 2025 a au contraire mis en évidence une atteinte de la racine nerveuse en L4 gauche. Ce nouvel examen a aussi mis en exergue des altérations dégénératives modérées aux sacro-iliaques des deux côtés, alors qu'en 2020, seule une arthrose très minime à droite était visible sur la radiographie de 2009 dont disposaient les experts. A cela s'ajoute que les lombalgies, jusqu'alors traitées conservativement (activité physique régulière, physiothérapie en fonction des douleurs à des fins de renforcement musculaire et d'amélioration de la posture ; cf. expertise d'O._____, évaluation consensuelle, p. 6), justifient désormais une intervention chirurgicale en L4-L5 en raison de l'importance de l'hyperémie présente, lors de laquelle il s'agirait également, cas échéant, de prendre en compte la dégénérescence au niveau du segment L5-S1 (cf. rapport du Dr N._____ du 9 septembre 2025). Le Dr N._____ a jouté que l'hyperémie au niveau des sacro-iliaques soulevait la question d'une éventuelle maladie rhumatologique sous-jacente. Il a également évoqué les diagnostics de spondylarthrose et d'ostéochondrose, alors qu'en 2020, il n'existait aucune maladie ostéo-articulaire ou inflammatoire (cf. expertise d'O._____, rapport rhumatologique, p. 4 ; rapport du SMR du 1er décembre 2020).

Par ailleurs, les Dr L._____ et N._____ ont tous deux affirmé que leur patiente ne pouvait plus exercer son activité habituelle de femme de ménage. Les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis suivantes ont en outre été retenues par le Dr L._____ : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétitifs ni de torsion du dos, pas de travail en position assise ou debout prolongée (maximum 30 minutes). Or, dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande, si les limitations usuelles d'épargne du rachis, qui comprenaient l'absence de ports de charges répétés de plus de 10 kg et la nécessité d'alterner la position quelques minutes chaque heure, étaient mentionnées par le SMR pour expliquer l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, c'est essentiellement en raison des limitations liées aux vertiges que la

recourante ne pouvait plus travailler en qualité d'employée de ménage. Les légères limitations d'épargne du rachis retenues en 2020 ne l'empêchaient en outre pas d'exercer une activité adaptée à plein temps (cf. expertise d'O._____, évaluation consensuelle, p. 4 ; rapport du SMR du 1er décembre 2020), ce qui n'est plus le cas actuellement selon le Dr L._____ (cf. rapport du 20 mars 2025).

**d)** Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre que la recourante a rendu plausible que son état de santé s'état aggravé de manière à influencer ses droits, de sorte que l'intimé n'était pas fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée au mois de mars 2025. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à cet office, afin qu'il entre en matière sur celle-ci et mette en œuvre les mesures d'instruction idoines afin d'éclaircir la situation médicale de la recourante, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

**5.** 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.

**6.** **a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 7 mars 2025, instruise la cause, puis 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 justice (art. 69 al. 1bis 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.

Il n’y a pas lieu d’allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 20 octobre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande déposée le 7 mars 2025 par B._____, instruise la cause et rende une décision sur son éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**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.

La présidente : La greffière :

**Du**

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

- 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 :