

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Brélaz Braillard et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Q***, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI; 82 LPA-VD

En fait :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, sans formation certifiée, a travaillé dès 2005 en tant que femme de ménage et concierge pour divers employeurs et à des taux d'activité variables.

Dans un formulaire de détection précoce de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 25 juillet 2022, l'assurée a exposé être en incapacité totale de travail depuis le 3 juillet 2020, en raison de douleurs, en précisant qu'elle avait auparavant travaillé comme femme de ménage, à 80 %.

Dans un rapport daté du 20 juillet 2022 et versé au dossier de l'OAI le 5 août suivant, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a indiqué que l'assurée était suivie depuis 2019 pour des douleurs du rachis avec multiples blocages, entraînant initialement des incapacités de travail itératives, de courte durée. Dès la fin 2019, des syndromes radiculaires irritatifs L5 et S1 gauches sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche avec composante foraminale et extraforaminale gauche ont été mis en évidence, pour lesquelles elle avait bénéficié d'une cure d'hernie discale extraforaminale et intraforaminale L5-S1 par la gauche. Les douleurs avaient néanmoins persisté sous la forme de lombalgies chroniques, auxquelles venaient s'ajouter des cervicalgies, brachialgies et gonalgies s'inscrivant vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé. Les douleurs avaient entraîné des incapacités de travail répétées, à 50 % depuis fin 2021, puis à 100 %, dès le 15 juillet 2022. Selon la praticienne, l'activité de femme de ménage, qui impliquait des activités répétées du tronc et des membres supérieurs, en position debout, et renforçait de manière évidente les douleurs chroniques, ne semblait pas adaptée à ses limitations et une réorientation professionnelle était indiquée.

Le 15 septembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, en indiquant souffrir d'une maladie depuis septembre 2020.

Dans un formulaire de détermination du statut du 1^{er} novembre 2022, l'assurée a indiqué que son taux d'activité serait de 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé, les 20 % restants étant consacrés au ménage de son domicile et à sa famille.

Par communication du 16 novembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés, du 28 novembre 2022 au 19 mai 2023.

Dans un formulaire de rapport médical détaillé UE/AELE du 9 décembre 2022, la Dre D. _____ a en substance réitéré ses précédents constats et a joint copies de rapports des 8 septembre et 10 octobre 2022 du Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Selon deux rapports de mesure d'intervention précoce externalisée des 15 février et 23 mai 2023 suivie auprès d'E. _____ SA, les limitations actuelles de l'assurée et son état de santé complexe et multifactoriel rendant difficile toute prévision quant à l'évolution de ses capacités fonctionnelles ne permettaient pas de lui proposer la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté à ses capacités.

Par communication du 25 mai 2023, l'OAI a mis fin à la mesure d'intervention précoce, exposant par ailleurs qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pour l'heure pas envisageables.

Dans un rapport à l'OAI du 1^{er} juin 2023, la Dre G. _____, spécialiste en médecine générale et cardiologie, qui avait suivi l'assurée pour une myopéricardite probablement d'origine virale, actuellement résolue, a indiqué que celle-ci ne présentait pas de limitation du point de vue cardiologique.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 16 juin 2023, le Prof. J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui avait vu l'assurée lors d'une consultation spécialisée du 20 avril 2023, a confirmé les diagnostics de désordre du spectre de l'hypermobilité ainsi que de probable syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

Par avis médical du 29 septembre 2023, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a préconisé la réalisation d'une expertise, laquelle a été confiée à la Dre K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport communiqué le 10 janvier 2024, l'experte a retenu les diagnostics de syndrome d'hypermobilité articulaire d'Ehlers-Danlos (Q79.6), de lombalgies chroniques sur troubles statiques et troubles dégénératifs, discopathie L5-S1, de hernie discale paramédiane gauche sans signe de compression en L4-L5, de status post cure de hernie discale L5-S1 gauche (M54.5), de gonalgies gauches sur arthrose débutante fémoro-tibiale interne (M 17.0), de périarthrite des hanches bilatérale à prédominance gauche (M 77.9), de Hallux valgus bilatéral (M 20.1), de status post tendinopathie interstitielle non-transfixiante du sus-épineux et du sous-scapulaire de l'épaule droite post-traumatique, asymptomatique actuellement, et de status post-entorse de la cheville gauche. La Dre K._____ a constaté qu'au jour de l'expertise, l'assurée se plaignait de lombalgies basses avec parfois une irradiation algique dans la fesse gauche, d'arthralgies migrantes et de myalgies diffuses, de fatigue et de fatigabilité. Elle souffrait en outre de douleurs à la face externe des hanches des deux côtés, prédominantes à gauche et de douleurs aux genoux prédominant à gauche et au pied gauche. Pour l'experte, la symptomatologie rapportée était de type mécanique et il n'y avait pas de signe en faveur d'une affection rhumatismale inflammatoire ou immunologique. L'évaluation des critères idoines lui permettaient de retenir un syndrome d'Ehlers-Danlos, dont l'expression était cependant très modérée mais entraînait néanmoins des limitations fonctionnelles afin de préserver l'état musculo-articulaire. L'examen clinique n'avait pas mis en évidence de signes typiques de la fibromyalgie, les lombalgies de type mécanique étant à référer à des troubles dégénératifs, possiblement aussi dans le cadre de l'hypermobilité. L'examen clinique du genou était satisfaisant malgré une gonarthrose

fémoro-tibiale interne gauche objectivée en septembre 2022. Ses limitations fonctionnelles lui proscrivaient 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 itérative des escaliers, les déplacements longs ou répétitifs, le travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence, le port de charge itératif supérieur à 5 kg, le travail répétitif des articulations des membres supérieurs, et devaient, en outre, permettre les changements de position et d'éviter le travail avec le membre supérieur droit en hauteur de façon répétitive. La capacité de travail de l'assurée dans ses activités habituelles était nulle pour ce qui était des tâches de conciergerie, respectivement de 50 % dans celles de femme de ménage. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail s'élevait à 80 % en raison des arthralgies persistantes et de la fatigue.

Dans un rapport d'examen du 16 janvier 2024, le SMR, se ralliant aux conclusions de l'expertise susmentionnée, a considéré que l'assurée disposait, dès le 22 août 2022, d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage, respectivement nulle dans celle de concierge, alors qu'une pleine capacité de travail, compte tenu d'une diminution de rendement de 20 %, devait lui être reconnue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 22 mai 2024 confirmant un projet du 3 avril 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu d'un statut d'active à 80 % ainsi que d'une diminution de rendement de 20 % sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le taux d'invalidité s'élevait à 10,97 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Une aide au placement était toutefois octroyée à l'assurée.

Par arrêt du 18 juillet 2024 rendu dans la cause AI 181/24 - 213/2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable le recours déposé par l'assurée le 18 juin précédent à l'encontre de la décision rendue le 22 mai 2024 par l'OAI. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Remplissant le 18 mars 2025 un formulaire de rapport médical détaillé UE/AELE, la Dre D. _____ a exposé que l'assurée était incapable de poursuivre son travail en tant que femme de ménage en raison des limitations fonctionnelles et des douleurs chroniques associées au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, aux séquelles de lésions accumulées au fil des ans, ainsi qu'à une hypersensibilité centrale. Pour la praticienne, la capacité de travail maximum exigible de l'assurée n'excédait pas 40% dans une activité adaptée. Elle a joint notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 31 juillet 2024 du Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant état de douleurs chroniques multisite en décompensation, avec un WPI (index de la douleur généralisée) à 14/19 et SS (échelle de sévérité des symptômes) de 9/12, ainsi que d'un tableau global évocateur d'une importante sensibilisation centrale avec hyperactivité orthosympathique. Le spécialiste estimait par ailleurs qu'un soutien psychothérapeutique et psychiatrique était absolument nécessaire ;
- un rapport du 25 novembre 2024 du Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie, confirmant l'existence d'une neuropathie des petites fibres, la présence d'une anomalie de la fonction des petites fibres nerveuses ayant été mise en évidence par des réponses à un questionnaire et la diminution de la densité intraépidermale objectivée par une biopsie ;
- un rapport du 25 novembre 2024 de la Dre S. _____, spécialiste en anesthésiologie ;
- un rapport du 14 janvier 2025 du Prof. O. _____, spécialiste en rhumatologie, aux termes duquel l'assurée, qui avait été hospitalisée du 11 au 22 novembre 2024 pour un bilan étiologique multidisciplinaire et un traitement multimodal de la douleur, présentait un syndrome douloureux chronique multisites, en lien avec des troubles biomécaniques et des séquelles dans le cadre d'un désordre du spectre de l'hypermobilité. Il était

également fait état d'une atteinte confirmée des petites fibres, d'une hypersensibilité centrale, ainsi que d'anxiété occasionnant des troubles du sommeil. Pour le spécialiste, les troubles biomécaniques et les sensibilités exacerbées entraînaient des limitations fonctionnelles incompatibles avec une activité professionnelle classique ;

- un rapport du 27 février de la Dre N._____, Cheffe de clinique adjointe au CHUV, faisant état des diagnostics de céphalées mixtes comprenant des céphalées nummulaires (le diagnostic différentiel étant des migraines atypiques) avec probable composante cervicogène ainsi qu'une possible hypersensibilité du nerf d'Arnold gauche ;

- un rapport du 28 février 2025 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 1^{er} avril 2025, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par courrier du 14 avril 2025, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible, par la production de pièces médicales, une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

Dans un projet de décision du 27 mai 2025, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision du 22 mai 2024.

Par courrier du 24 juin 2025, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision.

Par courriel et courrier du 25 juin 2025, la Dre D._____ a déclaré soutenir la demande de révision de l'assurée. Se référant notamment à son précédent rapport du 18 mars 2025 ainsi qu'au rapport du 14 janvier 2025 du Prof. O._____, elle a fait état d'une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée depuis 2022 et d'une modification notable de la situation justifiant une révision de la position de

l'OAI. Elle préconisait, en outre, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 7 juillet 2025, confirmant son projet du 27 mai précédent, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 1^{er} avril 2025.

C. Par acte du 5 septembre 2025, C._____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'il était entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} avril 2025 et qu'une rente d'invalidité entière lui était octroyée, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière et procède à l'instruction de sa demande. Elle a fait valoir, en substance, que les rapports médicaux produits devant l'intimé avaient rendu plausible une modification de son état de santé depuis la décision du 22 mai 2024 et a, par ailleurs, requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante a joint un lot de pièces sous bordereau, dont un rapport du 3 septembre 2025 de la Dre D._____, ainsi que plusieurs rapports médicaux figurant déjà au dossier de l'intimé.

Le 31 octobre 2025, l'intimé s'est déterminé comme suit :
« Après réexamen des pièces médicales en notre possession au moment de la décision, nous proposons l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi du dossier à notre office pour la mise en place des mesures d'instruction nécessaires à l'examen du droit éventuel à des prestations de notre assurance ».

Par écrit du 12 novembre 2025, le conseil de la recourante a pris acte de la réponse de l'intimé et, concluant à l'allocation de pleins dépens, a produit une liste des opérations effectuées dans le cadre de son mandat en faveur de la recourante, faisant état de 19 heures et 5 minutes de travail.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 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) aa) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

bb) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 1^{er} avril 2025 au motif que la situation de celle-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 22 mai 2024, dernière décision statuant sur le fond. A cet égard, la Cour de céans n'a pas à examiner la conclusion tendant à l'octroi d'une rente

d'invalidité, laquelle excède l'objet de la contestation (cf. également consid. 4c *infra*) et est, partant, irrecevable.

b) Dans son écriture du 31 octobre 2025, l'intimé propose l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical.

A cet égard, il convient de rappeler que l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; TF 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et les références citées).

c) Conformément à l'art. 82 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé. Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

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'espèce, la décision litigieuse, rendue le 7 juillet 2025, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} avril 2025, si bien qu'il convient d'appliquer le droit en vigueur à compter du 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 [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).

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, 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 1^{er} 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

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

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 1^{er} 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.

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.

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 1^{er} 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

justice (art. 69 al. 1^{bis} 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.

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

- I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision rendue le 7 juillet 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 1^{er} avril 2025 par C._____, instruisse 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.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ 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 Gilles-Antoine Hofstetter, pour C. _____,
- 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 :