

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2026

Composition : M. TINGUELY, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à A***, recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 61 let. c LPG.

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, sans formation professionnelle certifiée, mariée et mère de deux enfants nés en *** et ***, a exercé comme agente de nettoyage à 50 % du 28 octobre 2016 au 31 décembre 2022 auprès de D._____ SA, puis à 100 % du 3 janvier au 5 avril 2023 auprès de F._____ SA.

Le 5 octobre 2023, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant à titre d'atteinte à la santé une dépression ayant engendré une incapacité de travail totale depuis le 5 avril 2023.

Le 29 novembre 2023, C._____ (ci-après : la C._____), en sa qualité d'assureur perte de gain de l'assurée, a transmis à l'OAI son dossier. Il en ressortait notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 25 septembre 2023 à la C._____, dans lequel le médecin-traitant de l'assurée, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (F33.2), de lombalgie et de cervicalgie, et a attesté une incapacité de travail totale à compter du 5 avril 2023 ;

- un rapport relatif à une IRM de la colonne totale réalisée le 28 septembre 2023, qui concluait à de discrets signes d'uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7, sans évidence de conflit disco-radulaire ou rétrécissement canalaire significatif, le reste de la colonne totale étant dans les limites de la norme pour l'âge de la patiente, sans pathologie disco-vertébrale significative ni atteinte inflammatoire des éléments articulaires postérieurs.

Répondant le 4 janvier 2024 au questionnaire de détermination du statut envoyé par l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle travaillerait à 100 %

comme agente de nettoyage si elle n'était pas atteinte dans sa santé, et ce par nécessité financière.

Aux termes d'un rapport du 2 avril 2024 à l'OAI, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de syndrome de Ménière, d'uncodiscarthrose C5 à C6 et C6 à C7 existant depuis 2023, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis 2023. Les limitations fonctionnelles incluait toute activité physico-psychique et il convenait d'éviter tout facteur de stress. L'incapacité de travail était totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 5 avril 2023.

Le 15 avril 2024, la C. _____ a transmis à l'OAI le rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2024 réalisé à sa demande auprès du M. _____ (ci-après : le M. _____), à P***. Dans ce rapport, le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) succédant à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2), et les diagnostics n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail de stress post-traumatique (F43.1) et d'accentuation de traits de personnalité histrionique (Z73.1). L'expert a retenu comme limitations fonctionnelles une fatigue fluctuante aggravée par des tensions anxieuses pluri-hebdomadaires et une résistance au stress diminuée. D'après lui, une adaptation du traitement par augmentation de la Venlafaxine à 150 ou 225 mg ou un passage à un antidépresseur plus stimulant comme la paroxétine était exigible, ce qui devrait réduire les limitations fonctionnelles, notamment la fatigue, qui diminuait le rendement. L'expert Q. _____ a estimé qu'une reprise de travail dans l'activité habituelle devait pouvoir avoir lieu à 50 % deux mois après la mise en place de l'ajustement du traitement ; une reprise à 100 % devait être possible à trois mois.

Dans un rapport du 13 mai 2024 à l'OAI, la Dre R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté suivre l'assurée depuis le 14 novembre 2023. Elle a posé le diagnostic avec incidence sur la

capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis avril 2023 et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de vertiges depuis janvier 2023 et d'épistaxis, de douleurs cervicales et de dorsalgies. Selon elle, la capacité de travail de sa patiente était nulle et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue psychique et physique, insomnies avec cauchemars et flash-backs. La psychiatre traitante a indiqué qu'il n'existait aucune possibilité de réadaptation, en raison des crises d'angoisse récurrentes, des vertiges et des acouphènes, qui entraînaient une impossibilité à rester debout longtemps.

Par rapport du 4 novembre 2024 à l'OAI, la Dre S._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), a posé les diagnostics de maladie de Ménière existant depuis janvier 2023 et de dépression. Elle a rapporté une perte auditive et des vertiges. A son sens, sa patiente n'était pas capable de travailler actuellement, ni d'effectuer ses tâches ménagères.

Aux termes d'un rapport du 2 décembre 2024 au psychiatre traitant, le Prof. E._____, chef de Service au Centre Leenaards de la Mémoire, du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), le Dr V._____, chef de clinique adjoint, et le Dr W._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de troubles cognitifs d'origine vraisemblablement thymique (investigations en cours). Il n'existait, à ce stade, pas d'indice pour une pathologie neurodégénérative. Une IRM cérébrale était toutefois planifiée.

Dans un rapport du 28 janvier 2025 au psychiatre traitant, le Prof. E._____ et les Drs V._____ et W._____ ont posé les diagnostics de troubles cognitifs d'origine vraisemblablement thymique, sans arguments pour un trouble neurodégénératif à l'IRM du 13 janvier 2025, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), de maladie de Ménière et de surpoids. Ils ont préconisé une adaptation du traitement médicamenteux.

Le 3 février 2025, la psychiatre traitante de l'assurée a transmis à l'OAI un rapport, dans lequel elle a expliqué que l'état de santé de celle-ci s'était aggravé ; elle souffrait de crises d'angoisse accompagnées de vomissements, décrivait des vertiges – ayant d'ailleurs été hospitalisée au CHUV en décembre 2024 pour un malaise avec vertiges intenses, céphalées, douleurs occipitales pulsatiles, douleurs thoraciques oppressives et dyspnée – et ressentait une grande fatigue, ne réalisant plus aucune tâche au quotidien ; le ralentissement psychomoteur était en outre marqué. La Dre R._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et estimé qu'aucune capacité de travail n'était exigible pour le moment, en raison de la fatigabilité physique et psychique.

Par avis du 1^{er} avril 2025, la médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets psychiatrique et de médecine interne afin de pouvoir disposer d'une évaluation objective de la situation de santé de l'assurée, notamment avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extra-médicaux qui n'étaient pas du ressort de l'AI.

L'OAI a, par conséquent, confié la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire au centre G._____ (ci-après : le G._____) à I**, où l'assurée a été examinée le 13 mai 2025 par la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, et le 22 mai 2025 par le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de leur rapport d'expertise transmis le 25 juillet 2025 à l'OAI, les experts ont posé les diagnostics sur le plan psychiatrique, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'accentuation de certains traits de personnalité (histrionique) (Z73.1), et les diagnostics sur le plan somatique de maladie de Ménière depuis plusieurs années, bien avant 2023, de fibromyalgie, évolution depuis 2023 intriquée par un contexte psychosocial ; stress au travail et notion de dépression, investiguée davantage dans le volet

psychiatrique, et de cervicarthrose compatible avec l'âge de l'expertisée, non déficitaire. Ils ont retenu que l'assurée était totalement capable de travailler depuis à tout le moins le mois de juillet 2024, la capacité de travail ayant pu être partiellement altérée en raison du trouble de l'adaptation. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les travaux en hauteur ou impliquant l'usage d'escabeaux, afin de prévenir tout risque de chute lors des vertiges épisodiques en lien avec la maladie de Ménière. Selon les experts, ces limitations étaient compatibles avec l'activité de nettoyeuse, moyennant des aménagements ergonomiques adéquats (notamment une adaptation du matériel de travail afin de limiter le travail sur escabeaux ou les postures pénibles, comme un balai et des raclettes télescopiques).

Dans un avis du 8 août 2025, la médecin du SMR a fait état de ce qui suit :

« Discussion et attitude

Nous avons pris connaissance de l'expertise bi-disciplinaire et des appréciations des experts ; cependant, avant de nous prononcer définitivement, nous avons besoin d'éclaircir certains points.

Par conséquent nous remercions le gestionnaire de bien vouloir poser aux experts les questions suivantes :

1. Etant donné que l'assurée a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 05.04.2023, nous vous remercions de bien vouloir détailler l'évolution (taux, mois et année) de la capacité de travail dans l'activité habituelle à partir d'avril 2023 jusqu'à juillet 2024.
2. Au vu du diagnostic de maladie de Ménière (qui peut se présenter par épisodes/poussées), devons-nous prévoir une éventuelle baisse de rendement ? »

Par courrier du 16 septembre 2025, les Drs X._____ et O._____ ont indiqué à l'OAI que la baisse de rendement liée à la maladie de Ménière ne serait pas significative, puisqu'il s'agissait d'une maladie dont l'évolution remontait à plusieurs années et que la fréquence des crises vertigineuses tendait souvent à diminuer au fil des années ; par ailleurs, il était noté dans le rapport d'expertise de fortes incohérences entre le vertige allégué et les constatations objectives. Sur le plan psychiatrique, ils ont exposé que l'assurée avait présenté une réaction anxio-dépressive à une situation professionnelle vécue comme stressante ; le diagnostic de trouble

de l'adaptation avait été posé le 8 mars 2024 par l'expert psychiatre du M. _____ ; il avait débuté en octobre 2022 et sa durée ne pouvait pas excéder six mois. D'après les experts, ce trouble n'était donc plus présent en avril 2023 et avait été remplacé par un trouble anxieux et dépressif mixte, sans caractère incapacitant. La capacité de travail était par conséquent entière d'avril 2023 à juillet 2024.

Aux termes d'un avis du 23 septembre 2025, la médecin du SMR s'est ralliée aux conclusions de l'expertise du G. _____.

Par projet de décision du 29 septembre 2025, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a expliqué qu'à l'examen de son dossier, il constatait qu'elle présentait une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle de nettoyeuse, celle-ci restant possible moyennant des aménagements ergonomiques adéquats. Dès lors, le droit à des prestations de l'AI ne pouvait qu'être nié.

Le 29 octobre 2025, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Pour l'essentiel, elle a indiqué que ses médecins traitants attestaient une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée, justifiée par plusieurs pathologies graves, et ce depuis plus de deux ans. A son avis, une rente d'invalidité devait lui être allouée. Avec son envoi, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- un rapport établi le 10 juin 2024, par lequel la Dre R. _____ a certifié que sa patiente était suivie au Centre T. _____ depuis le 14 novembre 2023 ; elle a en particulier noté que l'état de santé psychique de l'intéressée nécessitait une prise en charge régulière ainsi qu'un traitement médicamenteux et qu'aucune activité lucrative n'était exigible pour l'heure, le pronostic étant réservé ;

- un rapport du 23 avril 2025, dans lequel la Dre R. _____ a notamment indiqué qu'elle constatait une aggravation notable et durable de l'état de santé de sa patiente, tant sur le plan clinique que fonctionnel, rendant toute reprise d'activité impossible à ce jour ;

- un rapport du 2 juin 2025, dans lequel le Prof. U._____, médecin chef au Service d'oto-rhino-laryngologie du CHUV, a posé les diagnostics de maladie de Ménière gauche et de trouble vestibulaire fonctionnel chronique secondaire ; il a exposé avoir longuement discuté avec sa patiente d'une possible opération consistant en un clip du conduit endolymphatique gauche afin de pouvoir diminuer ses crises de Ménière et également les crises de Tumarkin ; celle-ci souhaitait activement effectuer cette intervention ; un scanner allait donc être organisé et le médecin précité reverrait la patiente avec un test auditif avant l'opération ;

- un rapport du 3 juillet 2025, par lequel le Dr K._____ a posé les diagnostics de troubles cognitifs d'origine vraisemblablement thymique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de maladie de Ménière et de trouble vestibulaire fonctionnel chronique secondaire ; au vu de la gravité de l'état de santé de sa patiente, celle-ci bénéficiait d'une incapacité de travail et de toute activité physique à 100 % pour une durée indéterminée ;

- un rapport du 22 octobre 2025 de la Dre R._____, selon lequel l'assurée présentait des limitations fonctionnelles très sévères et aucune capacité de travail, ni dans son emploi actuel ni dans un poste adapté ; son état psychique et somatique ne permettait aucune exigibilité professionnelle depuis plusieurs mois, avec une évolution vers la chronicisation.

Par décision du 7 novembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs présentés dans son projet de décision. Dans un courrier daté du même jour faisant partie intégrante de la décision précitée, l'office a expliqué que l'expertise du G._____ se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical ; ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, de sorte qu'elle avait pleine valeur probante. Quant aux avis des Drs R._____ et K._____, ils

ne contenaient aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de cette expertise, qu'il convenait de suivre. Partant, l'OAI a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position et qu'il convenait de confirmer le projet de décision du 29 septembre 2025.

B. Par acte du 28 novembre 2025, B._____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a requis de celle-ci l'octroi d'un délai de trente jours pour compléter son recours et apporter des pièces justificatives.

Aux termes d'un recours complémentaire du 2 février 2026, la recourante, désormais représentée par Me David Métille, a conclu à l'annulation (*recte* : la réforme) de la décision rendue le 7 novembre 2025 par l'intimé et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, depuis le 1^{er} avril 2024. A titre préalable, elle a requis qu'une expertise contenant un volet psychiatrique, de médecine interne ou encore ORL, voire otoneurologique, soit mise en œuvre, et a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet rétroactif au 15 janvier 2026. En substance, la recourante a souligné l'important décalage entre les approches « purement processuelles » des experts et celles plus concrètes de ses différents médecins traitants, en particulier sur le plan psychiatrique, mais également sur le plan de la Consultation de la mémoire, voire ORL. Elle a allégué qu'aucune activité professionnelle n'était exigible au regard des importantes limitations fonctionnelles retenues par ses médecins. Pour étayer ses dires, la recourante a produit le rapport établi le 22 octobre 2025 par sa psychiatre traitante, déjà au dossier, ainsi qu'un rapport établi le 3 décembre 2025, dans lequel le Prof. U._____ a posé les diagnostics de maladie de Ménière sévère et évolutive gauche (posé le 23 février 2021), de trouble vestibulaire fonctionnel chronique secondaire (posé le 6 mars 2025) et de status post clippage du canal endolymphatique avec saccotomie décompressive de l'oreille interne gauche le 21 novembre 2025 ; à ce jour, les vertiges restaient significatifs, la stabilité posturale insuffisante et l'atteinte auditive gauche majeure. Compte tenu de ces éléments, le médecin précité a estimé

que sa patiente n'était actuellement pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en sécurité et cela pour le moyen terme au minimum.

Par décision du 3 février 2026, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 janvier 2026 et désigné Me David Métille comme conseil d'office.

Par réponse du 6 mars 2026, l'intimé a renvoyé à l'avis du SMR établi le 3 mars 2026, qu'il a joint à son envoi, selon lequel les rapports produits par la recourante faisaient état de nouveaux éléments médicaux dont le SMR et les experts du G. _____ n'avaient pas connaissance lors de la rédaction de leurs rapports ; la médecin du SMR proposait d'interroger le Prof. U. _____ afin de se renseigner sur l'atteinte ORL qui avait été mise en arrière-plan au début de l'instruction, l'atteinte prévalente semblant être celle psychiatrique. L'intimé a donc proposé à la Cour de céans d'interroger le Prof. U. _____ dans ce sens.

Par réplique du 16 avril 2026, la recourante, sous la plume de son conseil, a soutenu qu'il convenait d'apprécier son état de santé dans sa globalité, à savoir sur le plan ORL et psychiatrique, ces deux atteintes se renforçant mutuellement et entraînant une incapacité de travail totale. Elle a, de plus, exposé que son activité habituelle ne respectait pas les limitations fonctionnelles établies par le G. _____. S'agissant de l'instruction médicale de son dossier, elle s'est ralliée à la position de l'intimé, selon laquelle celle-ci était incomplète, et s'en est remise à dire de justice en ce qui concernait la question de savoir si la nouvelle expertise devait être mise en œuvre par la Cour de céans ou dans le cadre d'une décision de renvoi à l'intimé. Avec son envoi, elle a produit un rapport du 23 février 2026, par lequel la Dre R. _____ a indiqué que l'évolution clinique mettait en évidence une aggravation significative avec persistance de symptômes psychotiques caractérisés par des hallucinations auditives et visuelles à tonalité angoissante, traduisant une décompensation sévère du trouble de l'humeur ; celle-ci s'accompagnait d'un ralentissement psychomoteur marqué, de troubles majeurs de la concentration et de la

mémoire, d'une fatigabilité extrême, d'une anxiété envahissante ainsi que d'insomnies intenses, avec un retentissement fonctionnel majeur. La psychiatre traitante a attesté une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, toute activité professionnelle étant susceptible d'aggraver l'état psychique de sa patiente.

Par duplique du 18 mai 2026, l'intimé a produit un avis établi le 8 mai 2026, dans lequel la médecin du SMR a proposé une réévaluation du volet psychiatrique compte tenu de l'aggravation probable de l'état psychiatrique, si le Tribunal n'y voyait pas d'objection.

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 le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de la demande de prestations qu'elle a déposée le 5 octobre 2023.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ;

TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

bb) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGa, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments

objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu’un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l’expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

cc) S’agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l’expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s’ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l’assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l’objet d’une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d’un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l’art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Dans le cas particulier, se fondant sur les conclusions du rapport d’expertise réalisé par les médecins du G._____, l’intimé a estimé que, depuis le mois d’avril 2023, la recourante avait présenté une pleine

capacité de travail dans son activité habituelle d'agent(e) d'entretien (« nettoyeuse »), ceci tant du point de vue somatique que psychiatrique. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts, à savoir l'évitement des travaux en hauteur ou impliquant l'usage d'escabeaux, étaient compatibles avec son activité d'agent(e) d'entretien, moyennant des aménagements ergonomiques adéquats, soit notamment par l'usage de balais et de raclettes télescopiques.

Ce faisant, l'intimé a dénié à la recourante son droit à une rente d'invalidité.

b) La recourante conteste cette approche. Se prévalant d'un rapport médical établi le 3 décembre 2025 par le Prof. U._____, spécialiste en ORL, elle se plaint de ce que les experts, et l'intimé à leur suite, n'ont pas tenu compte de ses atteintes sur le plan ORL. En outre, en référence aux rapports médicaux rédigés les 22 octobre 2025 et 23 février 2026 par la Dre R._____, psychiatre traitante, la recourante se prévaut d'une aggravation de son état de santé psychique.

5. a) Les médecins du G._____ ont établi leur rapport d'expertise bi-disciplinaire en date du 25 juillet 2025, après avoir procédé à des examens cliniques de la recourante le 13 mai 2025 (médecine interne générale) et le 22 mai 2025 (psychiatrie).

aa) Sur le plan somatique, l'experte en médecine interne générale a posé les diagnostics de maladie de Ménière (depuis plusieurs années, bien avant 2023), de fibromyalgie (évolution depuis 2023, intriquée par un contexte psychosocial) et de cervicarthrose. Ces diagnostics n'expliquaient cependant pas les douleurs ubiquitaires alléguées par la recourante, qui n'avaient aucun substrat organique objectivable. Il n'existait en particulier pas d'argument anamnestique pour une maladie inflammatoire, le status articulaire n'étant pas déficitaire et la recourante conservant une bonne musculature aux quatre membres. L'IRM de la colonne, réalisé en septembre 2023, était dans la norme et compatible avec l'âge de l'expertisée, seuls de discrets signes de cervicarthrose étant

retrouvés. Le status abdominal, ORL et neurologique était également dans la norme. S'agissant des acouphènes, ils s'inscrivaient dans la maladie de Ménière pour laquelle elle suivait un traitement (par Betaserc [anti-vertigineux]), qui avait été introduit bien avant son arrêt de travail.

L'experte a au surplus relevé de fortes incohérences, l'expertisée n'ayant recours à aucun moyen auxiliaire pour se déplacer en dépit des vertiges allégués. En entrant dans la salle d'examen, elle marchait de façon fluide, en sécurité et sans boiterie, alors qu'à la fin de l'examen, elle avait adopté une démarche robotisée en alléguant des vertiges. Il n'était du reste pas noté de chute traumatique en lien avec ses vertiges.

Cela étant, le tableau global était évocateur d'une fibromyalgie, soit une possible hypersensibilité centrale avec plusieurs symptômes systémiques, n'engendrant pas en soi de limitations fonctionnelles. Les seules limitations étaient ainsi à mettre en lien avec la maladie de Ménière et portaient sur l'évitement des travaux en hauteur ou impliquant l'usage d'escabeaux, ceci afin de prévenir tout risque de chute lors des vertiges épisodiques. Ces limitations fonctionnelles étaient toutefois compatibles avec l'activité de nettoyeuse, moyennant des aménagements ergonomiques adéquats.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a écarté tout diagnostic incapacitant. Lors de l'examen clinique, l'expertisée avait présenté une humeur modulée par le contenu des échanges, pouvant notamment pleurer quand elle évoquait son enfance ou quand elle parlait de la guerre. Néanmoins, durant la majeure partie de l'entretien, c'était une humeur neutre que la recourante avait présentée, l'expert ayant noté l'absence de troubles de l'attention et de la concentration, de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice, de symptômes physiques susceptibles de refléter la présence d'un état anxieux.

Cela étant, l'examen clinique avait été en totale incohérence avec les plaintes de la recourante concernant les troubles de la mémoire ou concernant l'ampleur de sa dépression. Alors que l'expertisée prétendait

être incapable d'effectuer la moindre activité ou tâche ménagère, même de se préparer un thé, elle était restée concentrée, attentive, tonique et réactive lors de l'examen, avec de nombreuses questions et des sujets divers, allant de son enfance aux données de sa vie actuelle. La présence de plaintes dépressives et anxieuses n'était cependant pas à écarter : les symptômes présentés correspondaient en effet à un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, qui aurait suivi un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dont la durée maximale était de six mois, en lien avec une détérioration de ses conditions de travail et un changement d'affectation dans un poste de travail qu'elle vivait comme pénible et dévalorisant. Le comportement démonstratif, la majoration des troubles retrouvés dans plusieurs documents et lors de l'examen pouvait pour sa part refléter la présence d'une accentuation de certains traits de personnalité de type histrionique, sans impact sur la capacité de travail.

b) Comme l'a reconnu l'intimé au regard des avis du SMR établis les 3 mars 2026 et 8 mai 2026, soit postérieurement au dépôt du recours, les rapports médicaux produits par la recourante font état d'éléments dont les experts n'ont pas tenu compte dans leur rapport.

aa) Dans son rapport du 3 décembre 2025, le Prof. U._____, spécialiste ORL, a ainsi mis en exergue la présence chez la recourante d'un trouble vestibulaire fonctionnel chronique secondaire (*Persistent Postural Perceptual Dizziness*), s'agissant d'un diagnostic qu'il avait déjà posé le 6 mars 2025. Le médecin a observé que la recourante présentait depuis plusieurs années des épisodes de vertiges rotatoires prolongés, imprévisibles, associés à des troubles de l'équilibre persistants et à une majoration progressive de la perte auditive gauche. Les symptômes vestibulaires étaient fluctuants et particulièrement handicapants car ils entraînaient une difficulté à maintenir une station debout prolongée, à se déplacer en sécurité et à effectuer des tâches nécessitant une concentration visuo-spatiale. Les examens réalisés confirmaient la sévérité du déficit : une aréflexie vestibulaire gauche à l'épreuve calorique, ainsi qu'une hypoacousie neurosensorielle modérée à sévère à gauche, estimée à 75 % selon la table CPT-AMA (comparée à 8 % de perte à droite). La

recourante avait en outre bénéficié, le 21 novembre 2025, d'une saccotomie décompressive avec clippage du sac endolymphatique réalisée dans le cadre de la maladie de Ménière. Au jour du rapport, les vertiges restaient significatifs, la stabilité posturale insuffisante et l'atteinte auditive gauche majeure.

Selon le Prof. U._____, la recourante n'était pas, à la date de son rapport, en mesure de reprendre une activité professionnelle en sécurité, et cela à tout le moins à moyen terme.

bb) Le rapport de la Dre R._____, daté du 22 octobre 2025, laisse également suggérer la survenance, depuis la date de l'expertise, respectivement depuis celle de la décision attaquée (du 7 novembre 2025), d'une possible aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique. Cette médecin a ainsi relevé, sans mentionner toutefois précisément la date ou l'époque à laquelle l'aggravation est intervenue, que la recourante passait désormais la majorité de ses journées alitée, relevant à cet égard une situation d'isolement social, de troubles du sommeil, d'hallucinations auditives et visuelles ainsi qu'une perte quasi-totale d'autonomie. Selon ce médecin, l'intéressée dépendait entièrement de son mari et de son fils pour les actes de la vie quotidienne et des troubles cognitifs (oublis importants, désorientation, incidents domestiques) augmentaient le risque de mise en danger.

c) Au regard des éléments qui précèdent, qui doivent être pris en considération en tant qu'ils portent sur la situation de la recourante telle qu'elle se présentait antérieurement à la décision attaquée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3), il apparaît que l'instruction du dossier de l'intimé présente des lacunes. Les Drs X._____ et O._____ ont en effet procédé à une analyse de la situation assécurologique de l'assurée sur la base d'un dossier incomplet, c'est-à-dire sans tenir compte des atteintes ORL diagnostiquées le 6 mars 2025 par le Prof. U._____, lesquelles ont une incidence sur la capacité fonctionnelle de la recourante selon ce médecin. Des réserves doivent donc être émises quant à la valeur probante de leurs conclusions, de sorte que l'intimé ne

pouvait se fonder sur celles-ci pour dénier à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. De plus, un approfondissement des atteintes psychiatriques de l'assurée s'impose également, compte tenu de l'aggravation majeure et continue de l'état de santé rapportée par la psychiatre traitante avant que la décision litigieuse ne soit rendue.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 7 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- 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 B._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille, pour 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 :