

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], 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) le 1^{er} octobre 2019, annonçant qu'elle était en incapacité de travail depuis août 2019 en raison d'un licenciement considéré comme abusif et d'une contusion/entorse au poignet gauche à la suite d'une chute. Employée comme femme de chambre au moment de l'accident, son cas a été annoncé à la X._____. L'instruction a toutefois révélé la seule présence d'un kyste arthrosynovial au poignet gauche qui a été opéré et donné lieu à un arrêt de travail temporaire du 5 au 20 septembre 2019.

Par décision du 26 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations en l'absence d'atteinte durablement incapacitante.

B. Le 13 octobre 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI à la suite d'une chute dans les escaliers qui lui a provoqué des douleurs lombaires.

Par décision du 28 février 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une modification notable de sa situation.

C. Le 19 décembre 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en produisant les résultats d'un scanner lombaire _____ réalisé _____ le 5 septembre 2022 par le Dr F._____, spécialiste en radiologie diagnostique et interventionnelle, qui révélaient la présence d'une lyse isthmique unilatérale L5 sans listhésis, des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 avec en L4-L5 une petite protrusion discale postérieure médiane et un débord discal foraminal gauche qui venait au contact de la racine L4 gauche et l'émergente L5 gauche, puis un débord discal global

circonférentiel en L5-S1 venant au contact des deux émergentes S1 et refoulait la racine L5 gauche dans le foramen.

Par projet de décision du 15 février 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une modification notable de sa situation. Dans un courrier du 14 mars 2024, l'assurée a contesté ce projet en faisant valoir qu'elle était incapable de travailler et en se prévalant d'un rapport du 14 mars 2024 établi par le Dr V._____, médecin praticien, selon lequel elle ne pouvait plus porter des objets de plus de 5 kg.

Le 6 juin 2024, la permanence du G._____
(ci-après : [...]) a préavisé pour une entrée en matière et a suggéré des mesures d'instruction.

Invitée à déposer des rapports médicaux détaillés, l'assurée a produit une radiographie du rachis lombaire du 30 août 2022 à l'issue de laquelle le Dr F._____ a conclu à une lyse isthmique L5 probablement bilatérale mais surtout visible du côté droit, à l'absence de tassement vertébral et d'autre lésion osseuse perméative et à une minime discopathie aux deux derniers étages. Elle a déposé en outre des attestations d'incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2022 émises par le Dr V._____ et un rapport daté du 18 novembre 2022 dans lequel ce médecin, se référant à une imagerie par résonance médicale (ci-après : IRM), a posé le diagnostic de lombalgie récurrente sur lombarthrose et discopathie dégénérative multi étagée. Le Dr V._____ a précisé qu'il s'agissait d'une douleur récurrente évoluant en dents de scie et pour laquelle l'assurée n'avait jamais suivi de traitement, ajoutant que l'assurée parlait d'une lombalgie incapacitante l'empêchant de travailler. Après avoir mentionné une incapacité de travail à 100%, il a ajouté que celle-ci devait être réévaluée en fonction de l'évolution de la prise en charge et de la symptomatologie, des traitements pouvant apporter un confort à la patiente.

Le Dr V._____ a rappelé ces divers éléments dans un rapport le 26 août 2024 avant de décrire les limitations fonctionnelles, à savoir des difficultés à marcher sur de longues distances, à s'asseoir pendant longtemps, à monter et descendre les escaliers, à faire des mouvements (flexion, rotation, inclinaison) du dos et à porter des charges lourdes, précisant qu'un travail administratif était possible à 100%.

L'assurée a consulté le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a dressé un rapport le 4 octobre 2024 dans lequel il a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, sciatique L4 ou L5 gauche et hypertension artérielle traitée. A l'examen clinique, il a constaté la présence d'une marche sans boiterie sur la pointe des pieds et talons sans difficulté, pas de déficit moteur, ni sensitif, Lasègue et Bragards négatifs, une mobilisation des hanches et des genoux sans douleur. Il a relevé que l'assurée ne pouvait plus travailler dans son travail de ménagère, mentionnant que l'assurée disait ne plus pouvoir travailler. A réception des résultats de l'IRM, le Dr Q._____ a ajouté dans un rapport complémentaire du 27 novembre 2024 que l'imagerie montrait des troubles dégénératifs très débutants, surtout en L4-L5/L5-S1, qui étaient tout à fait compatibles avec l'âge de l'assurée ; il n'y avait pas de contraintes sur les racines ; comme sur le scanner, il pouvait voir une lyse isthmique non active, sans signe d'inflammation. Le spécialiste a relevé qu'il n'avait pas de prise en charge chirurgicale à proposer car il n'y avait pas de contraintes pouvant expliquer les douleurs dans le membre inférieur. Il recommandait une évaluation en médecine interne, par le Dr K._____, car il s'agissait probablement de douleurs référées, de type sciatalgie référée.

Le 21 janvier 2025, la permanence G._____ a suggéré de requérir des nouvelles du Dr K._____ et de demander à l'assurée si elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique. L'intéressée a répondu qu'elle n'avait pas consulté le Dr K._____, ni un psychiatre.

Le dossier a été à nouveau soumis au G._____ qui a conclu, dans un avis du 21 mai 2025, qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux

objectifs pouvant expliquer les doléances de l'assurée. Il a constaté l'absence d'atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, en faisant exclusion des facteurs extra médicaux.

Par décision du 23 mai 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations dès lorsqu'aucun changement notable de la situation n'avait été rendu plausible. Dans la prise de position jointe à la décision, l'intimé explique les motifs pour lesquels le droit à une rente a été refusé.

D. Dans l'intervalle, dans un arrêt du 27 mars 2025, la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal a confirmé la décision de révocation de l'autorisation de séjour de l'assurée et de sa fille et refusé l'octroi d'une autorisation de séjour à son fils à la suite de la perte de son statut de travailleuse.

E. Par acte daté du 20 juin 2025, W._____ a formé un recours contre les décisions des 23 mai 2025, 28 février 2023 et 26 janvier 2021, concluant principalement à leur annulation et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu ainsi qu'à ses enfants dès le 4 avril 2020, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique. Elle a produit notamment un rapport du Dr V._____ du 19 juin 2025 indiquant qu'elle était suivie pour des lombalgies chroniques récidivantes à retentissement fonctionnel important ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Le Dr V._____ a noté qu'elle souffrait de douleurs radiculaires avec Lasègue bilatéralement positif réduisant fortement sa capacité à travailler ou à mener une vie quotidienne normale, auxquelles s'ajoutait un trouble dépressif avec composante anxieuse, en lien probablement avec la chronicité des douleurs et leur impact sur sa vie professionnelle et sociale. Selon le médecin, l'ensemble de ces éléments justifiait une limitation de sa capacité de gain et une réévaluation de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité serait pleinement justifiée. Puis la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

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]), le recours est recevable en tant qu'il concerne la décision du 23 mai 2025. Les conclusions portant sur les décisions des 28 février 2023 et 26 janvier 2021 sont en revanche irrecevables en raison de la tardiveté du recours à leur égard.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'octroyer une rente à la recourante. Comme on le verra plus bas, l'OAI est entré en matière sur la demande déposée le 19 décembre 2023, a procédé à des mesures d'instruction et a statué sur le droit aux prestations.

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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) Dans le cas présent, la décision litigieuse du 23 mai 2025 fait suite à la nouvelle demande déposée le 19 décembre 2023 par la recourante. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application.

4. 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

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).

5. **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 ; 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6).

d) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

6. **a)** En l'occurrence, selon l'intitulé de la décision entreprise, l'office intimé ne serait pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faudrait donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 23 mai 2025 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 26 janvier 2021.

b) La situation ayant donné lieu à la décision de 2021 et sur laquelle les investigations avaient porté était une contusion au poignet gauche et un kyste qui avait été opéré. A l'époque, l'instruction n'avait mis en évidence aucune atteinte durablement incapacitante au niveau du poignet, ce qui avait justifié le refus de prestation.

c) Dans le cas présent, la recourante se plaint essentiellement de lombalgies, soit des atteintes différentes de celles investiguées en 2021. Les atteintes dégénératives alléguées ont été établies et objectivées par plusieurs imageries et les diagnostics ont été dûment posés par les médecins sur la base de ces pièces. La question qui reste à élucider est donc la répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail, laquelle ne saurait être écartée d'emblée s'agissant d'une assurée qui travaillait comme agent d'entretien. L'impact de ces atteintes dégénératives sur la capacité de travail de la recourante n'avait pas été instruite lors de la première demande de 2021 qui concernait uniquement des atteintes au poignet. Il s'ensuit qu'au vu des pièces médicales produites, l'intimé était tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande, ce qu'il a d'ailleurs fait.

En effet, il a interpellé la recourante à plusieurs reprises pour qu'elle produise des pièces médicales complémentaires. Le compte rendu de la permanence G. _____ du 6 juin 2024 a suggéré d'entrer en matière et des mesures d'instruction qui ont été réalisées. Le 21 janvier 2025, la permanence G. _____ a sollicité de nouvelles mesures d'instruction auxquelles l'OAI a donné suite. Puis dans son avis du 21 mai 2025, le G. _____ a analysé le résultat de l'instruction avant d'en déduire que la

recourante ne souffrait pas d'atteintes entraînant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, en faisant exclusion des facteurs extra médicaux, ce qui relève d'un examen de fond. Quant à la décision du 23 mai 2025, si elle indique de manière erronée un refus d'entrer en matière, la prise de position de l'intimé qui y est annexée explique les motifs pour lesquels le droit à la rente a été nié en précisant que la décision reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

Il résulte de ce qui précède que l'intimé est bien entré en matière sur la nouvelle demande, qu'il a instruite et sur laquelle il a statué sur le fond. C'est également dans ce sens que la recourante a compris la décision dès lors qu'elle a pris des conclusions tendant à l'octroi d'une rente, subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires, et a produit des pièces nouvelles. A noter que ses conclusions seraient irrecevables si l'on considérait que la décision attaquée constituait une non entrée en matière.

Par conséquent, la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen et peut prendre en compte les pièces déposées avec le recours dans la mesure où elles traitent de faits antérieurs à la décision.

7. Sur le plan médical, il convient de retenir, comme l'a relevé le G._____, que l'examen clinique réalisé par le médecin spécialiste Q._____ n'a pas révélé de difficultés fonctionnelles. La recourante présentait une marche sans boiterie sur la pointe des pieds et les talons sans difficulté, elle n'avait pas de déficit moteur ni sensitif et la mobilisation des hanches et des genoux se faisait sans douleur. A la radiographie, on ne trouvait pas de trouble statique. Le scanner montrait la présence d'une lyse isthmique unilatérale en L5 sans listhesis, ni tassement vertébral, et sans lésion ostéolytique ni ostéocondensante ; des discopathies dégénératives étaient observées en L4-L5 et L5-S1 avec en L4-L5 une petite protrusion discale postérieure médiane et un débord discal foraminal gauche qui venait au contact de la racine L4 gauche et l'émergente L5 gauche, puis un débord discal global circonférentiel en L5-

S1 venant au contact des deux émergentes S1 et refoulait la racine L5 gauche dans le foramen. L'IRM a confirmé la présence de troubles dégénératifs très débutants surtout en L4-L5/L5-S1 qui étaient tout à fait compatibles avec l'âge de la recourante ; il n'y avait pas de contrainte sur les racines, la petite hernie discale en L4-L5 et le débord discal en L5-S1 étaient non conflictuels, la lyse isthmique était non active sans signe d'inflammation, de même que la sclérose débutante de l'articulation sacro-iliaque inférieure droite. Après l'analyse des imageries et son examen clinique, le Dr Q._____ n'a pas retenu de prise en charge chirurgicale, ajoutant qu'il n'y avait pas de contraintes qui pouvaient expliquer les douleurs dans les membres inférieurs. La suggestion de consulter un spécialiste en médecine interne n'a pas été suivie par la recourante. En définitive, l'origine et l'intensité des douleurs n'ont pas été objectivées par des éléments médicaux. Les limitations fonctionnelles énoncées de manière très large par le Dr V._____ ne sont pas étayées par des arguments objectifs, étant précisé qu'elles ne correspondent pas à la gravité très légère des troubles et n'ont pas été confirmées lors de l'examen clinique du médecin spécialiste.

Sur le plan psychiatrique, la recourante ne bénéficie d'aucun suivi spécialisé. Le diagnostic évoqué par le médecin traitant, qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie, n'est pas du tout étayé et l'impact sur les ressources n'est pas analysé. On ne peut ainsi que constater l'absence de diagnostic posé dans les règles de l'art dans ce domaine et d'éléments permettant de déterminer d'éventuelles répercussions d'une atteinte psychiatrique sur la capacité de travail et sur les différents domaines de la vie de la recourante.

Quant à l'incapacité de travail attestée principalement par le Dr V._____, elle n'est pas davantage étayée et repose essentiellement sur les déclarations de la patiente, ce qui est insuffisant. Au demeurant, il a indiqué que la capacité de travail pouvait évoluer en cas de prise en charge suivie par la recourante, qui n'était en l'état pas optimale. Cela étant, le médecin traitant a attesté d'une capacité de travail entière dans le secteur administratif sans indiquer pour quels motifs la recourante ne

pourrait pas réaliser une autre activité moins physique (sans port de charges importantes).

Ainsi, la recourante présente des troubles dégénératifs légers, compatibles avec son âge, et ne rend pas vraisemblable leur effet invalidant dès lors que les répercussions cliniques ne montrent pas d'effets significatifs. En outre, ses médecins relèvent qu'elle ne suit pas de traitement adapté qui pourrait améliorer la symptomatologie, ce qui est exigible.

Par surabondance, même en retenant des limitations fonctionnelles sur le plan physique, la recourante serait à tout le moins capable d'exercer une activité avec une légère épargne du rachis à plein temps, de sorte qu'une éventuelle perte de gain serait inconséquente du point de vue de la LAI.

La recourante invoque en outre sa situation sociale, dès lors que son autorisation de séjour a été révoquée à la suite de la perte de son emploi. Or ces éléments, en particulier son statut du point de vue du droit des étrangers, ne sont pas pertinents dans l'examen de la capacité de travail en AI.

En définitive, les rapports médicaux au dossier ne rendent pas vraisemblables une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit à des prestations AI.

8. Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la réquisition de mise en œuvre d'une expertise n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

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

En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, les pièces produites à l'appui de la nouvelle demande ne permettent pas même de constater l'existence d'une atteinte invalidante. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de la requête d'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve la recourante.

c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Les frais, par 600 fr., sont mis à la charge de la partie recourante qui succombe.

d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours, manifestement mal fondé, est rejeté dans le sens des considérants en ce qui concerne la décision du 23 mai 2025 et est irrecevable en ce qui concerne les décisions des 26 janvier 2021 et 28 février 2023.
- II. La décision rendue le 23 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire déposée par W._____ est rejetée.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W._____,
- 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 :