COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2026

Composition : M. NEU, président
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourante, représentée par C._____ SA - Human Resources, à D***,

et

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

_____

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, au bénéfice d'une attestation de capacité de contrôleuse et d'un brevet fédéral d'agente de processus, travaille auprès de C._____ SA depuis le 15 août 1988 en qualité de contrôleuse, puis de technicienne spécialiste en planification.

Le 16 février 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une dépression.

Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, psychologue FSP, ont mis en évidence le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2), caractérisé notamment par une humeur dépressive, des idées suicidaires scénarisées, une fatigue importante, une perte d'énergie et de motivation, des troubles du sommeil ainsi que des crises d'angoisse récurrentes. L'évolution de l'état de santé psychique était décrite comme lente, avec une persistance de la majeure partie des symptômes. Une incapacité totale de travail était attestée, le pronostic de reprise étant toutefois considéré comme a priori favorable, sous réserve d'une réévaluation à trois mois. Les limitations étaient principalement liées aux difficultés relationnelles rencontrées dans le milieu professionnel, lesquelles contribuaient à entretenir et à exacerber la symptomatologie anxiodépressive.

Dans un rapport du 27 avril 2016 à l'OAI, le Dr J._____ et K._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), et de troubles mixtes de la personnalité à traits évitants et dépendants (CIM-10 F61.0). Compte tenu de la persistance des symptômes et de l'évolution lente de l'état de santé psychique, ils ont attesté d'une incapacité totale de travail, avec un pronostic de reprise indéterminé, à réévaluer à trois mois.

Dans un rapport du 28 octobre 2016, le Dr J._____ et K._____ ont fait état d'une évolution fluctuante de l'état de santé psychique de l'assurée, avec une persistance de la symptomatologie anxiodépressive et une aggravation des idées suicidaires en août 2016, suivie d'une amélioration sensible de l'humeur dès la mi-

septembre 2016. Les limitations fonctionnelles consistaient principalement en une fatigabilité accrue, une perte d'énergie, des difficultés de mémoire et de concentration, ainsi qu'un manque d'affirmation de soi et un sentiment de dévalorisation, ayant des répercussions sur le rendement et la présence au travail. Ils ont attesté d'une incapacité totale de travail du 4 septembre 2015 au 14 août 2016, puis d'une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée à visée thérapeutique, à raison de deux jours par semaine, dès le 15 août 2016. La capacité de travail demeurait en revanche nulle dans l'activité habituelle. Ils ont précisé qu'une fracture de la jambe survenue en août 2016 avait par ailleurs justifié un arrêt de travail complet jusqu'en novembre 2016.

Par communication du 21 décembre 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de soutien personnel sur le lieu de travail, prévue du 12 décembre 2016 au 11 juin 2017, auprès des C._____ à L*** à un taux de présence de 40 %.

Dans un rapport à l'OAI du 1er juin 2017, les médecins du service orthopédique de l'Hôpital d'L*** ont fait état d'une fracture de Maisonneuve de la jambe gauche, associée à une fracture de la malléole postérieure. L'assurée avait subi une intervention chirurgicale à la cheville gauche le 8 août 2016, consistant en une ostéosynthèse par deux vis syndesmotiques, suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 octobre 2016. Malgré plusieurs séances de physiothérapie, elle présentait encore des douleurs à la cheville, notamment lors de la conduite et de la marche, limitée à environ 300 mètres. Ces limitations l'obligeaient à privilégier la position assise et réduisaient ses possibilités de déplacement dans le cadre professionnel. L'activité habituelle demeurait exigible à un taux de 80 % dès le 1er juin 2017, sous réserve d'une réévaluation selon l'évolution de l'état de santé. Une activité adaptée était également envisageable à raison de huit heures par jour, quatre jours par semaine.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 20 novembre 2017, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assurée avait bénéficié d'une mesure de réinsertion professionnelle du 12 décembre 2016 au 11 juin 2017, dans le cadre de laquelle elle avait progressivement repris son activité habituelle à titre thérapeutique, à un taux de 40 % initialement, puis de 80 % à l'issue de la mesure. Sa capacité de travail avait ensuite été portée à 90 % dès le 1er juillet 2017, puis à 100 % dès le 1er août 2017, sans limitation, conformément à l'appréciation de son psychiatre traitant, le Dr J._____.

Par décision du 24 septembre 2018, confirmant un projet de décision du 20 juin 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 30 septembre 2017. L'OAI a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail et de gain du 4 septembre 2015 au 11 juin 2017, puis de 20 % du 12 au 30 juin 2017 et de 10 % du 1er au 31 juillet 2017, avant de recouvrer une pleine capacité de travail et de gain dès le 1er août 2017. Il a ainsi reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016, à l'issue du délai d'attente d'une année, puis supprimé ce droit au 30 septembre 2017, compte tenu de l'amélioration de la capacité de gain de l'assurée et de l'écoulement du délai de trois mois.

b) Le 20 juin 2025, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, invoquant des difficultés psychologiques depuis le mois de novembre 2024.

Dans un rapport du 25 juillet 2025 à l'OAI, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment posé les diagnostics d'état anxio-dépressif moyen, dans un contexte de difficultés relationnelles avec le supérieur hiérarchique de l'assurée depuis décembre 2024, ainsi que de protrusion discale L3-L4 et de troubles dégénératifs L4-L5 entraînant des rétrécissements du canal rachidien, ayant nécessité une infiltration le 22 février 2024. Sur le plan psychique, il a relevé que l'assurée présentait, depuis l'automne 2024, une tristesse, des insomnies, une baisse de motivation, des pleurs, des troubles de la concentration, une perte d'appétit, des idées noires ainsi qu'un sentiment de dévalorisation, dans un contexte de tensions professionnelles persistantes. Sur le plan somatique, il a indiqué que les lombalgies avaient initialement évolué favorablement après l'infiltration de février 2024, avant de récidiver, avec des contractures musculaires, entraînant une nouvelle incapacité totale de travail dès le 7 juillet 2025. Il a précisé que l'assurée avait présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail, oscillant entre 50 % et 100 % depuis décembre 2024, et qu'une nouvelle prise en charge psychiatrique devait prochainement débuter. Selon ce médecin, l'assurée demeurait capable d'exercer son activité habituelle de planificatrice, pour autant qu'elle bénéficie d'un environnement professionnel compréhensif et raisonnable, avec une réduction des facteurs de stress liés notamment à la surcharge de travail et aux tensions interpersonnelles. Il a estimé qu'une reprise à plein temps paraissait difficile tant que les difficultés relationnelles

avec son supérieur hiérarchique persistaient, la durée de l'incapacité de travail étant dès lors difficile à prévoir. Était notamment joint à ce rapport un rapport du 11 mars 2024 du Dr N._____, spécialiste en radiologie, lequel relevait que l'assurée présentait depuis plusieurs années des épisodes de lumbagos récidivants. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombosacrée réalisée le 15 février 2024 avait mis en évidence une petite hernie discale L3-L4 médiane et paramédiane gauche, susceptible d'irriter la racine L4 gauche, ainsi qu'une sténose foraminale dégénérative L4-L5 à gauche. L'examen clinique avait en outre révélé une discrète parésie de l'ilio-psoas gauche, sans autre déficit moteur.

Dans un rapport du 5 septembre 2025, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée avait débuté une thérapie le 3 septembre 2025 dans le cadre de difficultés au travail portant atteinte à sa santé. Étaient également joints des certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail du 7 juillet au 24 septembre 2025.

Dans un compte rendu du 11 septembre 2025, le Service médical régional (ci-après : le SMR) a estimé qu'aucun élément médical ne justifiait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, relevant que l'activité habituelle de l'assurée respectait les limitations fonctionnelles liées à ses dorsalgies.

Par projet de décision du 4 décembre 2025, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible une modification notable de sa situation, telle qu'elle prévalait dans sa précédente décision du 24 septembre 2018.

Le 22 décembre 2025, l'assurée, alors représentée par C._____ SA - Human Resources, a déposé ses objections à l'encontre du projet de décision du 24 septembre 2018.

Par courrier du 20 janvier 2026, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 20 février 2026 pour fournir toutes pièces utiles, notamment des rapports médicaux détaillés, lui permettant de revoir sa position. L'intéressée n'a transmis aucune pièce dans le délai qui lui a été imparti.

Par décision du 26 février 2026, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs exposés dans son précédent projet de décision.

B. Par acte du 13 mars 2026, A._____, représentée par C._____ SA - Human Resources, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 26 février 2026 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision, à l'examen de son droit à des mesures d'ordre professionnel, assorties d'indemnités journalières, puis à celui de son droit à une rente d'invalidité à l'issue de ces mesures. En substance, elle a fait valoir que l'IRM lombosacrée du 15 février 2024 avait mis en évidence une petite hernie discale au niveau L3-L4 ainsi qu'une sténose dégénérative du canal rachidien au niveau L4-L5, du côté gauche. Elle souffrait de douleurs lombaires récurrentes, notamment en cas de surcharge, lesquelles affectaient sa qualité de vie et limitaient considérablement sa capacité de travail. Selon les certificats médicaux établis par le Dr Q._____, elle présentait toujours une incapacité totale de travail, malgré une augmentation progressive de son taux de présence à des fins thérapeutiques. Cette présence thérapeutique ne correspondait pas à une capacité de travail économiquement exploitable et elle n'avait jamais été en mesure de reprendre son activité habituelle à plein temps. Elle a en outre reproché à l'intimé de ne pas avoir procédé à une évaluation fonctionnelle de sa capacité de travail ni examiné concrètement l'exploitabilité d'une éventuelle capacité résiduelle dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Elle a ainsi estimé que des investigations complémentaires, notamment une évaluation de sa capacité de travail et une expertise pluridisciplinaire, étaient nécessaires afin de déterminer ses limitations fonctionnelles et ses possibilités de réadaptation professionnelle. A l'appui de son recours, elle a un produit un courriel du 26 février 2026 du Dr Q._____.

Dans sa réponse du 17 avril 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que les renseignements apportés par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations ne faisaient pas état d'une modification de sa situation médicale, de sorte qu'elle n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé.

Dans sa réplique du 8 mai 2026, la recourante a confirmé ses conclusions et repris, pour l'essentiel, l'argumentation développée dans son recours.

A l'appui de sa réplique, elle a produit plusieurs arrêts de travail établis par le Drs Q._____ et O._____ les 1er mai 2025, 17 mars, 14 avril, 20 avril et 21 avril 2026.

Par duplique du 1er juin 2026, l'intimé a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 20 juin 2025.

3. **a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

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).

d) 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).

4. **a)** En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations auprès de l'intimé le 16 février 2016, à la suite de laquelle elle s'est vu octroyer, par décision du 24 septembre 2018, une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 30 septembre 2017. Elle a ensuite déposé une nouvelle demande de prestations le 20 juin 2025, sur laquelle l'intimé a refusé d'entrer en matière par décision du 26 février 2026.

Il convient de rappeler que, conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, il appartenait à la recourante de produire, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, des éléments médicaux rendant plausible une modification notable de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est ainsi limité à la question de savoir si la recourante a rendu plausible une telle modification depuis la décision du 24 septembre 2018.

A cet égard, on relèvera qu'il ne saurait être tenu compte dans l'examen de la présente cause des pièces produites par la recourante le 8 mai 2026 à l'appui de sa réplique, dans la mesure où elles sont postérieures à la décision litigieuse, datée du 26 février 2026 (cf. consid. 3c *supra*). Il en va de même du courriel du Dr Q._____ du 26 février 2026, produit pour la première fois dans la procédure de recours. Au demeurant, ce médecin y indique ne disposer d'aucun argument médical permettant de contester l'appréciation de l'OAI ou de retenir une aggravation de l'état de santé de l'intéressée.

b) Lors de la première procédure, la recourante présentait principalement une atteinte à sa santé psychique, les médecins traitants ayant retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), et de troubles mixtes de la personnalité à traits évitants et dépendants (CIM-10 F61.0). Cette atteinte se manifestait notamment par une humeur dépressive, des idées suicidaires, une fatigabilité importante, des troubles du sommeil et de la concentration ainsi que des crises d'angoisse récurrentes. Les médecins avaient également relevé que les difficultés relationnelles rencontrées dans le milieu professionnel contribuaient à entretenir et à exacerber la symptomatologie anxiodépressive. Une incapacité totale de travail avait ainsi été attestée dès le

4 septembre 2015. L'état de santé psychique de la recourante avait toutefois connu une évolution favorable, permettant une reprise progressive de son activité habituelle à titre thérapeutique dès décembre 2016, à un taux initial de 40 %, puis de 80 % en juin 2017. Selon les constatations du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, fondées notamment sur l'appréciation du psychiatre traitant, la capacité de travail de l'intéressée avait ensuite atteint 90 % dès le 1er juillet 2017, puis 100 % dès le 1er août 2017, sans limitation.

Sur le plan somatique, la recourante avait également présenté une fracture de Maisonneuve de la jambe gauche, associée à une fracture de la malléole postérieure, ayant nécessité une intervention chirurgicale en août 2016. Malgré la persistance de douleurs à la cheville gauche, les médecins du service orthopédique avaient estimé, dans leur rapport du 1er juin 2017, que l'activité habituelle demeurait exigible à un taux de 80 %.

C'est sur la base de cette évolution favorable que l'intimé a retenu, dans sa décision du 24 septembre 2018, une amélioration de la capacité de travail et de gain de la recourante dès le 12 juin 2017, justifiant la suppression de son droit à une rente entière d'invalidité au 30 septembre 2017, après l'écoulement du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI.

c/aa) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 20 juin 2025, la recourante a invoqué des difficultés psychologiques apparues dès le mois de novembre 2024. Dans son rapport du 25 juillet 2025, le Dr O._____ a retenu un état anxiodépressif moyen, dans un contexte de difficultés relationnelles avec le supérieur hiérarchique de l'intéressée depuis décembre 2024. Il a notamment décrit une tristesse, des troubles du sommeil et de la concentration, une baisse de motivation, des pleurs, des idées noires ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. Il a également fait état de plusieurs périodes d'incapacité de travail oscillant entre 50 % et 100 % depuis décembre 2024, tout en précisant que la recourante demeurait capable d'exercer son activité habituelle de planificatrice dans un environnement professionnel compréhensif et raisonnable, moyennant une réduction des facteurs de stress.

Or force est de constater que la symptomatologie décrite par le Dr O._____ présente d'importantes similitudes avec celle qui prévalait lors de la première procédure. En particulier, les troubles de l'humeur, la fatigabilité, les

difficultés de concentration, les idées de dévalorisation ainsi que les tensions relationnelles dans le milieu professionnel avaient déjà été relevés par les médecins traitants en 2016. Ces derniers avaient d'ailleurs expressément indiqué que les difficultés rencontrées au travail contribuaient à entretenir et à exacerber les symptômes anxiodépressifs de l'assurée. Le fait que la recourante présente à nouveau de telles difficultés dans un contexte de tensions avec son supérieur hiérarchique ne suffit dès lors pas, à lui seul, à rendre plausible une aggravation notable de son état de santé psychique depuis la décision du 24 septembre 2018. À cet égard, on relèvera également que le Dr O._____ a retenu un état anxiodépressif moyen, alors que les médecins traitants avaient diagnostiqué, lors de l'examen de la première demande, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Certes, la recourante a présenté de nouvelles périodes d'incapacité de travail depuis décembre 2024 et a entrepris un suivi psychiatrique auprès de la Dre P._____ dès le 3 septembre 2025. Ces éléments ne permettent toutefois pas, à eux seuls, de rendre plausible une modification notable de son état de santé. En effet, les certificats médicaux produits se limitent à attester une incapacité totale de travail du 7 juillet au 24 septembre 2025, sans fournir aucune explication circonstanciée sur l'état de santé de la recourante. Quant au rapport de la Dre P._____ du 5 septembre 2025, il se borne à faire état de l'instauration d'un suivi thérapeutique en raison de difficultés professionnelles portant atteinte à la santé de l'intéressée, sans poser de diagnostic ni se prononcer sur sa capacité de travail. Au demeurant, le Dr O._____ a lui-même considéré que la recourante demeurait capable d'exercer son activité habituelle, pour autant que les facteurs de stress liés à son environnement professionnel soient réduits (cf. rapport du 25 juillet 2025).

Compte tenu de ce qui précède, les pièces médicales produites ne permettent pas de rendre plausible une modification notable de l'état de santé psychique de la recourante susceptible d'influencer son droit aux prestations.

bb) Sur le plan somatique, le Dr O._____ a également fait état d'une protrusion discale L3-L4 et de troubles dégénératifs L4-L5, ayant nécessité une infiltration le 22 février 2024. Il ressort en outre du rapport du Dr N._____ du 11 mars 2024 qu'une IRM lombosacrée réalisée le 15 février 2024 avait mis en évidence une petite hernie discale L3-L4 médiane et paramédiane gauche, susceptible d'irriter la racine L4 gauche, ainsi qu'une sténose foraminale dégénérative L4-L5 à

gauche. L'examen clinique avait par ailleurs révélé une discrète parésie de l'ilio-psoas gauche, sans autre déficit moteur.

La recourante se prévaut de ces constatations objectives pour soutenir que son état de santé s'est aggravé depuis la précédente décision. Il est certes établi que ces atteintes lombaires n'avaient pas été documentées lors de la première procédure. Toutefois, la seule mise en évidence de nouveaux diagnostics ne suffit pas à rendre plausible une modification notable de la capacité de travail. Encore faut-il que les atteintes invoquées soient susceptibles d'avoir une incidence sur celle-ci. Or le Dr N._____ a relevé que l'intéressée présentait des épisodes de lumbagos récidivants depuis plusieurs années et a préconisé une prise en charge conservatrice. Le Dr O._____ a quant à lui indiqué que les lombalgies avaient initialement évolué favorablement après l'infiltration de février 2024, avant de récidiver en juillet 2025. Il n'a cependant pas décrit de limitations fonctionnelles durables qui empêcheraient l'exercice de l'activité habituelle de planificatrice. Au contraire, il a estimé que cette activité demeurait exigible, sous réserve essentiellement de conditions de travail adaptées sur le plan relationnel et organisationnel.

Dans ces circonstances, et comme l'a relevé le SMR dans son compte rendu du 11 septembre 2025, l'activité habituelle de la recourante apparaît compatible avec les limitations fonctionnelles liées à ses lombalgies. La seule mise en évidence de nouvelles atteintes dégénératives lombaires ne permet dès lors pas de retenir que celles-ci seraient susceptibles d'entraîner une diminution durable de sa capacité de travail. Partant, la recourante n'a pas davantage rendu plausible une modification notable de son état de santé sur le plan somatique.

d) Enfin, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à des investigations complémentaires, notamment par la mise en œuvre d'une évaluation de sa capacité fonctionnelle et d'une expertise pluridisciplinaire, ni d'avoir examiné son droit à des mesures de réadaptation professionnelle, à des indemnités journalières et à une rente d'invalidité.

A cet égard, il convient de rappeler que, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, il appartient en premier lieu à l'assurée de rendre plausible une modification notable de son état de santé. Ce n'est qu'une fois cette condition réalisée que l'administration est tenue d'entrer en matière et de procéder à une

instruction complète de la cause. Or tel n'est pas le cas en l'espèce. La recourante ne saurait dès lors obtenir la mise en œuvre des mesures d'instruction sollicitées dans le seul but de rechercher les éléments médicaux qu'il lui appartenait de produire à l'appui de sa nouvelle demande. On relèvera au demeurant que, par courrier du 20 janvier 2026, l'intimé a expressément invité la recourante à produire des rapports médicaux détaillés susceptibles de justifier une modification de sa position. L'intéressée n'a toutefois transmis aucune pièce complémentaire dans le délai qui lui avait été imparti.

e) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une modification notable de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychiatrique, depuis la décision du 24 septembre 2018. L'intimé était par conséquent fondé à refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 20 juin 2025.

5. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 26 février 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- C._____ SA - Human Resources (pour A._____),
- 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 :