

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à L***, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. a) B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante croate née en 1978, vendeuse de formation, est arrivée en Suisse en 2001. Elle y a travaillé essentiellement dans le domaine du nettoyage, avant d'être employée, en dernier lieu, du 1^{er} septembre 2014 au 31 mars 2017 en qualité de préparatrice de commandes auprès de C._____ SA. L'intéressée est par ailleurs mère de trois enfants nés respectivement en 2001, 2009 et 2021.

b) Atteinte de troubles auditifs, l'assurée s'est vu octroyer la prise en charge d'un appareillage acoustique à titre de moyen auxiliaire, par communication de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 17 mai 2013. Elle a par la suite obtenu le renouvellement de cette prestation, par communication du 30 juillet 2019.

B. a) Entre-temps, en date du 6 juin 2016, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Dans ce contexte, elle a ultérieurement précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % depuis 1996 comme ouvrière (formulaire sur la détermination du statut du 5 juillet 2016).

Dans un rapport du 9 [recte : 2] septembre 2016, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie et médecin traitant de l'assurée, a signalé des atteintes incapacitantes sous forme de troubles anxieux sévères non spécifiés (F41) et de sensation vertigineuse aggravée aux mouvements de la tête sans dysfonction de l'oreille interne ou atteinte neurologique démontrée. Le Dr F._____ a expliqué que l'intéressée, connue pour une surdité de transmission, avait bénéficié d'une stapédotomie droite en 2012, que des sensations vertigineuses augmentées lors des mouvements de tête étaient apparues à la suite de cette intervention, qu'une ablation du piston de stapédotomie avait conséquemment été pratiquée le 3 décembre 2015, mais que les

symptômes vertigineux s'étaient aggravés par la suite, jusqu'à un arrêt de travail dès le 6 avril 2016. Dans ces circonstances, l'activité habituelle n'apparaissait plus exigible et une activité adaptée semblait difficile à trouver compte tenu de la symptomatologie vertigineuse et anxieuse. A ce compte-rendu étaient annexés :

- un rapport du 23 février 2016 du Dr G._____, spécialiste en neurologie, considérant que les problèmes d'équilibre relevaient très probablement d'un état séquellaire des troubles d'origine vestibulaire, avec la superposition d'un état anxio-dépressif ;

- un rapport 5 septembre 2016 du Dr J._____, médecin chef à l'Unité d'otoneurologie et audiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), faisant mention d'un trouble fonctionnel de l'équilibre, aggravé par un état anxieux sévère prédominant dans l'état actuel, et relevant l'absence de déficit organique neuro-vestibulaire justifiant une incapacité de travail.

Par rapport non daté indexé le 14 septembre 2016 par l'OAI, le Prof. H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a signalé des vertiges et des acouphènes de l'oreille droite après stapédotomie en 2012 et estimé qu'il n'y avait normalement aucune restriction à l'exercice d'un travail adapté, les symptômes s'étant bien améliorés depuis l'intervention du 3 décembre 2015 avec ablation du piston provoquant les vertiges.

Le 8 février 2017, le Dr F._____ a transmis à l'OAI un compte-rendu établi le 16 novembre 2016 par le Dr K._____, spécialiste en neurochirurgie. Ce dernier y exposait qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence une arthrose de C3-C6 sévère pour l'âge, prédominant en C4-C5 et plus marquée à gauche qu'à droite, qui expliquait bien la symptomatologie de la patiente, à savoir des cervicalgies chroniques avec sensations vertigineuses.

Aux termes d'un rapport du 10 février 2017, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec

effet sur la capacité de travail de trouble panique (F41.0) et agoraphobie (F40.0), mentionnant par ailleurs un trouble de la personnalité histrionique (F60.4) non incapacitant. Le Dr M._____ ne s'est, pour le surplus, pas prononcé concernant la capacité de travail, renvoyant à cet égard à l'appréciation du médecin traitant.

A la suite d'un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a mis sur pied une expertise auprès des Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, BB._____, spécialiste en médecine interne générale, BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et BD._____, spécialiste en neurologie, de la Clinique D._____ (ci-après : la D._____). Aux termes de leur rapport du 3 avril 2018, les experts ont conclu à l'absence de diagnostic ayant des répercussions durables sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, ils ont confirmé la mise en évidence de discopathies étagées de C3 à C6 accompagnées de troubles dégénératifs, ces discopathies n'ayant toutefois pas d'impact sur la capacité de travail dans l'ancienne activité de préparatrice de commandes et pouvant tout au plus induire une diminution de rendement dans une activité physiquement lourde. Au niveau neurologique, les experts ont retenu qu'aucune atteinte ne permettait d'expliquer les sensations de tangage et qu'il y avait lieu, à cet égard, d'écarter la thèse défendue par le Dr K._____. Sous l'angle psychiatrique, les experts ont conclu à un trouble panique (F41.0), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et une accentuation de certains traits de la personnalité de type histrionique, précisant cependant qu'une amélioration sous traitement semblait tout à fait possible et qu'il n'y avait, sur ce plan, aucune incapacité de travail.

Par avis du 23 avril 2018, le SMR s'est rallié aux experts de la D._____.

Par décision du 28 juin 2018 confirmant un projet du 25 avril 2018, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, considérant que l'intéressée était à même d'exercer son activité

habituelle ou toute autre activité adaptée à plein temps et qu'elle ne subissait de ce fait aucun préjudice économique.

Cette décision n'a pas été contestée.

b) Le 11 janvier 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une maladie de Bechterew diagnostiquée en décembre 2018. Elle a ultérieurement précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à 100 % depuis toujours dans le domaine de la santé (questionnaire pour la détermination du statut du 12 mars 2019).

Dans un rapport du 14 février 2019, la Dre BM._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de spondylarthrite inflammatoire axiale et périphérique HLA-B27 négatif, de cervicalgies sur troubles dégénératifs étagés de C2 à C5 et névralgies cervico-brachiales gauches sur protrusions disco-ostéophytaires C4-C5 gauche, de lombalgies dans le cadre de la spondylarthrite et sur discopathie dégénérative Pfirmann III en L5-S1, ainsi que de lombopygalgies sur sacroiliite droite avec érosions ipsilatérales et importantes enthésopathies inflammatoires des ligaments ilio-lombaires et ilio-sacrés bilatéralement. Selon la Dre BM._____, cette situation était incompatible avec une capacité de travail de 100 %. En annexe figurait un rapport d'IRM du rachis complet et des articulations sacro-iliaques établi le 29 novembre 2018 par le Prof. BN._____, radiologue, concluant notamment à des signes évocateurs mais non spécifiques d'une éventuelle spondylarthrite ankylosante.

Par rapport du 13 mars 2019, le Dr F._____ a repris les diagnostics signalés par la Dre BM._____ et souligné que les limitations fonctionnelles consistaient surtout en des douleurs chroniques empêchant le port de charges et un travail physique, mais que les vertiges n'étaient plus au premier plan. Quant à l'incapacité de travail, elle était totale depuis le 6 avril 2016.

Dans un rapport du 27 janvier 2020, la Dre BM._____ a essentiellement réitéré les diagnostics précédemment retenus et précisé

que la capacité de travail devrait être évaluée ultérieurement, après l'instauration d'un traitement immunosuppresseur.

Aux termes d'un rapport du 4 décembre 2020, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une atteinte incapacitante sous forme de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Relevant que le pronostic n'était pas lié au status psychiatrique, le Dr O._____ a renvoyé, pour le surplus, à l'appréciation de la rhumatologue traitante.

A teneur d'un compte-rendu du 5 janvier 2021, la Dre BM._____ a mentionné une évolution défavorable, avec notamment la persistance de douleurs rachidiennes de rythmicité inflammatoire, une augmentation de la fatigue et une acutisation des troubles de l'équilibre. La Dre BM._____ a précisé que la capacité de travail était nulle pour l'heure en raison des douleurs, des vertiges et d'un tableau anxio-dépressif croissant.

Dans un rapport du 14 mai 2021, le Dr F._____ a exposé que l'évolution était défavorable, marquée par la persistance de douleurs rachidiennes de type inflammatoire, une asthénie en aggravation, des troubles de l'équilibre toujours présents et une surdité appareillée ; l'état anxieux persistait également, de manière stationnaire. Le Dr F._____ a ajouté que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs, aux troubles de l'équilibre, à une sensibilité au bruit, ainsi qu'à des difficultés de concentration et une intolérance au stress induites par l'état anxio-dépressif.

Par rapport du 27 septembre 2021, le Dr CB._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait état d'une surdité mixte sur otospongiose et indiqué que la capacité de travail était entière dans un environnement approprié, non bruyant.

Sur l'avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès des Drs AA._____, spécialiste en médecine interne générale, AE._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, AH._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et CC._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, de l'Unité U._____. (ci-après : U._____). Aux termes de l'évaluation consensuelle issue d'un colloque réalisé le 10 mai 2022, consignée dans un rapport d'expertise du 31 mai 2022, les experts se sont prononcés comme il suit :

"4. Évaluation consensuelle

4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire

Sur le plan rhumatologique, nous retenons des cervico-lombalgies chroniques avec des douleurs chroniques diffuses non spécifiques [...].

En considérant l'anamnèse, l'examen clinique [et] l'étude des documents médicaux à disposition, nous ne pouvons pas souscrire au diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique, HLA-B27 négatif, lequel représente un sur-diagnostic. L'imagerie du rachis complet et des sacro-iliaques n'est en tout cas pas spécifique et n'oriente pas de manière spécifique vers une éventuelle spondylarthropathie ankylosante. L'enthésopathie est une pathologie fréquente dont l'origine mécanique est la plus fréquente. L'examen clinique et biologique ont montré leurs limites quant à l'étiologie précise de l'enthésopathie. Les radiographies standards ainsi que l'échodoppler n'ont pas de critères spécifiques en faveur d'une étiologie particulière. Les rapports radiologiques d'IRM du rachis complet et des articulations sacro-iliaques de 2018 ne décrivent pas d'œdème osseux étendu, ni d'aponévrose de faible épaisseur.

Dans le diagnostic différentiel, nous n'avons actuellement aucun élément pour une étiologie infectieuse, tumorale, inflammatoire, fracturaire et nous n'avons également pas d'élément pour un syndrome de la queue de cheval. Il s'agit d'une symptomatologie douloureuse non spécifique. On relèvera qu'aucun facteur structurel n'est associé à la chronicité des cervico-lombalgies. D'autre part il n'a pas été démontré d'activité inflammatoire humorale dans le cas présent et l'argumentation de la rhumatologue traitante est insuffisante.

Sur le plan ORL, nous retenons le diagnostic d'otosclérose avec des manifestations classiques, surdité mixte bilatérale qui s'explique par l'association d'une fixation de l'étrier dans la fenêtre ovale (déficit auditif de transmission) à une atteinte cochléaire (déficit auditif de perception). En l'absence de déficit vestibulaire et de lésion organique des structures de l'équilibre de l'oreille interne, aucun diagnostic ne peut être retenu du point de vue ORL en ce qui concerne les plaintes de tangage et de vertiges.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble dépressif léger est retenu en présence d'un manque de l'élan vital, d'une baisse de l'énergie et d'un sentiment d'inutilité.

Les épisodes décrits par l'expertisée de sensation physique de perte d'équilibre, de perte d'appui au sol et d'oppression, dont on ne retrouve pas d'origine organique, et qui sont accompagnés d'angoisse paroxystiques nous font retenir le diagnostic de trouble panique. Ces épisodes surviennent de façon pratiquement quotidienne et nécessitent un temps de récupération.

4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Cervico-lombalgies chroniques avec douleurs chroniques diffuses M542, M545, R522
- Otosclérose H80.13
- Trouble dépressif léger F32.0
- Trouble panique F41.0

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

En raison de douleurs chroniques, diffuses et aspécifiques, on pourrait admettre que toute activité physiquement lourde devrait être évitée.

En raison de l'otosclérose et du fait du déficit auditif appareillé, toute activité en ambiance non bruyante est adaptée. L'expertisée devrait éviter les environnements bruyants avec une exposition au bruit excessif.

Sur le plan psychiatrique, les limitations sont constituées par le manque d'énergie et de motivation entravant partiellement l'engagement dans les activités spontanées ou planifiées. Les attaques de panique presque quotidiennes empêchent une activité suivie sur la journée avec nécessité d'un temps de récupération.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail de l'expertisée dans l'activité habituelle d'employée d'exploitation préparatrice de commandes est de 80% à partir de la présente expertise. Avant la présente expertise, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, activité adaptée aux limitations. Nous estimons que la capacité de travail de l'expertisée va rester stable à 80% dans le futur.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail de l'expertisée dans une activité adaptée était entière jusqu'à actuellement et de 80% à partir de la présente expertise, en raison d'une possible aggravation du trouble de panique diagnostiqué lors de cette expertise, qui justifie une baisse

de la capacité de travail de 20%. Nous estimons que la capacité de travail de l'expertisée va probablement rester stable à 80% dans le futur.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Les cervico-lombalgies chroniques avec les douleurs chroniques diffusent pourraient théoriquement limiter l'expertisée dans une activité physiquement lourde. Cependant dans l'activité habituelle d'employée d'exploitation préparatrice de commandes, l'expertisée n'est pas limitée pour le plan rhumatologique. Du point de vue ORL, du fait du déficit auditif appareillé, toute activité en ambiance non-bruyante est adaptée. Dans ce contexte, l'otosclérose n'influence pas actuellement la capacité de travail de l'expertisée dans l'activité habituelle, activité adaptée aux limitations décrites.

En raison du trouble dépressif léger et en lien avec une possible aggravation du trouble de panique diagnostiqué lors de cette expertise, on peut considérer que sur le plan psychiatrique la capacité de travail est diminuée de 20% et cela quelle que soit l'activité envisagée. La présente évaluation est valable à partir de la présente expertise et la capacité de travail va rester probablement stable à 80% dans le futur pour toute activité adaptée. Les attaques de panique presque quotidiennes empêchent une activité suivie sur la journée avec la nécessité d'un temps de récupération qui est prise en considération dans le calcul de la capacité de travail totale de l'expertisée. Le trouble panique n'a jamais été diagnostiqué avant notre expertise raison pour laquelle nous ne retenons pas de diminution de la capacité de travail avant notre examen."

Par avis du 13 juillet 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts d'U._____.

Par décision du 24 avril 2023, confirmant un projet du 28 février 2023, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu que cette dernière, active à 100 %, n'avait présenté aucune atteinte incapacitante avant le 9 mai 2022 mais que, depuis le 10 mai 2022, elle disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit un travail dans une activité non bruyant et sans activité lourde physiquement). Sur le plan économique, il en résultait un taux d'invalidité de 20 %, inférieure au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Cette décision n'a pas été contestée.

c) En date du 6 mai 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déposé une troisième demande de prestations, faisant état d'un rhumatisme. A l'appui de cette demande, elle a notamment transmis :

- un rapport du 9 novembre 2023 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'une prise en charge initiée le 4 mai 2023 et diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F331.), un trouble panique (F41.0), une douleur chronique avec intervention de facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et une personnalité anxieuse (F60.6). Selon le Dr L._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de préparatrice de commandes - en raison des problèmes somatiques, des douleurs chroniques et des traitements antalgiques - et de 50 % au maximum dans une activité théoriquement adaptée, avec des restrictions psychiatriques marquées par des difficultés relationnelles, une instabilité émotionnelle, une limitation des déplacements à cause des douleurs ressenties, des troubles du sommeil, une hypersensibilité au stress, des plaintes cognitives légères, ainsi qu'un manque d'énergie, de motivation et d'endurance. Le Dr L._____ critiquait de surcroît l'appréciation des experts d'U._____ quant à l'impact du vécu de l'assurée et à l'ampleur de la souffrance douloureuse chronique, ajoutant par ailleurs que son examen réalisé avec l'échelle HDRS-17 mettait en évidence une dépression moyenne à sévère, tandis que les experts d'U._____ avaient uniquement reconnu un trouble dépressif léger. Le Dr L._____ relevait également que le troisième enfant de l'assurée avait été diagnostiqué autiste en 2023, que la mère de l'intéressée était décédée en octobre 2023 et qu'elle-même s'était vu diagnostiquer un anévrisme carotidien gauche le 26 octobre 2023, événements à la suite desquels la situation clinique s'était progressivement aggravée ;

- un rapport du 19 novembre 2023 du Dr F._____, reprenant, à titre de diagnostics incapacitants, les atteintes précédemment signalées par les Drs BM._____ et L._____ et signalant, de surcroît, un état vertigineux chronique d'origine indéterminée. Le Dr F._____ estimait

que l'état de santé psychique de l'assurée s'était clairement détérioré depuis la fin de l'année 2022, en relation avec des troubles du comportement diagnostiqués au début de l'année 2023 chez l'un de ses enfants, le décès de sa mère intervenu en octobre 2023 et la découverte subséquente d'un petit anévrisme de l'artère carotide gauche faisant l'objet d'un suivi auprès de la consultation de neurochirurgie du CHUV. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs chroniques et à la symptomatologie psychiatrique, prenant notamment la forme de troubles de la concentration et d'une difficulté à maintenir la station assise prolongée. Quant à la capacité de travail, elle était nulle dans toute activité ;

- un rapport du 2 avril 2024 de la Dre BM._____, confirmant les atteintes retenues antérieurement et soulignant, notamment, que les critères diagnostiques d'une spondylarthropathie étaient remplis avec certitude. La Dre BM._____ relevait également que la symptomatologie douloureuse s'était amplifiée - l'assurée ayant coté ses douleurs à « 4 à 5 sur 10 » à la consultation du 3 février 2023, puis à « 8 sur 10 » à la consultation du 6 juin 2023 - et que s'y ajoutait une aggravation du tableau psychiatrique, avec un nouveau diagnostic d'état anxio-dépressif, dans le cadre de l'autisme diagnostiqué chez le fils de la patiente et du décès de la mère de cette dernière des suites d'une rupture d'anévrisme, l'intéressée présentant quant à elle une petite dilatation anévrismale carotido-cave de l'artère carotide interne gauche. Dans ces circonstances, la Dre BM._____ estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Aux termes d'un compte-rendu de la permanence SMR du 16 juillet 2024, ledit service a conclu à l'absence de changement notable ou d'aggravation depuis la précédente demande, les éléments apportés relevant d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Toujours le 16 juillet 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle

demande déposée le 14 [recte : 6] mai 2024, l'intéressée ayant échoué à rendre plausible un changement notable de la situation.

Par écrit du 23 juillet 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, arguant que tant le Dr L._____ que la Dre BM._____ évoquaient une aggravation en 2023. Dans un écrit complémentaire du 20 août 2024, l'intéressée a réitéré son argumentaire et souligné avoir été victime d'un accident de circulation le 20 mai 2024, ayant engendré une nouvelle aggravation de son état de santé. Par envoi du 9 septembre 2024, elle a produit un rapport du Dr L._____ du 6 septembre 2024, réitérant les diagnostics précédemment signalés et exposant que l'accident du 20 mai 2024 avait occasionné des douleurs à la colonne et était à l'origine d'une aggravation des symptômes anxieux, lesquels risquaient de perdurer dans le contexte d'un conflit avec le responsable de l'accident. Dans une écriture subséquente du 11 septembre 2024, l'assurée a maintenu sa contestation.

Par avis médical du 13 septembre 2024, le SMR a retenu que les éléments relevés par le Dr L._____ le 9 novembre 2023 avaient déjà été pris en compte et analysés lors de l'évaluation consensuelle des experts d'U._____ ; pour le reste, le Dr L._____ n'avait pas indiqué précisément en quoi le diagnostic d'autisme chez le fils de l'assurée et le décès inattendu de la mère de celle-ci modifiaient les doléances et la symptomatologie présentées depuis 2016 et ayant déjà fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires. Quant au rapport du Dr L._____ du 6 septembre 2024, il ne détaillait aucunement l'aggravation alléguée, évoquant tout au plus une augmentation subjective des douleurs et un conflit avec le tiers responsable de l'accident. Le SMR a ajouté que les points mis en évidence dans le rapport du Dr F._____ du 19 novembre 2023 relevaient d'une évaluation différente de la situation médicale ayant fait l'objet d'une analyse consensuelle. De surcroît, le SMR a retenu que le tableau clinique décrit par la Dre BM._____ dans son rapport du 2 avril 2024 était essentiellement similaire à celui mentionné par cette praticienne dans son rapport du 14 février 2019 ; or ce tableau clinique

avait déjà fait l'objet de deux évaluations pluridisciplinaires. Partant, le SMR a conclu à l'absence d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une aggravation de l'état de santé depuis les précédentes demandes.

Par correspondance du 13 septembre 2024 faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a réfuté les objections de l'assurée.

Par décision du 26 septembre 2024, l'office a confirmé sa décision du 16 juillet 2024, dont il a repris la motivation.

Par envoi du 2 octobre 2024, l'assurée, par son conseil, a transmis à l'OAI un rapport de la Dre BM. _____ du 27 septembre 2024 et un rapport de radiographie des pieds et du rachis cervical établi le 20 septembre 2024 par la Dre CM. _____, radiologue.

Dans un avis du 8 octobre 2024, le SMR a estimé que le dernier rapport de la Dre BM. _____ n'apportait pas d'élément nouveau modifiant les limitations fonctionnelles déjà retenues.

Toujours le 8 octobre 2024, l'OAI a écrit au conseil de l'assurée que la décision du 26 septembre 2024 était maintenue, les éléments fournis n'étant pas de nature à permettre une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, B. _____ a recouru le 30 octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande déposée le 6 mai 2024 et lui accorde une rente d'invalidité entière à compter d'une date à déterminer, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'office pour instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Sur le fond, l'intéressée a fait valoir que les rapports émanant de ses médecins attestaient une aggravation de son état de

santé, contrairement à la position défendue par le SMR. En annexe, la recourante a notamment versé en cause un certificat médical de la Dre BM._____ du 6 septembre 2024 et un rapport du Dr L._____ du 10 octobre 2023 [recte : 2024].

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 18 décembre 2024.

Dans sa réplique du 20 janvier 2025, la recourante a confirmé son point de vue et produit un rapport du 15 janvier 2025 du Dr L._____.

Dupliquant le 19 février 2025, l'intimé a maintenu sa position.

Dans ses déterminations le 9 avril 2025, la recourante a confirmé ses conclusions et produit un rapport d'IRM du rachis cervical du 20 septembre 2024 de la Dre CM._____ et un rapport du 31 mars 2025 de la Dre BM._____.

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

b) Est en l'occurrence litigieuse la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024 par la recourante.

Aussi, en tant qu'elle excède l'objet de la contestation tel que défini ci-avant, la conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité s'avère irrecevable (TF 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 3.1 ; TF 9C_565/2020 du 17 mars 2021 consid. 1.1 et les références).

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute

demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Tel est le cas en l'occurrence.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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), même s'ils auraient pu avoir une influence sur l'appréciation de l'autorité au moment où elle s'est prononcée (TF 8C_621/2024 du 9 avril 2025 consid. 3.2 et les références).

5. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 6 mai 2024. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'au 26 septembre 2024, date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 24 avril 2023, date de la dernière décision de refus de prestations entrée en force.

a) A titre liminaire, il convient de préciser ici que la juridiction cantonale est tenue d'examiner le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière rendue le 26 septembre 2024 en fonction uniquement des documents produits jusqu'à la date de celle-ci (cf. consid. 3c supra ; voir également TF 9C_773/2023 du 3 avril 2025 consid. 3 et les références). Partant, les rapports médicaux produits après la décision du 26 septembre 2024 - que ce soit devant l'OAI (cf. rapport de la Dre BM. _____ du 27 septembre 2024 et rapport de radiographie de la Dre CM. _____ du 20 septembre 2024) ou la Cour de céans (cf. rapports du Dr L. _____ des 10 octobre 2024 et 15 janvier 2025, rapports de la Dre BM. _____ des 6 septembre 2024 et 31 mars 2025, rapport d'IRM de la Dre CM. _____ du 20 septembre 2024) - ne peuvent pas être pris en considération dans l'examen de la présente affaire.

On rappellera également, à ce stade, que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3b supra). Il s'ensuit que, dans un tel contexte, la juridiction cantonale n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale (TF 8C_284/2024 du 15

octobre 2024 consid. 6.2), contrairement à ce que requiert la recourante (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2024 p. 15), mais qu'il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

C'est par ailleurs le lieu de relever qu'il ne saurait être question de revenir, au travers d'une nouvelle demande de prestations, sur les fondements d'une précédente décision de prestations devenue définitive, celle-ci contribuant uniquement à fixer le cadre temporel des faits à comparer pour juger de l'issue de la nouvelle demande (cf. consid. 4a supra). Peu important par conséquent, dans le cadre du présent litige, les critiques soulevées par les Drs L. _____ (cf. rapport du 9 novembre 2023) et BM. _____ (cf. rapport du 2 avril 2024) – reprises, pour partie, par la recourante (cf. notamment mémoire de recours du 30 octobre 2024 pp. 10 ss) – à l'encontre des conclusions émises le 31 mai 2022 par les experts d'U. _____, sur lesquelles l'OAI s'est basé pour rendre la décision de refus de prestation du 24 avril 2023, entrée en force sans avoir fait l'objet de la moindre contestation en temps utile.

b) Cela posé, il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024 ne reposait pas sur une modification plausible de la situation depuis la précédente décision du 24 avril 2023.

aa) Dans leur rapport d'expertise du 31 mai 2022, les experts d'U. _____ ont conclu, sur le plan rhumatologique, à des cervico-lombalgies chroniques avec douleurs chroniques diffuses pouvant théoriquement limiter l'exercice d'une activité physiquement lourde, mais n'entraînant aucune limitation dans l'activité habituelle de préparatrice de commandes ; ils ont précisé que, sur ce plan, rien ne permettait de conclure à une spondylarthrite ankylosante inflammatoire. Du point de vue oto-rhino-laryngologique, les experts ont mentionné une otosclérose avec surdité mixte bilatérale et précisé que, du fait du déficit auditif appareillé,

toute activité en ambiance non-bruyante était adaptée, telle l'activité habituelle ; ils n'ont pour le reste identifié aucun diagnostic pouvant expliquer les plaintes de tangage et de vertiges. Sous l'angle psychiatrique, les experts ont retenu un trouble dépressif léger et estimé que les sensations de perte d'équilibre, de perte d'appui au sol et d'oppression avec angoisses paroxystiques, qui n'avaient pas d'origine organique, devaient être rattachées à un trouble panique ; à la lumière du trouble dépressif léger et d'une possible aggravation du trouble panique, ils ont considéré que la capacité de travail était diminuée de 20 % dans toute activité. Sur la base de ces éléments, les experts d'U._____ ont retenu que dans une activité adaptée telle l'activité habituelle, la capacité de travail, précédemment entière, devait être fixée à 80 % à compter de l'expertise.

Sur la base des conclusions des experts d'U._____, validées par le SMR (cf. avis médical du 13 juillet 2022), l'OAI a conclu, aux termes de sa décision du 24 avril 2023, à une capacité de travail de 80 % depuis le 10 mai 2022 dans une activité adaptée.

bb) A l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mai 2024, l'assurée s'est prévaluée d'une détérioration de son état de santé mise en exergue par les Drs L._____, F._____ et BM._____.

aaa) D'emblée, il y a lieu de souligner qu'un intervalle d'à peine plus d'une année sépare la décision de refus de prestations du 24 avril 2023 de la nouvelle demande de prestations introduite le 6 mai 2024. Des exigences élevées doivent par conséquent être posées s'agissant du caractère plausible de l'aggravation alléguée (cf. consid. 3b supra).

bbb) Dans ses rapports des 9 novembre 2023 et 6 septembre 2024, le Dr L._____ a plus particulièrement fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'un trouble panique, d'une douleur chronique avec intervention de facteurs somatiques et psychiques, ainsi que d'une personnalité anxieuse. Ces diagnostics s'avèrent toutefois peu, voire pas étayés. En tout état de cause, ils ne

dénotent intrinsèquement aucune aggravation depuis l'examen réalisé par les experts d'U._____ mais relèvent, bien plutôt, d'une appréciation différente de la symptomatologie de la recourante ; les critiques émises par le Dr L._____ à l'égard de l'intensité du trouble dépressif reconnue par les experts d'U._____ (cf. rapport du 9 novembre 2023) témoignent, du reste, de cette divergence d'opinion. On ne décèle pas davantage de notion d'aggravation dans l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr L._____ ; tout au plus apparaî-t-il que ce médecin s'est fondé sur des éléments somatiques - ne relevant donc pas de son domaine de spécialisation - pour nier l'exigibilité de l'activité habituelle et qu'il n'a en outre pas explicité la capacité de travail de 50 % retenue dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr L._____, elles reposent pour partie sur les douleurs et les plaintes subjectives de l'assurée et n'illustrent, au surplus, aucune dégradation notable de la situation depuis l'évaluation des experts d'U._____. Pour le reste, le seul fait que la prise en charge auprès du Dr L._____ ait débuté le 4 mai 2023, avec prescription d'un traitement médicamenteux (cf. rapport du 9 novembre 2023 p. 2), ne permet, en soi, de porter aucune conclusion sérieuse quant à l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressée, d'autant que cette dernière avait déjà bénéficié de suivis psychiatriques en 2016 (Dr M._____) et 2020 (Dr O._____), accompagnés de traitements médicamenteux (cf. rapport du Dr M._____ du 10 février 2017 ch. 1.5 ; cf. rapport du Dr O._____ du 8 décembre 2020 ch. 2.3).

Si dans son rapport du 9 novembre 2023, le Dr L._____ a évoqué une détérioration plus spécifiquement en lien avec trois événements vécus en 2023 par l'assurée (à savoir les troubles du comportement diagnostiqués chez son dernier né, le décès de sa mère et la découverte d'un anévrisme), il n'a en revanche pas expliqué ni, *a fortiori*, étayé en quoi lesdits événements auraient concrètement et significativement modifié la symptomatologie psychiatrique de la recourante. En d'autres termes, le Dr L._____ n'a pas rendu plausible, sur la base d'éléments médicaux objectifs, que les événements négatifs récemment vécus étaient susceptibles de décompenser de manière

importante et durable la situation de sa patiente, de manière à influencer le droit aux prestations de celle-ci.

Le Dr L._____ a de surcroît fait mention d'une aggravation en lien avec un accident de la circulation survenu le 20 mai 2024 (cf. rapport du 6 septembre 2024). Il s'est toutefois limité à évoquer laconiquement une augmentation des symptômes anxieux en lien avec les séquelles somatiques, sans fournir de détails quant aux circonstances de l'accident ou à l'évolution concrètement objectivée sur le psychique, respectivement l'ampleur de la modification de la symptomatologie. Du reste, le simple risque de persistance des symptômes anxieux dans le contexte d'un conflit avec le tiers impliqué dans l'accident, tel que mentionné par le Dr L._____, ne suffit aucunement à rendre plausible une aggravation effective - et non pas simplement hypothétique - des troubles psychiatriques de la recourante.

En résumé, l'appréciation émise par le Dr L._____ ne renferme aucun élément concret rendant plausible une détérioration des atteintes psychiques par rapport à la situation prévalant à l'époque de la décision du 24 avril 2023.

bbb) Concernant le rapport établi le 19 novembre 2023 par le Dr F._____, la Cour de céans constate que ce compte-rendu se réfère essentiellement à des diagnostics déjà connus et dûment discutés par les experts d'U._____. Si le Dr F._____ a certes fait état d'une détérioration des troubles psychiques depuis la fin de l'année 2022 liée aux troubles du comportement de l'un des enfants de sa patiente, au décès de la mère de celle-ci et à la découverte d'un petit anévrisme de l'artère carotide interne gauche, il n'a en revanche fourni aucune indication concrète sur l'impact réel de cette détérioration. Il a tout au plus succinctement évoqué des symptômes relevant du registre dépressif et anxieux, excédant ainsi son domaine de spécialisation, et a par ailleurs précisé que l'anévrisme détecté chez l'assurée ne nécessitait, en raison de sa taille, « *qu'un simple suivi* » en consultation neurochirurgicale, ce qui ne parle guère en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé

de la recourante sur ce plan. Le Dr F._____ n'a en outre pas étayé les limitations fonctionnelles retenues et n'a pas davantage fait état d'une augmentation significative de leur ampleur ; il n'a en particulier pas identifié d'évolution concrète des atteintes plaidant objectivement en faveur de troubles de la concentration ou de difficultés à maintenir la station assise. Peu importe en outre que ce médecin ait conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, dès lors qu'il s'était déjà prononcé dans ce sens dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapports des 13 mars 2019 et 14 mai 2021).

Partant, rien dans le rapport du 19 novembre 2023 du Dr F._____ ne tend à rendre plausible une dégradation notable de la situation par rapport à la décision du 24 avril 2023.

ccc) La Cour de céans constate, en outre, qu'aux termes de son rapport du 2 avril 2024, la Dre BM._____ a repris les diagnostics posés lors de la procédure antérieure (cf. rapports des 14 février 2019 et 27 janvier 2020), se référant ainsi à des éléments déjà discutés par les experts d'U._____. La Dre BM._____ a également évoqué une aggravation de la symptomatologie somatique, en ce sens que la patiente avait situé l'intensité de ses douleurs à « 4 à 5 sur 10 » le 3 février 2023, puis à « 8 sur 10 » le 6 juin 2023. Force est toutefois d'admettre que la manière dont l'assurée a évalué ses douleurs - par définition subjectives - au fil du temps ne constitue pas un élément objectif rendant plausible une aggravation concrète de l'état de santé. On relève, du reste, que l'assurée avait déjà coté ses douleurs à « 8 sur 10 » par le passé (cf. rapport de la Dre BM._____ du 14 février 2019 p. 1) et qu'elle a en outre signalé des plaintes majeures devant les experts d'U._____ (cf. rapport d'expertise du 31 mai 2022 p. 4 : « *[n]ous ne pouvons pas expliquer sur le plan somatique le contraste entre les plaintes majeures et l'examen [...] relativement pauvre [...]* ») mais que ces derniers en ont tout au plus déduit une restriction dans l'exercice d'activités physiquement lourdes (cf. *ibid.* p. 3 s.).

Pour le reste, la Dre BM._____ a fait mention d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, en lien avec les troubles de comportement de son fils, le décès de sa mère et la découverte d'une petite dilatation anévrismale carotido-cave de l'artère carotide interne gauche. Sur ce plan, les propos de la rhumatologue traitante ne sauraient toutefois être tenus pour décisifs, dès lors que cette dernière s'est prononcée – qui plus est laconiquement – à l'égard d'une problématique psychiatrique ne relevant pas de son domaine de spécialisation.

Si par ailleurs la Dre BM._____ a retenu que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée induisait une incapacité de travail totale dans toute activité, dite praticienne avait précédemment déjà nié toute capacité de travail à sa patiente (cf. rapport du 5 janvier 2021), sans que l'on puisse par conséquent voir dans cette évaluation la preuve d'une aggravation de l'état de santé.

Il s'ensuit que le rapport de la Dre BM._____ du 2 avril 2024 ne permet pas davantage de conclure à une détérioration plausible de la situation depuis la décision du 24 avril 2023.

cc) A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient, à l'instar du SMR (cf. avis des 16 juillet et 13 septembre 2024) et – corrélativement – de l'OAI, que les rapports médicaux analysés ci-avant (cf. consid. 5b/bb supra), seuls pertinents en l'occurrence (cf. consid. 5a supra), n'objectivent pas d'atteintes nouvelles ou d'atteintes en aggravation depuis la situation prévalant au moment de la décision de refus de prestations rendue le 24 avril 2023, entrée en force.

c) Il s'ensuit que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Partant, l'intimé pouvait à juste titre refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 6 mai 2024.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante qui succombe.

c) 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 26 septembre 2024 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 B._____.
- IV.** 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 :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (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 :