

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI.

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée et mère de trois enfants, a travaillé en qualité d'employée de production auxiliaire du 26 janvier 2010 au 31 octobre 2017. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 septembre 2019 en raison d'une lombalgie qui « tirait sur la jambe » et engendrait une incapacité de travail totale depuis le 14 mai 2018.

Par rapport du 29 janvier 2020 à l'OAI, la médecin traitante de l'assurée, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de lombosciatalgies depuis 2018, de syndrome douloureux chronique depuis 2005 et d'état dépressif depuis 2005. Elle a exposé que sa patiente souffrait de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, ainsi que de douleurs abdominales, de céphalées constantes et de troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles consistaient en le port de charges et le travail avec flexion du tronc. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 14 mai 2018, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Avec son envoi, la médecin traitante a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 18 mai 2018 relatif à une IRM de la colonne lombaire et du bassin réalisée en raison de douleurs irradiant aux membres inférieurs, prédominant en nocturne, lequel concluait à ce qui suit :

« Description

[...]

Bon alignement des murs antérieurs et postérieurs du segment lombaire et perte de la lordose physiologique de L1 jusqu'à L4.

Pas de hernie discale ni de conflit radiculaire.

En L4-L5 : bombement herniaire à caractère circonférentiel engendrant une atteinte des foramens des deux côtés, avec éventuel contact L5 bilatéral.

En L5-S1 : pincement discal postérieur à localisation médiane, sans évidence de conflit radiculaire.

A l'analyse des trous de conjugaison, pas de rétrécissement significatif d'un côté comme de l'autre.

Surcharge inter-facettaire et inter-épineuse postérieure L4-L5 et L5-S1.

A l'analyse du bassin, pas de signe de coxarthrose majeure, à signaler la présence d'enthésopathie inflammatoire des muscles fessiers au niveau du grand trochanter du côté gauche, sans signe de bursite.

Pas d'anomalie des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne.

Au niveau du petit bassin, utérus d'aspect non ménopausique avec ovaires visualisés porteurs de multiples formations folliculaires, une dominante du côté gauche.

Pas de masse pelvienne. Pas de liquide libre ni adénopathie. Quelques petits ganglions inguinaux bilatéraux.

Conclusion

Altérations du segment lombaire avec hernies L4-L5, L5-S1 selon la description.

Enthésopathie fortement inflammatoire des muscles fessiers à leur insertion sur le grand trochanter ddc [des deux côtés].

Pour le reste, cf. description. »

- un rapport établi le 12 février 2019 à l'attention de la médecin traitante, dans lequel le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès de l'Institut C._____, a posé le diagnostic de lombalgies basses. Il a exposé qu'un traitement physiothérapeutique avait partiellement permis d'améliorer les symptômes ; la patiente décrivait des douleurs abdominales persistantes après une cholécystectomie ainsi que des céphalées de tension ; à ce tableau de douleurs pluri-focalisées s'ajoutaient une certaine tristesse et un isolement social principalement dû à la barrière linguistique. Les infiltrations tests, de même que les blocs tests facettaires s'étaient avérés négatifs et l'infiltration épidurale cortisonée n'avait pas non plus permis d'améliorer la situation de manière importante. En revoyant sa patiente, le 24 janvier 2019, le Dr F._____ a noté que celle-ci présentait toujours des douleurs mais qu'elle avait l'air moins triste et renfermée sur elle-même. Il avait insisté sur l'importance de la physiothérapie active pour renforcer la musculature de la sangle lombo-abdominale en expliquant qu'une grande partie des douleurs était très probablement due à un déconditionnement physique.

Par avis du 4 février 2021, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé que, sur la base du rapport de la médecin traitante, la présence d'une atteinte à la santé durablement

incapacitante n'était pas rendue vraisemblable ; tant au plan somatique que psychique, les diagnostics n'étaient pas étayés, il manquait une anamnèse circonstanciée, le status clinique était absent, seules les douleurs étaient mises en avant et l'IRM ne montrait pas de signe de gravité ; de plus, aucun psychiatre n'avait été sollicité. Au plan asséurologique, une incapacité de travail totale dans une activité adaptée n'avait pas été justifiée.

Par décision du 16 mars 2021, confirmant un projet de décision du 5 février 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

B. Le 19 décembre 2024, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le début de l'année 2020.

Le 17 février 2025, elle a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport établi le 15 juin 2023, dans lequel les Drs K. _____ et M. _____, tous deux spécialistes en anesthésiologie et médecins auprès de l'Institut C. _____, ont posé le diagnostic de lombosciatalgies d'origine indéterminée et les diagnostics différentiels de syndrome facettaire lombaire et thoraco-lombaire et de discopathie. Ils ont exposé que les douleurs actuelles étaient lombaires à type de brûlures avec des irradiations à type de décharges électriques dans les deux membres inférieurs, avec parfois des douleurs inguinales ; la douleur était calmée par les massages et le repos couché, les nuits étant généralement calmes avec néanmoins quelques réveils si la douleur était trop importante. A l'examen de la marche, les médecins n'ont pas noté de boiterie ; la marche sur la pointe des pieds et sur les talons était également sans particularité. Ils ont noté que l'IRM lombaire réalisée en juin 2023 était inchangée par rapport à octobre 2021 avec une discopathie dégénérative étagée de L3-S1 prédominant en L4-L5 où la protrusion discale circonférentielle était marquée, rétrécissant les recessi latéraux, potentielle irradiation radiculaire

L5 des deux côtés. En définitive, les Drs K._____ et M._____ ont exposé que les douleurs étaient sensiblement équivalentes à celles de 2018 et ont proposé une péridurale L4-L5 en premier lieu, ainsi qu'une infiltration test des branches médiales thoraco-lombaires secondairement ;

- un rapport relatif à une IRM de la colonne lombaire réalisée le 31 octobre 2023, concluant à des discopathies des trois derniers niveaux avec sténose foraminale L5-S1 droite potentiellement conflictuelle avec la racine L5 droite, une arthrose facettaire lombaire étagée prédominant nettement en L3-L4 gauche avec d'importants remaniements inflammatoires et une bursite pertrochantérienne gauche sévère ;

- un rapport relatif à une IRM du bassin réalisée le 5 février 2024, concluant à une géode sous-chondrale d'origine dégénérative débutante au fond de la trochlée de la hanche droite, ainsi qu'à une importante tendinobursite du petit et moyen fessier de la hanche gauche en congestion inflammatoire pouvant bénéficier d'une infiltration par voie percutanée échoguidée à but d'antalgie ;

- un rapport établi le 22 janvier 2025, par lequel le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique, en partie probablement psychosomatique et réfractaire à la thérapie conservatrice avec discopathie C5-C6 et petite hernie discale C6-C7 droite, avec légère sténose foraminale C6-C7 droite et discopathie progressive L3 à S1 avec sténose du récessus des deux côtés L4-L5 et status post hernie discale L5-S1 gauche 2020 ; il a noté que sa patiente souffrait d'un syndrome douloureux, avec des douleurs lombaires mécaniques et parfois irradiantes vers les jambes depuis au moins cinq ans, réfractaires à tous les efforts thérapeutiques, ainsi que de céphalées et de douleurs abdominales. Effectuant une comparaison avec les IRM de la colonne lombaire du 29 octobre 2021 et du 2 décembre 2020, il a observé une évolution globalement stable depuis 2021, les images de 2020 montrant cependant encore une hernie discale L5-S1 relativement importante du côté gauche, en conflit important avec la racine S1 gauche. Le Dr I._____ a noté que la

situation de l'assurée était complexe ; il n'a en définitive pas retenu d'indication chirurgicale mais a préconisé que soit organisé un colloque multidisciplinaire de la douleur au Centre hospitalier universitaire vaudois, où la patiente était déjà connue ;

- un rapport du 12 février 2025, dans lequel la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente présentait une hernie discale L5-S1 occasionnant des douleurs dans le membre inférieur gauche, ainsi qu'une bursite sévère périrochantérienne gauche, qui avait été infiltrée mais qui récidivait constamment. La médecin précitée a observé que l'intéressée se déplaçait difficilement, qu'elle éprouvait des difficultés à rester assise ou debout de façon prolongée, ainsi qu'à marcher plus de cinq cents mètres, faire des mouvements avec le dos, sous peine de blocage, et porter des charges de plus de cinq kilos. Les douleurs s'étaient aggravées depuis novembre 2022, date à laquelle la patiente avait commencé à ressentir des douleurs dans les deux membres inférieurs. La Dre L. _____ a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité, relevant que l'intéressée devait demander de l'aide pour ses tâches au foyer. Elle a en outre indiqué qu'il n'était pas exclu que l'assurée présente une dépression chronique.

Il ressort d'un compte rendu de la permanence SMR du 13 mai 2025 que la situation de l'assurée était la même qu'en 2021 ; les plaintes étaient les mêmes et il n'existait pas de nouvel élément permettant d'objectiver une aggravation notable de l'état de santé tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique.

Par projet de décision du 13 mai 2025, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations, puisqu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 16 mars 2021.

Le 12 juin 2025, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné et requis une reconsidération de la position de l'OAI. Elle a

expliqué souffrir depuis plusieurs années de graves problèmes de santé, notamment au niveau des jambes et des pieds, qui affectaient considérablement sa qualité de vie et nécessitaient des infiltrations au centre de la douleur.

Par rapport du 4 juillet 2025, la Dre L. _____ a indiqué que sa patiente présentait une nette aggravation de ses douleurs « depuis le dernier rapport AI de 2018 » ; elle se plaignait de douleurs du membre inférieur gauche en rapport avec une hernie discale L5-S1 qui s'était péjorée et ressentait également depuis quelques mois des douleurs au membre inférieur droit. Les douleurs chroniques étaient constantes, avec des troubles digestifs fonctionnels et des douleurs à diverses articulations. La médecin traitante a noté que la situation se péjorait continuellement malgré les différents traitements médicamenteux, de physiothérapie, chiropratique et d'ergothérapie. Elle a rapporté que l'assurée ne parvenait pas à assurer les tâches quotidiennes dans son foyer, ce qui provoquait également un état dépressif chronique.

Avec son envoi, la Dre L. _____ a transmis des pièces figurant déjà au dossier, ainsi qu'un rapport établi le 15 mai 2025, dans lequel le Dr M. _____ a en particulier annoncé que l'assurée l'avait à nouveau consulté en novembre 2024 ; une nouvelle IRM lombaire avait été réalisée et avait montré des arthropathies inflammatoires des derniers étages lombaires et une possible irritation de la racine L5 droite ; la patiente avait alors bénéficié d'une péridurale par abord transforaminal L5 droit et inter laminaire, qui avait permis de diminuer de plus de 50 % les douleurs les quatre jours suivants, avant que la douleur ne revienne. Le Dr M. _____ a indiqué que l'assurée avait récemment consulté le Dr I. _____ ; en attendant le rapport de ce médecin, il a proposé de faire une radiofréquence pulsée sur la racine L5 pour espérer un effet soulageant à plus long terme.

Le 17 juillet 2025, le SMR a estimé que les documents précités n'apportaient pas d'élément nouveau probant et circonstancié sur le plan médical permettant de retenir une aggravation notable de l'état de santé.

Par décision du 17 juillet 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande présentée par l'assurée, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 16 mars 2021. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a expliqué à l'assurée que la situation médicale était superposable à celle de 2021 ; il n'était pas retenu un nouveau diagnostic permettant d'objectiver une aggravation notable de l'état de santé, hormis les douleurs.

C. Par acte daté du 24 juillet 2025 et adressé en courrier A le lendemain, B._____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à ce que l'intimé entre en matière sur sa demande de prestations et qu'un examen complet de son état de santé soit effectué. En substance, elle a soutenu que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision du 18 (*recte* : 16) mars 2021. Elle a allégué rencontrer des difficultés fonctionnelles bien plus importantes qu'au moment de la précédente évaluation.

Par réponse du 23 septembre 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a renvoyé à un avis établi le 11 septembre 2025 par le SMR, dont la teneur est la suivante :

« Discussion et conclusion :

La décision de refus d'entrée en matière est motivée par l'absence d'éléments significatifs pour une aggravation de l'état de santé, ce dernier étant globalement superposable à celui connu. En effet, les plaintes sont les mêmes que celles documentées en 2018. Des douleurs irradiant dans les membres inférieurs étaient déjà connues, de même que les céphalées, troubles digestifs qui sont au second plan dans ce cas. Les douleurs l'empêcheraient d'assurer les tâches quotidiennes toutefois l'examen clinique est rassurant avec une assurée pouvant bien se pencher en avant et marcher sans boiterie, y compris sur les talons et les pointes, ce qui parle plutôt en défaveur d'une atteinte radiculaire. Quant aux examens complémentaires, l'imagerie est globalement stable (pas de conflit radiculaire franc, arthrose facettaire connue) et les plaintes pas directement liées aux éléments objectifs comme mentionné par le Dr I._____ qui retient une origine psychosomatique. Tout comme lors de la 1^{ère} demande, aucun traitement ne montre réellement une amélioration durable. Au

plan psychique, est toujours mentionné un épisode dépressif sans qu'un suivi n'ait débuté ni qu'une prise en charge médicamenteuse n'ait été instaurée. »

La réponse du 23 septembre 2025 et son annexe ont été communiquées à la recourante, pour information, qui ne s'est pas déterminée à leur sujet.

En droit :

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

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

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 19 décembre 2024, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations, entrée en force.

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).

4. Il sied d'examiner si les rapports produits par la recourante dans le cadre de la procédure administrative à l'appui de sa nouvelle demande

du 19 décembre 2024 permettent de rendre plausible une modification des faits déterminants depuis la dernière décision de refus de prestations de l'OAI du 16 mars 2021.

a) En l'espèce, la recourante a déposé une précédente demande le 27 septembre 2019, en raison d'une lombalgie. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport du 29 janvier 2020 de sa médecin traitante, qui a posé les diagnostics de lombosciatalgies depuis 2018, de syndrome douloureux chronique depuis 2005 et d'état dépressif depuis 2005. Cette dernière a exposé que sa patiente souffrait de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, ainsi que de douleurs abdominales, de céphalées constantes et de troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles consistaient en le port de charges et le travail avec flexion du tronc. Figurait également au dossier une IRM de la colonne lombaire et du bassin réalisée le 18 mai 2018 en raison de douleurs irradiant aux membres inférieurs, laquelle avait conclu à des altérations du segment lombaire avec hernies L4-L5, L5-S1 et à une enthésopathie fortement inflammatoire des muscles fessiers à leur insertion sur le grand trochanter des deux côtés. Du reste, la recourante était suivie à l'Institut C. _____ par le Dr F. _____, qui avait posé le diagnostic de lombalgies basses, pour lesquelles des infiltrations n'avaient pas permis d'améliorer la situation de manière importante ; il avait insisté sur l'importance de la physiothérapie active, estimant qu'une grande partie des douleurs étaient très probablement dues à un déconditionnement physique (cf. rapport du 12 février 2019 du Dr F. _____).

Face à ces éléments, l'OAI a considéré, par décision du 16 mars 2021, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la LAI et que sa capacité de travail était totale dans toute activité, se fondant sur un rapport du SMR du 4 février 2021, selon lequel une atteinte à la santé durablement incapacitante n'était pas rendue vraisemblable. Le médecin du SMR avait en effet relevé que les diagnostics n'étaient pas étayés, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, que l'IRM ne montrait pas de signe de gravité, que seules les douleurs étaient mises en avant et qu'aucun psychiatre n'avait été sollicité.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 19 décembre 2024, la recourante a produit des rapports établis les 12 février et 4 juillet 2025 par sa médecin traitante, la Dre L._____, par lesquels celle-ci a indiqué qu'elle présentait une hernie discale L5-S1 occasionnant des douleurs dans le membre inférieur gauche, ainsi qu'une bursite sévère périrochantérienne gauche, qui avait été infiltrée mais qui récidivait constamment, les douleurs s'étant aggravées depuis novembre 2022, ayant gagné les deux membres inférieurs. La médecin précitée a également exposé que sa patiente souffrait de troubles digestifs fonctionnels et de douleurs à diverses articulations. Or la recourante a précisément déposé sa première demande de prestations en raison des lombalgies dont elle souffrait. La médecin traitante ne fait donc état d'aucun diagnostic supplémentaire, étant précisé que l'IRM du 18 mai 2018 mentionnait déjà que la recourante souffrait de douleurs irradiant aux deux membres inférieurs et avait révélé la présence d'une hernie L4-L5, L5-S1, et que la Dre D._____ avait mentionné un syndrome douloureux chronique et des douleurs abdominales dans son rapport du 29 janvier 2020. La Dre L._____ fait certes état de limitations fonctionnelles plus importantes que celles rapportées par la Dre D._____ dans le rapport susmentionné, à savoir une difficulté à se déplacer, à rester assise ou debout de façon prolongée, à marcher plus de cinq cents mètres, ainsi qu'à faire des mouvements avec le dos. Cela dit, comme cela sera examiné ci-après, les examens cliniques menés par les spécialistes en anesthésiologie sont rassurants et ne vont donc pas dans le sens des explications de la médecin traitante. La dépression chronique suspectée par la médecin traitante dans ses rapports des 12 février et 4 juillet 2025 était, de surcroît, déjà évoquée dans le cadre de la première demande à l'OAI (cf. rapport du 29 janvier 2020 de la Dre D._____) et n'a pas été rendue plausible en l'absence de tout suivi par un spécialiste et de tout constat objectif et étayé à ce sujet. A cela s'ajoute que l'incapacité de travail de 100 % retenue par la médecin traitante n'est pas objectivée et qu'une telle incapacité de travail ressortait déjà du rapport du 29 janvier 2020 de la Dre D._____, laquelle n'avait pas été retenue par l'intimé.

La recourante a également remis à l'intimé un rapport établi le 22 janvier 2025, dans lequel le Dr I. _____ a noté que sa patiente souffrait d'un syndrome douloureux, avec des douleurs lombaires mécaniques et parfois irradiantes vers les jambes depuis au moins cinq ans, réfractaires à tous les efforts thérapeutiques, ainsi que de céphalées et de douleurs abdominales. Il a ainsi posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique, en partie probablement psychosomatique et réfractaire à la thérapie conservatrice, avec discopathie C5-C6 et petite hernie discale C6-C7 droite, avec légère sténose foraminale C6-C7 droite et discopathie progressive L3 à S1 avec sténose du récessus des deux côtés L4-L5 et status post hernie discale L5-S1 gauche 2020. Les atteintes à la santé décrites par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur sont essentiellement superposables aux diagnostics posés en 2021 par la Dre D. _____ et le Dr F. _____. Le Dr I. _____ n'indique par ailleurs pas que la situation se serait détériorée depuis la décision de l'OAI du 16 mars 2021. Il ressort au contraire de sa comparaison des différentes IRM de la colonne lombaire réalisées que l'évolution était globalement stable depuis 2021. Il ne se prononce pour le surplus pas sur d'éventuelles limitations fonctionnelles ou incapacité de travail, de sorte qu'on ne peut déduire de son rapport un quelconque élément objectif nouveau.

Le rapport établi le 15 juin 2023 par les médecins de l'Institut C. _____ n'apporte pas non plus d'élément nouveau qui serait susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'intéressée. Ceux-ci ont posé le diagnostic de lombosciatalgies d'origine indéterminée et décrit des douleurs lombaires à type de brûlures avec des irradiations à type de décharges électriques dans les deux membres inférieurs, avec parfois des douleurs inguinales, ce qui correspond aux atteintes rapportées par les médecins de la recourante durant la précédente procédure administrative. Ils ont, au surplus, noté que l'IRM lombaire réalisée en juin 2023 était inchangée par rapport à celle d'octobre 2021 et observé que les douleurs étaient sensiblement équivalentes à celles de 2018. L'examen clinique réalisé par les anesthésiologues était en outre globalement rassurant, l'intéressée étant notamment capable de bien se pencher en avant, de marcher sans boiterie, ainsi que sur la pointe des pieds et sur les talons. Les

Drs K._____ et M._____ ne se sont par ailleurs pas prononcés sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail de leur patiente.

Il en va de même du rapport du 15 mai 2025 du Dr M._____, qui liste les différents traitements (infiltrations) dont a bénéficié la recourante, sans poser de nouveau diagnostic, ni constater d'aggravation, et sans se prononcer sur d'éventuelles limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail.

Quant au rapport relatif à l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 31 octobre 2023, concluant à des discopathies des trois derniers niveaux avec sténose foraminale L5-S1 droite potentiellement conflictuelle avec la racine L5 droite, à une arthrose facettaire lombaire étagée prédominant nettement en L3-L4 gauche avec d'importants remaniements inflammatoires et une bursite pertrochantérienne gauche sévère, et au rapport relatif à l'IRM du bassin réalisée le 5 février 2024, qui a mis en évidence une géode sous-chondrale d'origine dégénérative débutante au fond de la trochlée de la hanche droite ainsi qu'une importante tendinobursite du petit et moyen fessier de la hanche gauche en congestion inflammatoire, ils révèlent des atteintes globalement superposables à celles mises en évidence par l'IRM de la colonne lombaire et du bassin du 18 mai 2018 (cf. également dans ce sens le rapport du 22 janvier 2025 du Dr I._____, comme exposé ci-dessus).

c) En conclusion, comme cela ressort de l'avis du SMR du 11 septembre 2025, force est de constater que les plaintes de la recourante sont identiques à celles ressortant de la première procédure administrative, à savoir des douleurs lombaires, irradiant dans les membres inférieurs, des céphalées et des troubles digestifs. L'examen clinique se révèle rassurant, avec une assurée qui peut bien se pencher en avant et marcher sans boiterie, y compris sur les talons et les pointes. Quant aux examens complémentaires, les imageries sont globalement stables depuis 2018, sans conflit radiculaire franc, et les plaintes ne sont pas directement liées aux éléments objectifs, comme mentionné par le Dr I._____, qui retient une

origine psychosomatique. Cela rejoint l'évaluation de la précédente médecin traitante de la recourante, qui retenait un syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 29 janvier 2020). Sur le plan psychiatrique, un état dépressif était déjà mentionné lors de la précédente procédure administrative ; il ne fait néanmoins toujours pas l'objet d'un suivi ni d'une médication.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 19 décembre 2024, les documents produits par cette dernière à l'appui de sa demande ne permettant manifestement pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI du 16 mars 2021.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la 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.
- II.** La décision rendue le 17 juillet 2025 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 :

- 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 T***) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :