COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Jeanneret

*****

Cause pendante entre :

B._____, à D***, recourante, représentée par sa mère C._____, à A***,

et

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

_____

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, au bénéfice d'un CFC d'assistante dentaire, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 février 2019. Elle déclarait être en incapacité de travail depuis octobre 2017 en raison d'une névrite vestibulaire, d'un *persistent postural perceptual dizziness* (PPPD) et de vertiges chroniques visuels et physiques, en précisant qu'elle était également suivie pour une dépression et de l'anxiété.

Instruisant la demande, l'OAI a notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertise I._____. Les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sous la supervision de la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale, ont déposé leur rapport le 23 février 2021. Retenant les diagnostics de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (persistent postural perceptual dizziness, R42) et de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2), les experts ont posé des limitations fonctionnelles sur le plan otoneurologique, dans le sens d'une activité légère privilégiant la position assise, ainsi que de l'absence de stimulation visuelle excessive. L'activité d'assistante dentaire, qui nécessite des positions statiques et pas toujours confortables visuellement pendant les soins aux patients, n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assurée. Les experts ne retenaient pas de limitation fonctionnelle en lien avec la pathologie psychiatrique, qui n'était pas jugée incapacitante, ni avec la symptomatologie douloureuse et l'asthénie dont elle se plaignait, compte tenu des ressources de l'assurée. Ils ont ainsi conclu que la capacité de travail de l'expertisée était entière dans une activité adaptée depuis 2017 et ont préconisé la poursuite de la physiothérapie vestibulaire car les symptômes pouvaient encore être améliorés.

L'OAI a rejeté la demande de prestations par décision du 21 juillet 2022, sur le constat que l'assurée présentait une incapacité de travail

durable dans son activité professionnelle depuis octobre 2017, mais qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis cette même date. Calculé sur la base des données salariales statistiques, le degré d'invalidité était nul.

Par arrêt du 23 mars 2023 (AI 222/22 - 84/2023), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours interjeté contre cette décision.

B. Le 30 août 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant que son état de santé s'était compliqué sur les plans physique et psychologique. En vue du réexamen de sa situation, elle a produit les éléments médicaux suivants :

- Les rapports de consultation établis les 28 novembre, 8 décembre 2022, 3 et 22 mars 2023 par les médecins du F._____ de l'Hôpital universitaire de Berne,

- Une attestation du 28 décembre 2022 de la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente et mentionnant les diagnostics de trouble anxieux sans précision (F41.9) et de dysthymie (F34.1), ainsi que le diagnostic différentiel d'état de stress post-traumatique (F43.1).

- Un rapport du K._____ de l'Hôpital universitaire de Berne du 14 juillet 2023, avec une traduction en français, posant les diagnostics de Visual Snow Syndrom, de syndrome vestibulaire multifactoriel, de migraines épisodiques sans aura, de trouble dépressif et de kyste pinéal asymptomatique.

Le 19 septembre 2023, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible que sa situation se soit notablement modifiée.

L’assurée s’est opposée à ce projet par courriers des 16 octobre et 21 décembre 2023, en s’appuyant sur un rapport établi le 18 décembre 2023 par la Dre L._____, qui retenait les diagnostics d’épisode dépressif actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d’état de stress post traumatique (F43.1) et de trouble panique (F41.0), atteintes qui la rendaient inapte au travail, et concluait à une aggravation de l’état psychique de sa patiente.

Suivant l’avis du Service médical régional de l’assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 30 janvier 2024, l’OAI a mandaté le centre d’expertises N._____ pour procéder à une expertise bi-disciplinaire. Les Drs AA._____, spécialiste en neurologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont déposé leur rapport le 5 juin 2024, composé d’une évaluation consensuelle, des rapports d’expertise pour chaque spécialité, ainsi que des annexes contenant des rapports supplémentaires et des bilans d’analyses biologiques obtenus au cours de l’expertise. Dans l’évaluation consensuelle, les experts ont retenu les « diagnostics pertinents » suivants :

> « - Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant (Z61.7).
> - Privation de relation affective durant l'enfance (Z61.0).
> - Agression sexuelle par la force (Y05).
> - Perturbation de l’activité et de l’attention (F90.0).
> - Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
> - Somatisations (F45.0).
> - Troubles vestibulaires fonctionnels (PPPB).
> - Troubles visuels probablement fonctionnels (syndrome de neige).
> - Céphalées mixtes (migraineuses et tensionnelle[s]) avec aura visuelle.
> - Kyste pinéal asymptomatique.
> - Suspicion non confirmée jusqu'ici de maladie de Lyme (absence de relation avec les plaintes). »

Ils ont conclu à une capacité de travail médico-théorique nulle dans l’activité d’assistante dentaire depuis l’obtention du CFC et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire, généralement en position assise, sans exposition à des stimulations visuelles et vestibulaires particulièrement importantes.

Prenant connaissance de ce rapport, le SMR a constaté dans son avis du 18 juin 2024 que les conclusions des experts du N._____ étaient superposables à celles des experts d'I._____ et qu'il n'y avait pas d'aggravation des atteintes déjà prises en compte lors de la première demande, ni de nouvelles atteintes à la santé durablement incapacitantes.

Par décision du 19 juin 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dans un courrier adressé le même jour à l'assurée et réputé faire partie intégrante de sa décision, l'OAI a indiqué que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la position développée dans le projet de décision, lequel reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

Réagissant dans un courrier du 26 juin 2024, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui transmettant pas l'expertise du N._____ et en ne lui donnant pas la possibilité de se déterminer à ce propos. Elle a ensuite recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 août 2024. Dans le cadre de cette procédure, l'assurée a produit en particulier les deux rapports médicaux suivants :

- Un rapport établi le 28 octobre 2024 par la Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale, oncologie médicale, psychiatrie et psychothérapie, et le Dr S._____, médecin assistant. Précisant qu'ils avaient reçu l'assurée pour la première fois le 12 septembre 2024 et que l'intéressée avait précédemment été vue à quatre reprises par une autre thérapeute, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de trouble de l'activité et de l'attention (F90.0), ainsi que de somatisation (F45.0). Ils ont en outre conclu que la capacité de travail était limitée à 50 % dans l'activité habituelle d'assistante dentaire et à 60 % dans une activité adaptée, comprenant des interactions sociales limitées.

- Une attestation médicale rédigée le 19 novembre 2024 en anglais par la Dre X._____, médecin en U***, selon laquelle l'assurée présentait un syndrome de maladies infectieuses multiples (« Multiple Infectious Disease Syndrome ») qui l'empêchait actuellement de travailler.

Avec ses écritures, l'OAI a produit un nouvel avis médical du 20 janvier 2025, dans lequel le SMR notait que le rapport des psychiatres traitants était globalement superposable à l'expertise psychiatrique rendue en juin 2024, tandis que l'attestation du 19 novembre 2024 posait un diagnostic inexistant au sens de la CIM et non étayé, de sorte qu'il n'était démontré ni aggravation des atteintes déjà prises en compte, ni existence d'éléments objectifs qui auraient été omis, ni nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante.

Par arrêt du 11 juin 2025 (CASSO AI 244/2024 - 178/2025), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 19 juin 2024 et renvoyé la cause à l'OAI pour procéder dans le sens des considérants. En substance, la Cour a considéré qu'en ordonnant une expertise bi-disciplinaire, l'OAI était entré en matière sur la demande, de sorte que le dispositif de la décision était manifestement erroné. Le vice ne pouvait être réparé en procédure de recours, sauf à violer le principe de la double-instance et à empêcher l'assurée de pouvoir s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis. L'intéressée devait par conséquent être replacée avant le préavis afin de lui garantir le droit de faire valoir tous ses moyens et de produire toutes les pièces utiles dans une procédure d'audition, avant que l'OAI ne rende une décision sur le fond.

C. Le 5 août 2025, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 19 septembre 2023, prévoyant de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. Il était constaté que l'expertise bi-disciplinaire mise en œuvre à la suite de la nouvelle demande de prestations et les autres pièces au dossier ne montraient aucune modification de l'état de santé de l'intéressée ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision.

L’assurée, alors représentée par un avocat, a contesté ce projet par courriers des 12, 13, 20 août et 24 octobre 2025 et a conclu à l’octroi d’une rente entière d’invalidité. Réfutant la valeur probante de l’expertise du N._____ du 5 juin 2024, elle s’est référée aux différents rapports produits à l’appui de sa seconde demande, ainsi qu’aux rapports des Drs R._____ et S._____ du 28 octobre 2024 et à l’avis de la Dre X._____ du 19 novembre 2024.

A sa demande, l’intimé a accordé un ultime délai au 30 novembre 2025 à la recourante pour compléter ses objections (cf. avis de l’OAI du 7 octobre 2025). Celle-ci a ainsi produit, par courrier du 24 octobre 2025, un rapport de consultation du 2 octobre 2025 de la Dre T._____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics de fatigabilité précoce/fatigue chronique évoluant depuis 2017 environ, avec signes d'hypersensibilité centrale (photophobie, phonophobie, vertiges mal systématisés) et douleurs musculaires et arthralgies généralisées, de migraines épisodiques avec auras visuelles, de trouble anxiodépressif chronique traité, de rhino-conjonctivite et asthme saisonnier, d’allergie aux acariens et aux pollens, ainsi que de TDH et dyslexie. L’assurée a également produit la réponse suivante, donnée le 18 octobre 2025 par la Dre T._____ aux questions de son mandataire :

> « (…)
> Concernant vos questions portant sur la situation médicale : Madame B._____ se plaint subjectivement principalement d’un état de fatigue chronique, respectivement d’une fatigabilité précoce, des douleurs musculaires et des arthralgies généralisées. A noter aussi des signes d’une hypersensibilité centrale sous forme d’une photophobie, phonophobie ainsi que des vertiges mal systématisés, comme cela peut souvent être retrouvé dans ce contexte. L’examen neurologique du 15 septembre 2025 revient dans les normes ; le rapport en question vous est déjà parvenu. Vous y trouverez aussi les diagnostics et comorbidités dont j’ai connaissance ; son médecin traitant pourra vous renseigner davantage sur son dossier médical.
>
> Pour ce qui concerne la situation professionnelle, la patiente rapporte déjà, dans les activités de la vie quotidienne, des répercussions majeures de son état de fatigue chronique. Elle est fortement impactée dans les activités de la vie quotidienne, nécessite de l’aide des tiers pour les courses ou certaines tâches ménagères, mais rapporte aussi des fortes répercussions sur la quantité et qualité de ses rapports sociaux, y compris au sein de la famille. Sous réserve d’avoir vu la patiente uniquement a une seule reprise et à but

> principalement diagnostique et thérapeutique, une reprise d'une activité professionnelle et à un taux plus élevé avec un rendement accru me semble à moyen-long terme peu réaliste. »

Sollicité pour un nouvel avis médical, le SMR a conclu comme suit le 6 novembre 2025 :

> « Conclusion :
> Cette nouvelle consultation, réalisée « à but principalement diagnostique et thérapeutique », ne rapporte pas de modification des plaintes durables ou du status depuis la dernière expertise mais attribue les vertiges et troubles visuels à un syndrome de fatigue chronique avec hypersensibilité centrale. Les répercussions des troubles ont déjà été évalués par 2 expertises en 2021 et 2024, selon les critères de gravité jurisprudentiels. La situation reste superposable, nos conclusions précédentes (avis SMR 18.06.2024) valables. »

Avec un courrier du 27 novembre 2025, l'assurée a encore produit un rapport établi le 24 novembre 2025 par la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale. Posant les diagnostics de fatigue chronique avec vertiges de type PPPD, troubles visuels de type syndrome de neige visuelle, douleurs articulaires et musculaires, hypersensibilité centrale et crashes avec fatigue post-effort, ainsi que de migraines épisodiques avec auras visuelles, de syndrome de stress post-traumatique complexe, de trouble dépressif avec épisodes anxieux et de trouble de personnalité, sans précision, elle a exposé que ces troubles avaient un impact fonctionnel majeur en nette aggravation et chronicisation malgré les traitements et thérapies suivies de longue date avec rigueur, de sorte que sa patiente ne pourrait travailler que quelques heures, avec la possibilité de faire des pauses à tout moment, dans un milieu protégé, sans stimuli importants et avec des interactions sociales limitées.

A réception de ce dernier courrier, l'OAI a annulé la décision et la prise de position du 25 novembre 2025 qu'il venait d'adresser à l'assurée (cf. courrier du 1er décembre 2025) et a soumis le nouveau rapport au SMR.

Dans son avis médical du 15 décembre 2025, le SMR a indiqué que ses conclusions du 18 juin 2024 restaient valables, dès lors que le nouveau rapport produit reprenait les divers diagnostics déjà versés au dossier sans les étayer et sans décrire de modification ou aggravation des

troubles postérieurement à l'expertise du 5 juin 2024, qui tenait déjà compte des diverses plaintes.

Par décision du 15 décembre 2025, reprenant la motivation de son projet du 5 août 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans une prise de position séparée du même jour réputée en faire partie intégrante, se référant aux derniers avis du SMR dont il joignait les copies, il a précisé que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

D. Désormais représentée par sa mère, B._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 30 janvier 2026 (date du sceau postal), concluant principalement à la réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2024, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans un premier temps, elle a repris l'argumentation de son recours contre la décision de non-entrée en matière, par laquelle elle critiquait la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire du N._____ du 5 juin 2024 en se prévalant des rapports établis par la Dre L._____. Elle a ensuite fait valoir que l'absence d'instruction supplémentaire mise en œuvre par l'intimé après l'admission de son recours contre la décision de non entrée en matière, puis la notification d'une décision de rejet avant la fin du délai qui lui était imparti pour compléter ses objections, étaient le reflet d'un *a priori* négatif de l'intimé à son égard. Elle considérait qu'il en avait résulté une analyse insuffisante des rapports médicaux produits ultérieurement, alors qu'elle présentait une pathologie complexe et que les rapports établis par les spécialistes qui la suivaient de longue date démontraient une aggravation depuis le rejet de sa première demande. Elle réclamait par ailleurs l'application de l'abattement de 10 % sur les revenus statistiques pour le calcul du degré d'invalidité applicable dès 2024. A l'appui de son écriture, la recourante a joint une lettre du 30 janvier 2026, dans laquelle la Dre Z._____ écrivait qu'elle ne comprenait pas la décision de refus de prise en charge par l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle-même et ses collègues

spécialistes observaient que la recourante présentait une « incapacité fonctionnelle professionnelle de 100 % », ainsi qu'une importante diminution de ses capacités en lien avec les actes de la vie quotidienne, en raison de ses troubles physiques et mentaux.

L'intimé a déposé une réponse le 13 avril 2026, par laquelle il a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il a relevé que les différentes pièces médicales produites par la recourante avaient été analysées par le SMR au regard de la décision passée en force du 21 juillet 2022 puis de l'expertise du 5 juin 2024. Le bref rapport du 30 janvier 2026 joint au recours n'apportait pas d'élément supplémentaire par rapport au précédent rapport de la Dre Z._____, déjà pris en compte par le SMR dans son avis du 15 décembre 2025.

La réponse de l'intimé a été communiquée à la recourante, pour information, le 14 avril 2026.

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 compte tenu des féries de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), 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 droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la seconde demande de prestations déposée en août 2023, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante a connu une aggravation depuis la décision rendue le 21 juillet 2022.

3. Dans un grief de nature formelle, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue en lien avec la manière dont l'intimé a mené l'instruction de sa nouvelle demande de prestations.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, la recourante a d'abord repris les développements figurant dans son recours contre la décision de non entrée en matière, laquelle a été annulée et a donné lieu à la décision objet du présent litige. Cette argumentation doit par conséquent être écartée sans autre examen.

Pour le surplus, la recourante a émis des critiques sur le déroulement de l'instruction postérieurement au jugement rendu par la Cour de céans, dont elle a déduit que l'intimé a procédé à une appréciation arbitraire des preuves. Ces éléments relèvent cependant de l'application du principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances

sociales (art. 43 al. 1 LPGA), ce qui doit être examiné avec le fond du litige. Il convient par ailleurs de relever que, s'il est vrai que l'intimé a notifié une première fois sa décision avant l'échéance de l'ultime délai imparti au mandataire de la recourante pour compléter ses objections, il n'en demeure pas moins qu'il l'a immédiatement annulée afin de procéder à l'examen du nouveau rapport médical produit entretemps. Dans la mesure où le prononcé a été établi alors que le mandataire avait déjà adressé une écriture dans ledit délai, sans préciser qu'il attendait d'autres pièces à produire, l'on ne peut voir dans cet incident une quelconque prévention de l'intimé à l'égard de la recourante. Le grief de violation du droit d'être entendu doit ainsi être écarté.

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

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

personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent

procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

5. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

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

TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5. 1 et les références).

6. **a)** En l'espèce, l'intimé statuait sur la seconde demande de la recourante. Lors de la première procédure, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, incluant la médecine interne générale, l'oto-rhino-laryngologie et la psychiatrie. Dans leur rapport du 23 février 2021, les experts d'I._____ ont retenu les diagnostics de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (persistent postural perceptual dizziness, R42) ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2), et ont constaté que l'activité habituelle de la recourante n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles d'ordre otoneurologique, mais qu'elle présentait une capacité de travail totale dans une activité légère privilégiant la position assise, ainsi que de l'absence de stimulation visuelle excessive. Sur cette base, l'intimé a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, concluant à un degré d'invalidité nul.

A l'appui de sa seconde demande, la recourante a produit des pièces médicales émanant de consultations spécialisées en neurologie, ainsi qu'un rapport de sa psychiatre traitante posant de nouveaux diagnostics et concluant à une aggravation de l'état psychique de sa patiente. L'intimé est entré en matière et a mis en œuvre une nouvelle

expertise bi-disciplinaire portant sur la neurologie et la psychiatrie. Le rapport déposé le 30 janvier 2024 par les experts du N._____ a été soumis pour avis au SMR, qui en a constaté le caractère probant. Le SMR a également analysé les rapports médicaux produits ultérieurement par la recourante en regard des conclusions de cette expertise. Se fondant sur ces divers avis, l'intimé a rejeté la nouvelle demande au motif que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire.

b) Pour poser leurs conclusions, les experts du N._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, ch. 2 des rapports d'expertise spécialisée), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis 2017. Ils ont en outre obtenu des rapports médicaux complémentaires. Chaque expert a reçu l'intéressée à quelques jours d'intervalle et leur examen a été complété d'analyses biologiques. Leurs deux rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses systématique, familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les constatations (ch. 4 des expertises spécialisées), l'évaluation médicale incluant un résumé de l'évolution globale de la recourante, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi que les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante établie après divers contacts par téléphone, courriel ou visioconférence, ainsi qu'une conférence consensuelle en présence des deux experts concernés, qui s'est tenue le 27 mai 2024 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert a procédé à l'évaluation de la recourante au cours d'un entretien approfondi structuré. Il a d'abord abordé les symptômes évocateurs d'atteintes à la santé mentale en procédant par catégorie, avec la lignée dépressive, la lignée hypomaniaque et maniaque, la lignée anxieuse, les symptômes des troubles du sommeil, les symptômes alimentaires, la lignée psychotique, les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, la problématique d'addiction et dépendance, et l'appréciation de la personnalité (pp. 16 à 18 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a pris note des habitudes en matière de consommation de tabac, d'alcool et de toxicomanie, puis a abordé la situation psychosociale de l'assurée sous différents plans (famille, développement et événements particuliers à la naissance ou durant l'enfance, relations intra- et extrafamiliales, antécédents médicaux, formation scolaire, parcours professionnel et activités bénévoles, anamnèse sociale, événements marquants). Il a également relevé la description du déroulement détaillé de la journée type de la recourante, les traitements suivis et sa perception de l'avenir (pp. 18 à 23 du rapport d'expertise psychiatrique). Il a ensuite relaté ses observations relatives au déroulement de l'entretien, son analyse systématisée de l'état mental de l'assurée (contact et attitude relationnelle, activités psychomotrices, fonctions intellectuelles, cognitives et langage, pensée, perception, affectivité), ainsi que les résultats des échelles d'évaluation utilisées et l'évaluation du comportement de la recourante lors de l'examen.

L'évaluation médicale s'appuie sur ces différents éléments. L'expert a identifié plusieurs facteurs ayant influencé l'état de santé et le recours aux soins psychiatriques, répertoriés dans la CIM-10 sous les lettres Y et Z. Il a ensuite motivé ses diagnostics, en l'occurrence ceux de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de somatisations (F45.0), tout en se positionnant sur les diagnostics d'ordre psychiatrique mentionnés par les médecins et spécialistes traitants. Il a ainsi indiqué pour quelles raisons il ne pouvait se rallier au diagnostic de stress post-traumatique posé par la Dre L._____, ainsi que les motifs pour lesquels il n'a pas retenu de critère de gravité s'agissant des symptômes des registres dépressif et anxieux. Il

a également précisé qu'il posait le diagnostic de somatisations après avoir eu confirmation de son co-expert que les troubles, bien que cohérents et plausibles, ne trouvaient pas d'explication somatique. Il a par ailleurs constaté que la recourante présentait deux traits de personnalité de type borderline, mais pas d'organisation pathologique de la personnalité. Enfin, l'expert a examiné la cohérence et la plausibilité des plaintes, ainsi que les ressources internes et externes dont disposait la recourante, ce qui l'a amené à conclure que les diagnostics retenus n'étaient pas incapacitants et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. Pour finir, l'expert a relevé que son évaluation était en cohérence avec le rapport d'expertise psychiatrique du 29 janvier 2021, en précisant que le contexte de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (SPECDO) n'avait pas été discuté à l'époque, et qu'il n'y avait a pas eu d'aggravation de l'état mental de l'expertisée depuis l'été 2023.

bb) A l'appui de son recours, l'intéressée s'est essentiellement prévalue du rapport de la Dre L._____ du 18 décembre 2023. Comme relevé ci-dessus, ce rapport a été pris en compte par l'expert, qui a expliqué pour quel motif il s'en écartait. Ne proposant ni anamnèse complète, ni motivation des diagnostics, ni analyse des ressources et difficultés, ce rapport n'est pas de nature à porter le doute sur les conclusions du Dr P._____.

La recourante s'est également prévalue du rapport des Drs R._____ et S._____ du 28 octobre 2024. Ceux-ci ont indiqué qu'ils avaient eu connaissance des diagnostics posés le Dr P._____ et ont retenu, comme lui, les diagnostics de trouble de l'activité et de l'attention (F90.0), ainsi que de somatisation (F45.0). Ils n'ont cependant pas repris le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), concluant pour leur part à un trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et considérant que les trois diagnostics avaient une incidence sur la capacité de travail. Leur rapport ne contient cependant pas de discussion diagnostique. Ils n'ont en particulier pas expliqué les éléments sur lesquels ils se sont fondés pour retenir un trouble de la personnalité, alors que ce diagnostic n'a jamais été posé par la précédente thérapeute et que le

Dr P._____ a clairement écarté l'hypothèse d'une organisation pathologique de la personnalité. Les Drs R._____ et S._____ ne se sont pas non plus positionnés sur les diagnostics de la lignée anxieuse et dépressive retenus successivement par la Dre L._____ en décembre 2023 (épisode dépressif actuel sévère sans symptômes psychotiques [F32.2], état de stress post traumatique [F43.1] et trouble panique [F41.0]) et par le Dr P._____ dans son expertise du 5 juin 2024 (Troubles anxieux et dépressifs mixtes [F41.2]). Enfin, ce rapport ne propose pas de description de la journée-type et des habitudes de la recourante, respectivement est dépourvu d'une analyse des difficultés et ressources de l'intéressée. Outre ces importantes lacunes, il faut encore relever qu'il a été rédigé quelques semaines à peine après le début du suivi, de sorte que les conclusions ont pu être largement influencées par la nécessité de favoriser l'entrée en relation thérapeutique. Cela étant, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 20 janvier 2025, le status décrit par les nouveaux thérapeutes est globalement superposable à celui figurant dans l'expertise psychiatrique, si bien que leur rapport constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait.

Enfin, la recourante a fait grief à l'expert de ne pas avoir clairement identifié les éléments qui l'amenaient à conclure que son état mental était superposable à celui qu'elle présentait lors de l'expertise d'I._____. Il est constant que l'expert a indiqué que le status était superposable dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité (ch. 6.2 de l'expertise psychiatrique), sans reprendre à ce stade de son rapport les éléments qui l'ont amené à ce constat. Cela étant, la discussion diagnostique de la première expertise psychiatrique figure dans la synthèse du dossier, au début du rapport d'expertise, et il est ainsi possible de comprendre ce que le Dr P._____ retient comme superposable, à savoir un tableau clinique compatible avec un trouble anxieux dépressif mixte, l'absence d'éléments pour retenir un trouble de la personnalité, la présence de bonnes capacités adaptatives de l'expertisée tout au long de son parcours de vie, ainsi que la présence d'un entourage affectif restreint mais soutenant sur lequel l'intéressée peut s'appuyer. La critique de la recourante peut ainsi être écartée.

d) aa) Sur le plan somatique, compte tenu des pièces médicales produites à l'appui de la nouvelle demande, seule une évaluation neurologique a été mise en œuvre. L'expert a pris connaissance de la première expertise ainsi que des rapports des différents spécialistes consultés par la recourante. Il a procédé à un examen neurologique complet et n'a pas estimé nécessaire de prendre l'avis d'autres spécialistes pour évaluer la situation médicale de la recourante. Dans son évaluation médicale, le Dr AA._____ a observé que les nombreux bilans neurologiques, neuro-vestibulaires, visuels et radiologiques effectués depuis 2017, en dernier lieu à l'Inselspital, s'étaient avérés « sans anomalie significative, hormis la présence d'un kyste pinéal considéré comme asymptomatique ». Il a constaté que les plaintes formulées par la recourante au cours de son expertise étaient « en tout point superposables » à celles formulées lors de l'expertise d'I._____ en 2021, tandis que son examen neurologique était également entièrement normal. Il a conclu que toutes les investigations potentielles avaient été effectuées jusqu'ici, mais qu'elles n'avaient pas démontré d'atteinte somatique significative à l'origine des plaintes. Ainsi, la description des troubles visuels et des phénomènes vertigineux, confrontés à des examens cliniques normaux, ne permettaient pas de retenir un diagnostic précis. L'expert du N._____ a ainsi repris les diagnostics de troubles vestibulaires fonctionnels (PPPB) et de troubles visuels pouvant correspondre à un syndrome de neige déjà mentionnés dans la première expertise, en précisant qu'ils étaient fondés uniquement sur les plaintes formulées par l'expertisée et non sur des constatations objectives. Il n'avait en conséquence pas de traitement ou examen additionnel à proposer, hormis la poursuite de la prise en charge psychiatrique et fonctionnelle proposée par l'Inselspital. Le Dr AA._____ a également confirmé « par mesure de prudence » les conclusions des experts d'I._____ s'agissant de l'incapacité de travail complète et définitive dans l'activité habituelle d'assistante dentaire, depuis l'obtention du diplôme, respectivement de la capacité de travail entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles définies (activité sédentaire, essentiellement en position assise, sans stimulation sensorielle – visuelle et vestibulaire –

importante/excessive). Le neurologue du N._____ a encore exposé que les céphalées avec possible aura visuelle décrites par la recourante, dont l'origine était vraisemblablement mixte (migraineuse et tensionnelle), avaient une fréquence peu importante et une bonne réponse à la médication, de sorte qu'il n'en résultait pas non plus d'incapacité de travail autre que momentanée lors d'épisodes particulièrement aigus et prolongés. Enfin, le Dr AA._____ a exposé que les troubles étaient cohérents et plausibles, même s'ils ne trouvaient pas d'explication somatique, constat qui a été dûment pris en compte par l'expert psychiatre pour sa propre évaluation (cf. ci-dessus consid. 6c/aa).

bb) Dans ses critiques du volet somatique de l'expertise du N._____, la recourante s'est référée en premier lieu au rapport de la Dre X._____ du 19 novembre 2024. Rédigé en anglais, ce rapport posait le diagnostic de syndrome de maladies infectieuses multiples (« Multiple Infectious Disease Syndrome »). L'intimé l'a soumis pour avis au SMR, lequel a constaté le 20 janvier 2025 qu'il ne s'agissait pas d'un diagnostic reconnu dans la CIM et que le rapport n'était pas étayé.

Il faut admettre avec le SMR que la Dre X._____, qui exerce en U*** et dont la spécialisation n'est pas connue, n'a fait que donner des considérations générales sur le diagnostic, ses manifestations habituelles et son impact possible sur la vie du patient atteint, sans aucune mention des éléments médicaux propres à la recourante, respectivement des examens et constatations cliniques qui l'avaient amenée à retenir ce diagnostic. Ainsi, outre l'absence de consensus international quant au diagnostic, aucune valeur probante particulière ne peut être attribué à ce rapport, qui constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait. Au demeurant, le nom de la consultation figurant en en-tête du rapport suggère que la recourante s'est adressée à la Dre X._____ dans le contexte d'une suspicion d'infection par la maladie de Lyme à la suite d'une piqûre de tique. Cette hypothèse avait déjà été évoquée par la recourante auprès des médecins consultés en Suisse. Elle en a également parlé au Dr AA._____, à qui elle a relaté qu'elle s'était rendue dans une clinique en U*** pour ce motif, que le dernier bilan sérologique effectué

dans cette clinique aurait montré la présence d'anticorps antiborrelia et qu'elle suivait une antibiothérapie par cycles. Une attestation de prise en charge du 21 février 2024 et un « therapy plan lyme disease and othter coinfections in lyme disease » provenant de ladite clinique figurent dans les pièces médicales obtenues au cours de l'expertise. A ce propos, l'expert du N._____ a relevé que l'Inselspital n'avait pas retenu de signes anamnestiques et cliniques d'une neuroborréliose et avait considéré que l'antibiothérapie était contre-indiquée, mais avait proposé une ergothérapie destinée à apprendre des mécanismes de pacing et de gestion de l'énergie pour les symptômes de fatigue, ainsi qu'une consultation psychosomatique pour la neige visuelle, le PPPD et la fatigue, tout en recommandant de poursuivre la prise en charge par la Dre L._____. Le rapport de la Dre X._____ n'apporte ainsi rien de nouveau par rapport aux conclusions de l'expertise.

Avec ses objections au projet de décision, la recourante a produit deux rapports de la Dre T._____ des 2 et 18 octobre 2025. Ces deux écrits ont été soumis au SMR, lequel a constaté le 6 novembre 2025 qu'il n'était pas rapporté de modifications des plaintes ou du status depuis la dernière expertise, mais que les vertiges et troubles visuels étaient désormais attribués à un syndrome de fatigue chronique avec hypersensibilité centrale. L'avis du SMR est convaincant. La Dre T._____ a confirmé que l'examen neurologique était dans les normes et a invité le médecin généraliste traitant à envisager d'adresser la recourante à d'autres spécialistes, tout en relevant que l'intéressée avait d'ores et déjà subi de nombreux bilans « souvent peu contributifs et notamment épuisants ultérieurement pour la patiente ». S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, il faut relever que la Dre T._____ a principalement relayé les plaintes subjectives de la recourante, sans pouvoir les expliquer médicalement, et qu'elle n'a pas procédé à un examen complet des ressources et difficultés de sa patiente, de sorte que ses conclusions à cet égard ne sauraient se voir attribuer une valeur probante supérieure à celle de l'expertise du N._____.

En dernier lieu, la recourante s'est prévalue d'un rapport établi le 24 novembre 2025 par la Dre Z._____, ainsi qu'une lettre de cette médecin du 30 janvier 2026. Comme l'a constaté le SMR dans son avis du 15 décembre 2025 à propos du rapport du 24 novembre 2025, bien qu'elle évoque une aggravation et une chronicisation de l'état de santé malgré les traitements et thérapies mis en place de longue date, la médecin généraliste traitante reprend pour l'essentiel les plaintes émises par sa patiente et les conclusions des spécialistes consultés déjà pris en compte par les experts du N._____. La Dre Z._____ a du reste précisé que ses observations étaient « superposables » à celles des spécialistes consultés et a admis que sa patiente avait adopté la technique « pacing » de gestion des efforts, qui lui permettait de vivre. Son courrier du 30 janvier 2026 n'apporte pas d'élément supplémentaire, l'évaluation de la capacité de travail ne tenant compte que des plaintes subjectives de la recourante.

e) Il faut ainsi retenir que l'expertise bi-disciplinaire du N._____ est dûment motivée et convaincante, tandis que les avis des médecins et spécialistes traitants ne sont pas de nature à jeter le doute sur ses conclusions. L'intimé pouvait donc légitimement se fonder sur celles-ci pour rendre sa décision.

Il s'agissait de déterminer si, comme elle l'a allégué, l'état de santé de la recourante avait connu une péjoration significative entre la décision de refus de prestations du 21 juillet 2022 et la décision litigieuse, rendue le 15 décembre 2025. La première décision se fondait sur l'expertise pluridisciplinaire établie par I._____ le 23 février 2021, sur laquelle les deux co-experts du N._____ se sont positionnés. Comme relevé ci-dessus, ils ont tous deux constaté que les plaintes de la recourante étaient restées les mêmes pour l'essentiel, qu'il n'y avait pas de diagnostic nouveau de nature à influer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et que la recourante disposait toujours de bonnes ressources internes et externes. Enfin, les rapports médicaux ultérieurs n'ayant pas non plus montré que l'état de santé se serait modifié entre le dépôt du rapport du N._____ et la notification de la décision litigieuse, les conclusions de cette expertise restent d'actualité.

L’instruction n’ayant pas permis d’objectiver une péjoration de l’état de santé de la recourante de nature à diminuer sa capacité de gain, il n’y a pas lieu de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique. En effet, un examen approfondi et une nouvelle détermination du degré d’invalidité n’a pas lieu d’être lorsqu’aucun changement des faits ayant une incidence sur le droit à la prestation n’est établi selon la vraisemblance prépondérante, car la situation juridique antérieure reste inchangée (cf. TF 9C_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5 in fine et les références citées ; Margit Moser-Szeless/Jenny Castella, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2e éd., Bâle 2025, n. 29 ad art. 17 LPGA). En l’occurrence, la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles définissant l’activité adaptée étant inchangées, le préjudice économique ne peut que rester inférieur à 40 %, taux minimal pour ouvrir le droit à une rente, respectivement inférieur à 20 %, taux minimal ouvrant le droit à des mesures d’ordre professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; TF 9C_184/2025 consid. 2.2), même en appliquant l’abattement de 10 % de l’art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur applicable depuis le 1er janvier 2024.

En définitive, c’est à juste titre que l’intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 30 août 2023.

7. **a)** Le recours doit par conséquent 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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 15 décembre 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 :

- C._____, pour la recourante,
- 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 :